1 ژانویه تا 31 دسامبر 2024

شواهد پوشش:

مزایا و خدمات سلامتی Medicare و پوشش داروهای تجویزی شما به عنوان عضو Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

این دفترچه شامل جزئیات مربوط به مراقبت های بهداشتی Medicare و پوشش داروهای تجویزی شما را از 1 ژانویه تا 31 دسامبر 2024 است. **این یک سند حقوقی مهم است. لطفاً آن را در محل امنی نگه دارید.**

اگر درباره این سند سؤالی دارید، از طریق شماره 1-800-431-9007 با ما تماس بگیرید. (کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند). ساعات کاری: نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است.

این طرح، Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) توسط Health Net Community Solutions, Inc ارائه می‌شود (هر زمان که در این*گواهی پوشش دهی* از عبارت‌های «ما»، یا « -ما/مان» استفاده می شود به معنی Health Net Community Solutions, Inc است. وقتی گفته می‌شود «طرح» یا «طرح ما» به Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)) اشاره دارد.

این سند به زبان‌های اسپانیایی، چینی، کره‌ای، ویتنامی، عربی و فارسی به صورت رایگان در دسترس است. ما باید اطلاعات را به گونه ای ارائه دهیم که برای شما قابل فهم باشد (به صورت فایل صوتی، به خط بریل، چاپ با حروف بزرگ یا سایر فرمت های جایگزین و غیره). اگر به اطلاعات طرح به فرمتی دیگر نیاز دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

ممکن است مزایا و/یا پرداخت های مشترک/بیمه مشترک در 1 ژانویه 2025 تغییر کند.

لیست دارو، شبکه داروخانه، و/یا شبکه ارائه‌دهنده ممکن است در هر زمان تغییر کند. در صورت لزوم اعلامیه دریافت خواهید کرد. حداقل از 30 روز قبل درباره تغییرات به ثبت‌نام کنندگانی که تحت تأثیر قرار بگیرند اطلاع خواهیم داد.

در این سند درباره حقوق و مزایای شما توضیح داده می شود. برای اطلاع از موارد زیر از این سند استفاده کنید:

- حق بیمه طرح و تسهیم هزینه؛
- مزایای پزشکی و داروهای تجویزی؛
- اگر نسبت به خدمات یا درمانی رضایت نداشته باشید چطور شکایت کنید؛
- اگر به کمک بیشتری نیاز داشته باشید چطور با ما تماس بگیرید؛ و،
- سایر محافظت های ایجاد شده تحت قانون Medicare.

OMB Approval 09381051- (Expires: February 29, 2024)
CA4CNCEOC35814L_0009
H3561_009_2024_F_CA_EOC_DSNP_126983L_F_C
H3561009000

بر اساس یک مدل بررسی مراقبت Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) توسط کمیته ملی تضمین کیفیت (NCQA) تایید شده است تا به عنوان یک Special Needs Plan (SNP) تا سال 2024 به اجرا در آید.

اعلامیه عدم تبعیض

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

Wellcare By Health Net موارد زیر را ارائه می‌دهد:

- کمک و خدمات رایگان در اختیار افراد معلول قرار می گیرد تا بتوانند بهتر ارتباط برقرار کنند، به عنوان مثال:
  - مترجم زبان اشاره
  - اطلاعات کتبی به فرمت های دیگر (چاپ با حروف بزرگ، فایل صوتی، فرمت های الکترونیکی قابل دسترسی، سایر فرمت ها)
- خدمات زبانی رایگانی را در اختیار افرادی قرار می دهد که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، مانند:
  - مترجمان واجد شرایط
  - اطلاعات به صورت کتبی به سایر زبان ها

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

Wellcare By Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007 (TTY: 711)

نحوه ثبت شکایت

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

- **از طریق تلفن:** با هماهنگ کننده حقوق مدنی Wellcare By Health Net به شماره **1-866-458-2208** تماس بگیرید. دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر. یا اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با TTY 711 تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای بنویسید و آن را به آدرس زیر ارسال کنید:
  هماهنگ کننده حقوق مدنی Wellcare (Wellcare Civil Rights Coordinator)
  P.O. Box 9103
  Van Nuys, CA 91409-9103
- **حضوری:** به مطب پزشک یا Wellcare By Health Net مراجعه کنید و بگویید که می‌خواهید شکایت کنید.
- **به‌صورت الکترونیکی:**به وب‌سایت Wellcare By Health Net در این آدرس مراجعه کنید :
  www.wellcare.com/healthnetCA.

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services
(دفتر حقوق مدنی - سازمان خدمات مراقبت های بهداشتی کالیفرنیا)

همچنین می توانید شکایت حقوق مدنی را به صورت تلفنی، کتبی، یا الکترونیکی به «دفتر حقوق مدنی - سازمان خدمات مراقبت های بهداشتی California» ارائه کنید:

- **از طریق تلفن:** با شماره **1-916-440-7370** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با **TTY 711** تماس بگیرید.
(خدمات رله مخابرات).
- **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 شکایت‌نامه در این آدرس موجود است:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **الکترونیکی** به این آدرس ایمیل بفرستید **CivilRights@dhcs.ca.gov.**

دفتر حقوق مدنی – U.S. وزارت بهداشت و خدمات انسانی

همچنین اگر فکر می کنید بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته اید، می توانید شکایت حقوق مدنی را به صورت کتبی به این آدرس ارسال کنید: وزارت بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی یا به صورت تلفنی یا الکترونیکی تماس بگیرید:

- **از طریق تلفن:** با شماره **1-800-368-1019** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، با این شماره تماس بگیرید: **TTY/TDD 1-800-537-7697.**
- به صورت 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 شکایت در این آدرس موجود هستند **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, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក 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**)。我們也爲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**)。這些服務爲免費服務。

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**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

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 buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY:711)**। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY: 711)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫ਼ਤ 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**) นอกจากนี ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารทีเป็นอักษรเบรลล์และเอกสารทีใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านีไม่มีค่าใช้จ่าย

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.

گواهی پوشش دهی سال 2024

فهرست مطالب

فصل 1 ***شروع به کار به عنوان یک عضو*** **13**

بخش 1 مقدمه 13
بخش 2 چه چیز باعث می‌شود واجد شرایط عضویت در طرح باشید؟ 14
بخش 3 مطالب مهم مربوط به عضویت که دریافت خواهید کرد 16
بخش 4 هزینه های ماهیانه برای Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 18
بخش 5 اطلاعات بیشتر درباره حق بیمه ماهانه 21
بخش 6 سوابق عضویت خود را به روز نگه دارید 21
بخش 7 نحوه همکاری بیمه‌های دیگر با طرح ما 22

فصل 2 ***شماره تلفن ها و منابع مهم*** **25**

بخش 1 نحوه تماس با طرح ما (نحوه تماس با ما از جمله نحوه تماس با خدمات اعضا) 25
بخش 2 Medicare (نحوه دریافت کمک و اطلاعات به طور مستقیم از برنامه Federal Medicare) ... 30
بخش 3 برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی (کمک و راهنمایی رایگان، دریافت اطلاعات، و پاسخگویی به سؤالهای مربوط به Medicare) 32
بخش 4 سازمان بهبود کیفیت 33
بخش 5 سوشال سکیوریتی 34
بخش 6 Medicaid 34
بخش 7 اطلاعات مربوط به برنامه ها برای کمک به افراد در پرداخت هزینه داروهای تجویزی 36
بخش 8 نحوه تماس با هیأت بازنشستگی راه آهن 40
بخش 9 آیا بیمه گروهی یا هر نوع بیمه سلامت دیگری از طرف کارفرما دارید؟ 40

فصل 3 ***استفاده از طرح برای خدمات پزشکی و سایر خدمات تحت پوشش*** **42**

بخش 1 اطلاعاتی که باید درباره دریافت خدمات درمانی پزشکی و سایر خدمات به عنوان عضو طرح ما داشته باشید 42
بخش 2 برای دریافت خدمات مراقبت پزشکی و سایر خدمات از ارائه دهندگان درون شبکه طرح استفاده کنید 44
بخش 3 نحوه دریافت خدمات در مواقع بروز حالت اورژانسی یا نیاز فوری به مراقبت، یا در شرایط بروز بحران 48
بخش 4 اگر برای کل هزینه خدمات مستقیماً برایتان صورتحساب صادر شد باید چه کار کنید؟ 51

بخش 5 وقتی در مطالعه تحقیقات بالینی شرکت می کنید خدمات پزشکی تان چطور تحت پوشش قرار می گیرد؟ 51
بخش 6 قوانین مربوط به دریافت خدمات مراقبتی در مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی 53
بخش 7 قوانین مربوط به مالکیت تجهیزات پزشکی بادوام 54

فصل 4 *نمودار مزایای پزشکی (چه چیزی تحت پوشش است)* 57

بخش 1 آشنایی با خدمات تحت پوشش 57
بخش 2 برای اطلاع از موارد تحت پوشش از *نمودار مزایای پزشکی* استفاده کنید 57
بخش 3 کدام خدمات خارج از طرح تحت پوشش هستند؟ 109
بخش 4 کدام خدمات تحت پوشش طرح نیستند؟ 109

فصل 5 *استفاده از پوشش طرح برای داروهای تجویزی Part D* 114

بخش 1 مقدمه 114
بخش 2 دریافت داروی نسخه در داروخانه شبکه یا از طریق خدمات سفارش پستی طرح 115
بخش 3 داروهایتان باید در «لیست دارو» در طرح باشد 119
بخش 4 محدودیت هایی برای پوشش دهی بعضی از داروها وجود دارد 121
بخش 5 اگر یکی از داروهایتان طوری که تمایل دارید پوشش داده نشود باید چه کار کرد؟ 122
بخش 6 اگر پوشش طرح برای داروهایتان تغییر کرد باید چه کار کنید؟ 124
بخش 7 چه نوع داروهایی توسط طرح پوشش داده نمی شود ؟ 127
بخش 8 دریافت نسخه های تجویزی در نسخه 128
بخش 9 پوشش داروی Part D در شرایط خاص 128
بخش 10 برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها 130
بخش 11 گزارش هایی برایتان ارسال می کنیم که در آنها درباره پرداخت هزینه های داروها و اینکه در چه مرحله ای از پرداخت هستید توضیح داده شده است 132

فصل 6 *آنچه برای داروهای نسخه ای Part D می پردازید* 135

فصل 7 *درخواست از ما برای پرداخت سهم هزینه از مبلغ صورت‌حسابی که برای خدمات پزشکی یا داروهای تحت پوشش دریافت می‌کنید* 137

بخش 1 شرایطی که در آن باید از ما درخواست کنید هزینه خدمات یا داروهای تحت پوشش شما را پرداخت کنیم 137
بخش 2 نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت یا پرداخت صورتحسابی که قبلاً دریافت کرده اید 140
بخش 3 ما درخواستتان را برای پرداخت بررسی می کنید و پاسخ مثبت یا منفی خواهیم داد 141

فصل 8 *حقوق و مسئولیت های شما* 143

بخش 1 طرح ما باید به حقوق و حساسیت های فرهنگی شما به عنوان عضو طرح احترام بگذارد..... 143

بخش 2 شما به عنوان عضو طرح مسئولیت هایی دارید 153

فصل 9 *در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم پوشش دهی، درخواست تجدیدنظر، شکایت)* ..156

بخش 1 مقدمه..... 156

بخش 2 از کجا می توانید اطلاعات بیشتر و کمک شخصی دریافت کنید 157

بخش 3 برای رسیدگی به مشکلتان از کدام روند استفاده می کنید؟ 158

بخش 4 رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicare 159

بخش 5 راهنمای اصول اولیه تصمیم پوشش دهی و تجدیدنظر 159

بخش 6 خدمات مراقبت پزشکی: نحوه درخواست تصمیم پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر..... 163

بخش 7 داروهای تجویزی Part D شما: نحوه درخواست تصمیم پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر 171

بخش 8 اگر فکر می‌کنید پزشک شما را خیلی زود از بیمارستان مرخص کرده است، در نحوه درخواست از ما برای پوشش دادن دوره بستری شدن طولانی تر در بیمارستان توضیح داده می شود..... 179

بخش 9 نحوه درخواست از ما برای حفظ پوشش خدمات پزشکی خاص در صورتی که فکر می کنید پوششتان خیلی زود تمام می شود..... 186

بخش 10 ادامه تجدیدنظر به سطح 3 و سطح‌های بعدی..... 192

بخش 11 نحوه شکایت در مورد کیفیت مراقبت، زمان انتظار، خدمات مشتری، و سایر نگرانی‌ها..... 195

بخش 12 رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicaid شما..... 199

فصل 10 *پایان دادن به عضویت در طرح* 201

بخش 1 مقدمه پایان دادن به عضویت در طرح ما 201

بخش 2 چه وقت می توانید عضویتتان را در طرح ما تمام کنید؟..... 201

بخش 3 چطور به عضویتتان در طرح پایان دهید؟..... 205

بخش 4 تا زمانی که عضویت شما تمام نشده است، باید همچنان خدمات و اقلام پزشکی و داروها را از طریق طرح ما دریافت کنید..... 206

بخش 5 در شرایطی خاص باید عضویتتان را در طرح پایان دهیم..... 206

فصل 11 *اعلامیه های حقوقی* 209

بخش 1 اعلامیه درباره قانون جاری (قابل اجرا)..... 209

بخش 2 اعلامیه در مورد عدم تبعیض..... 209

بخش 3 اعلامیه درباره حقوق Medicare در مورد جایگزینی پرداخت کننده دوم..... 209
بخش 4 بازپرداخت مزایای پرداختی توسط طرح ما تحت طرح Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 210
بخش 5 کارت عضویت..... 212
بخش 6 پیمانکارهای مستقل 212
بخش 7 کلاهبرداری در طرح مراقبت از سلامت..... 212
بخش 8 شرایط که تحت کنترل طرح نباشد..... 213

فصل 12 *تعریف واژه های مهم* 215

فصل 1:

شروع به کار به عنوان یک عضو

بخش 1 مقدمه

بخش 1.1 شما در Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ثبت‌نام کرده اید که یک طرح Medicare Advantage (برنامه مراقبت‌های ویژه) است.

شما تحت پوشش Medicare و Medicaid هستید:

- **Medicare** یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص 65 سال به بالا، بعضی اشخاص زیر 65 سال با ناتوانی های خاص، و اشخاصی در مرحله نهایی بیماری کلیوی (از کار افتادگی کلیه) است.
- **Medicaid** یک برنامه مشترک دولت فدرال و ایالتی است که در پرداخت هزینه های پزشکی به برخی افراد که درآمد و منابع محدود دارند کمک می کند. پوشش Medicaid بسته به ایالت و نوع Medicaid شما متفاوت است. برخی از افراد دارای Medicaid برای پرداخت حق بیمه Medicare و سایر هزینه‌های خود کمک دریافت می‌کنند. سایر افراد نیز برای خدمات اضافی و داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند، پوشش می‌گیرند.

شما انتخاب کرده اید که مراقبت های بهداشتی Medicare و پوشش داروهای تجویزی خود را از طریق طرح ما یعنی، Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) دریافت کنید. ما ملزم هستیم همه خدمات Part A و Part B را پوشش دهیم. اما، تسهیم هزینه و دسترسی به ارائه دهنده در این طرح با Original Medicare متفاوت است.

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) یک طرح Medicare Advantage (برنامه مراقبت‌های ویژه Medicare) است، به این معنی که مزایای آن برای افرادی با نیازهای مراقبت بهداشتی ویژه طراحی شده است. طرح ما برای افرادی طراحی شده است که Medicare دارند و همچنین شرایط دریافت کمک از California Medi-Cal (Medicaid) را دارند.

به دلیل اینکه با تسهیم هزینه Medicare Part A و B از Medicaid کمک دریافت می کنید (فرانشیزها، پرداخت های مشترک و بیمه مشترک)، ممکن است هیچ هزینه ای برای خدمات مراقبت های بهداشتی Medicare خود پرداخت نکنید. همچنین ممکن است با پوشش دادن خدمات مراقبت‌های بهداشتی که معمولاً تحت پوشش Medicare نیستند، مزایای دیگری برای شما فراهم کند. همچنین برای پرداخت هزینه‌های داروهای تجویزی Medicare، «Extra Help» از Medicare دریافت خواهید کرد. طرح ما در مدیریت همه این مزایا به شما کمک می‌کند تا خدمات مراقبت‌های بهداشتی و کمک‌هزینه‌ای را که حق دارید دریافت کنید.

طرح ما توسط یک شرکت خصوصی اداره می‌شود. این برنامه مراقبت‌های ویژه Medicare مانند همه طرح های Medicare Advantage مورد تأیید Medicare است. همچنین این طرح با طرح California Medicaid قرارداد دارد تا مزایای California Medi-Cal (Medicaid) شما را هماهنگ کند. خوشحالیم که پوشش مراقبت‌های بهداشتی Medicare، از جمله پوشش داروهای تجویزی شما را ارائه می‌کنیم.

پوشش در قالب این طرح یک پوشش سلامت واجد شرایط کننده (Qualifying Health Coverage، QHC) است و از الزامات مربوط به مسئولیت مشترک فردی تحت «قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه» (Protection and Affordable Care Act، ACA) تبعیت می کند. برای اطلاعات بیشتر به سایت خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service، IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families مراجعه کنید.

بخش 1.2 محتوای *گواهی پوشش دهی* درباره چیست؟

در این دفترچه *گواهی پوشش دهی* درباره نحوه دریافت مراقبت های پزشکی و داروهای تجویزی Medicare از طریق طرح ما توضیح داده شده است. درباره حقوق و مسئولیت های شما، موارد تحت پوشش، هزینه ای که به عنوان عضو طرح پرداخت می کنید، و نحوه طرح شکایت در صورتی که از تصمیم اتخاذ شده یا درمان رضایت نداشته باشید توضیحاتی ارائه شده است.

کلمه های *«پوشش»* و *«خدمات تحت پوشش»* به مراقبت ها و خدمات پزشکی و داروهای تجویزی در دسترس شما به عنوان عضو Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) اشاره دارد.

برای شما مهم است که بدانید قوانین طرح چیست و چه خدماتی در دسترس شما هستند. توصیه می کنیم زمانی را برای مطالعه این دفترچه *گواهی پوشش دهی* در نظر بگیرید.

اگر موردی را متوجه نمی شوید، نگرانی خاصی دارید یا سؤالی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

بخش 1.3 اطلاعات قانونی درباره *شواهد پوشش*

این *گواهی پوشش دهی* بخشی از قرارداد ما با شما در مورد نحوه پوشش خدمات درمانی شما توسط طرح ما است. بخش های دیگر این قرارداد شامل فرم ثبت‌نام شما، *فهرست داروهای تحت پوشش (لیست دارو)*، و هر اعلامیه ای است که از ما در مورد تغییرات در پوشش یا شرایطی که بر پوشش شما تأثیر می گذارد دریافت می کنید. این اعلامیه ها گاهی اوقات *«الحاقیه»* یا *«اصلاحیه»*نامیده می شوند.

این قرارداد برای ماه هایی که در طرح ما ثبت‌نام می کنید بین 1 ژانویه 2024 تا 31 دسامبر 2024 معتبر است.

در هر سال تقویمی، Medicare به ما اجازه می‌دهد تا در برنامه‌هایی که ارائه می‌دهیم تغییراتی ایجاد کنیم. به این معنی که می توانیم هزینه ها و مزایای Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) را پس از 31 دسامبر 2024 تغییر دهیم. همچنین می توانیم پس از 31 دسامبر 2024 ادامه ارائه طرح را متوقف کنیم یا آن را در یک منطقه خدماتی دیگر ارائه کنیم.

Medicare (مراکز خدمات Medicare و Medicaid) باید هر سال Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) را تأیید کند. شما می توانید هر سال به عنوان عضوی از طرح ما به دریافت پوشش Medicare ادامه دهید تا زمانی که ما به ارائه طرح ادامه می دهیم و Medicare تأیید طرح را تمدید کند.

بخش 2 چه چیز باعث می‌شود واجد شرایط عضویت در طرح باشید؟

بخش 2.1 شرایط واجدشرایط بودن شما

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

- هر دو مورد Medicare Part A و Medicare Part B را داشته باشید
- -- و -- در منطقه خدماتی جغرافیایی ما زندگی کنید (بخش 2.3 در زیر منطقه خدماتی ما را توضیح می دهد).
افراد زندانی حتی اگر از نظر فیزیکی در منطقه خدماتی جغرافیایی باشند به این معنی نیست که در اینجا زندگی می

کنند.

- -- و -- شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید.
- -- و -- شما شرایط ویژه واجد شرایط بودن که در زیر شرح داده شده را داشته باشید.

الزامات ویژه صلاحیت برای طرح ما

طرح ما برای پاسخگویی به نیازهای افرادی طراحی شده است که مزایای خاصی از Medicaid دریافت می‌کنند. (Medicaid یک برنامه مشترک دولت فدرال و ایالتی است که به هزینه های پزشکی افراد خاصی با درآمد و منابع محدود کمک می کند.) برای واجد شرایط بودن برای طرح ما، باید واجد شرایط کمک هزینه تسهیم هزینه Medicare تحت Medicaid باشید.

لطفاً توجه کنید: اگر دیگر واجد شرایط نباشید اما به طور منطقی انتظار می رود تا 6 ماه بعد مجدداً واجد شرایط شوید، همچنان واجد شرایط عضویت در طرح ما هستید (در فصل 4، بخش 2.1 درباره پوشش و تسهیم هزینه در طول دوره ای که به نظر می رسد در آن صلاحیت شما ادامه دارد توضیح داده شده است).

بخش 2.2 Medicaid چیست؟

Medicaid یک برنامه مشترک دولت فدرال و ایالتی است که در پرداخت هزینه‌های پزشکی به برخی افراد که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند. هر ایالت تصمیم می‌گیرد که چه چیزی به عنوان درآمد و منابع به حساب می‌آید، چه کسی واجد شرایط است، چه خدماتی تحت پوشش قرار می‌گیرد و هزینه خدمات چقدر باشد. تصمیم‌گیری در مورد اجرای برنامه‌های ایالتی تا زمانی که تحت قوانین فدرال باشند نیز بر عهده ایالت است.

علاوه بر این، برنامه‌هایی از طریق Medicaid ارائه می‌شود که به افراد دارای Medicare کمک می‌کند تا هزینه‌های Medicare خود را بپردازند، مانند حق بیمه Medicare خود. این «برنامه‌های پس‌انداز Medicare» به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هر سال در هزینه خود صرفه‌جویی کنند:

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+):** به پرداخت حق بیمه های Medicare Part A و Part B و سایر تسهیم هزینه ها (مانند فرانشیزها، بیمه مشترک، و پرداخت های مشترک) کمک می کند. افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.
- مزایای اضافی Medicare برای افراد کم‌درآمد یا **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+):** به پرداخت حق بیمه Part B کمک می‌کند. افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.
- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** به پرداخت حق بیمه های Medicare Part A و Part B و سایر تسهیم هزینه ها (مانند فرانشیزها، بیمه مشترک، و پرداخت های مشترک) کمک می کند. افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.

بخش 2.3 در اینجا منطقه خدماتی طرح برای Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) عنوان شده است

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) فقط برای کسانی که در منطقه خدماتی طرح ما زندگی می کنند قابل دسترسی است. برای عضویت در طرح ما، باید همچنان در منطقه خدماتی طرح اقامت داشته باشید. منطقه خدمات در زیر توضیح داده شده است.

منطقه خدماتی شامل این کانتی ها در California می شود: Orange، Riverside، San Bernardino و San Diego.

اگر تصمیم دارید به خارج از این منطقه خدماتی بروید، دیگر نمی توانید عضو این طرح باشید. با خدمات اعضا تماس بگیرید و بررسی کنید آیا طرحی در منطقه جدیدتان وجود دارد. هنگامی که نقل مکان می‌کنید، یک دوره ثبت‌نام ویژه خواهید داشت که به شما امکان می‌دهد به Original Medicare تغییر دهید یا در یک طرح بهداشتی یا دارویی Medicare که در مکان جدید شما موجود است ثبت‌نام کنید.

همچنین مهم است که در صورت نقل مکان یا تغییر آدرس پستی خود با سوشال سکیوریتی تماس بگیرید. می توانید شماره تلفن و اطلاعات تماس برای سوشال سکیوریتی را در فصل 2، بخش 5 بیابید.

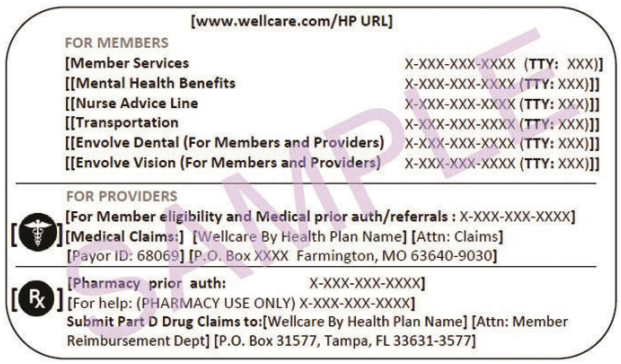
بخش 2.4 شهروند ایالات متحده یا حضور قانونی

عضو طرح بهداشتی Medicare باید یک شهروند ایالات متحده باشد یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشد. Medicare (مراکز خدمات Medicare و Medicaid) در صورتی که واجد شرایط عضویت بر این اساس نباشید، به Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) اطلاع خواهد داد. اگر این شرایط لازم را نداشته باشید، Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) باید عضویت شما را لغو کند.

بخش 3 مطالب مهم مربوط به عضویت که دریافت خواهید کرد

بخش 3.1 کارت عضویت شما

تا زمانی که عضو طرح ما هستید باید هر زمان که خدمات تحت پوشش این طرح را دریافت می کنید و برای داروهای نسخه ای که در داروخانه های شبکه دریافت می کنید، از کارت عضویت خود برای طرح ما استفاده کنید. همچنین باید کارت California Medi-Cal (Medicaid) خود را به ارائه‌دهنده نشان دهید. در اینجا یک نمونه کارت عضویت آورده شده است تا به شما نشان دهد کارت شما چگونه خواهد بود:



SAMPLE SAMPLE

تا زمانی که عضو این طرح هستید، از کارت Medicare قرمز، سفید و آبی برای خدمات پزشکی تحت پوشش استفاده نکنید. اگر از کارت Medicare خود به جای کارت عضویت Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) استفاده کنید ممکن است مجبور شوید هزینه کامل خدمات پزشکی را خودتان بپردازید. کارت Medicare خود را در مکانی امن نگه دارید. در صورت نیاز به خدمات بیمارستانی، خدمات آسایشگاهی، یا شرکت در مطالعات تحقیقاتی مورد تأیید Medicare که به آن پژوهش بالینی نیز گفته می شود ممکن است از شما خواسته شود آن را نشان دهید.

اگر کارت عضویت طرح شما آسیب دیده، گم شده یا به سرقت رفته، فوراً با خدمات اعضا تماس بگیرید تا یک کارت جدید برای شما ارسال کنیم.

بخش 3.2 فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها

فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها شامل فهرستی از ارائه دهندگان شبکه و داروخانه های شبکه ما است. **ارائه دهندگان شبکه** شامل پزشکان و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی، گروه های پزشکی، بیمارستان ها و سایر مراکز مراقبت های بهداشتی هستند که با ما توافق کرده اند پرداخت ما و هرگونه تسهیم هزینه طرح را به عنوان پرداخت کامل بپذیرند.

«گروه پزشکی» انجمنی از پزشکان، از جمله پزشکان ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) و متخصصان، و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت، از جمله بیمارستان ها است که برای ارائه خدمات به اعضا با طرح قرارداد دارد.

برای دریافت خدمات و مراقبت های پزشکی باید از ارائه دهندگان شبکه استفاده کنید.

همچنین ممکن است مجبور شوید از ارائه‌دهندگان در گروه پزشکی/IPA ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (PCP) خود استفاده کنید. اگر می خواهید توسط ارائه دهنده ای ویزیت شوید که در گروه پزشکی PCP/IPA شما نیست، ممکن است لازم باشد PCP خودتان را تغییر دهید. همچنین ممکن است محدود به استفاده از ارائه دهندگانی در شبکه ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) و/یا شبکه گروه پزشکی خود باشید. یعنی PCP و/یا گروه پزشکی که انتخاب می کنید ممکن است متخصصان و بیمارستان هایی را که می توانید استفاده کنید تعیین کند. IPA انجمنی از پزشکان، از جمله PCP ها و متخصصان، و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت، از جمله بیمارستان ها است که با این طرح برای ارائه خدمات به اعضا قرارداد دارد. اگر بدون تأیید قبلی به ارائه دهنده دیگری مراجعه کنید، باید هزینه را به طور کامل پرداخت کنید. تنها موارد استثنا عبارتند از مواقع اورژانسی، خدمات مورد نیاز فوری وقتی شبکه در دسترس نباشد (یعنی در شرایطی که دیافت خدمات در شبکه منطقی نباشد یا امکان پذیر نباشد)، خدمات دیالیز خارج از منطقه، و در مواردی که Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) استفاده از ارائه دهنده خارج از شبکه را مجاز کرده باشد.

جدیدترین فهرست ارائه دهندگان در وب‌سایت ما در دسترس است: www.wellcare.com/healthnetCA.

اگر نسخه ای از *فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها* را ندارید، می توانید یک نسخه (به صورت الکترونیکی یا نسخه چاپی) را از بخش خدمات اعضا درخواست کنید. درخواست ها برای دریافت نسخه چاپی *فهرست راهنمای ارائه دهندگان و داروخانه ها* در مدت زمان سه روز کاری برایتان پست می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه دهندگان درون شبکه، ازجمله اطلاعاتی درباره صلاحیت آنها، دانشکده پزشکی که در آن حضور داشته اند، تکمیل دوره رزیدنسی، و تخصص آنها می توانید از خدمات اعضا سؤال کنید. از طریق خدمات اعضا و این وب‌سایت می‌توانید جدیدترین اطلاعات مربوط به تغییرات ایجاد شده در ارائه دهندگان شبکه ما را دریافت کنید.

در *فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها* لیستی از داروخانه های شبکه ما ارائه شده است. داروخانه‌های شبکه، داروخانه‌هایی هستند که قبول کرده‌اند نسخه‌های اعضای طرح ما را تأمین کنند. برای یافتن داروخانه شبکه مورد نظر برای استفاده، می توانید به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید. برای اطلاع درباره زمانی که در شبکه طرح نیستید و می توانید از داروخانه های ما استفاده کنید به فصل 5 بخش 2.5 مراجعه کنید.

اگر نسخه ای از *فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها* را ندارید، می توانید یک نسخه را از بخش خدمات اعضا درخواست کنید. شما همچنین می‌توانید این اطلاعات را در وب‌سایت ما به آدرس زیر بیابید www.wellcare.com/healthnetCA.

بخش 3.3 فهرست داروهای تحت پوشش *(لیست دارو)*

این طرح شامل *فهرست داروهای تحت پوشش (لیست دارو)*است. به این فهرست مختصراً «لیست دارو» می‌گوییم.
در این فهرست عنوان شده است کدام داروهای نسخه ای Part D تحت پوشش مزایای Part D موجود در Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) قرار دارند. داروهای موجود در این لیست توسط این طرح با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌شوند. فهرست باید شرایط تعیین شده توسط Medicare را برآورده کند. Medicare «لیست داروی» Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) را تأیید کرده است.

همچنین در «لیست دارو» عنوان می شود آیا قوانینی وجود دارد که پوشش داروهای شما را محدود کند یا خیر.

یک نسخه از «لیست دارو» را در اختیارتان قرار خواهیم داد. برای دریافت کامل ترین و جدیدترین اطلاعات درباره داروهای تحت پوشش، می توانید به وب‌سایت طرح مراجعه کنید.
(www.wellcare.com/healthnetCA) مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

بخش 4 هزینه های ماهیانه برای Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

هزینه های شما ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- حق بیمه طرح (بخش 4.1)
- حق بیمه ماهانه Medicare Part B (بخش 4.2)
- جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D (بخش 4.3)
- مبلغ تعدیل ماهانه بسته به درآمد (بخش 4.4)

بخش 4.1 حق بیمه طرح

شما حق بیمه طرح ماهانه جداگانه‌ای برای طرح ما پرداخت نمی‌کنید.

بخش 4.2 حق بیمه ماهانه Medicare Part B

بسیاری از اعضا ملزم به پرداخت سایر حق بیمه های Medicare هستند

برخی از اعضا ملزم به پرداخت سایر حق بیمه‌های Medicare هستند. همانطور که در بخش 2 در بالا توضیح داده شد، برای اینکه واجد شرایط طرح ما باشید، باید برای California Medi-Cal (Medicaid) هم واجد شرایط باشید و همچنین هم Medicare Part A و هم Medicare Part B را داشته باشید. برای اکثر اعضای Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)، طرح California Medi-Cal (Medicaid) حق بیمه Part A شما (اگر به طور خودکار واجد شرایط آن نباشید) و حق بیمه Part B شما را پرداخت می‌کند.

اگر Medicaid حق بیمه Medicare را برای شما پرداخت نمی کند، باید به پرداخت حق بیمه Medicare خود ادامه دهید تا عضو طرح بمانید. این مورد شامل حق بیمه برای Part B نیز می شود. همچنین ممکن است شامل حق بیمه برای Part A شود که اعضایی که واجد شرایط حق بیمه رایگان Part A نیستند را تحت تأثیر قرار می دهد.

بخش 4.3 جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D

به دلیل اینکه واجد شرایط هر دو طرح هستید، تا زمانی که همچنان در هر دو طرح واجد شرایط باشید LEP برای شما اعمال نمی شود، اما اگر وضعیت واجد شرایط بودن دوگانه را از دست بدهید ممکن است LEP لحاظ شود. اگر در هر زمان بعد از پایان دوره ثبت‌نام اولیه در یک دوره متوالی 63 روزه Part D یا هر بیمه داروی تجویزی دیگری نداشته باشید، جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D برایتان لحاظ می‌شود که مبلغ حق بیمه اضافی است که باید برای پوشش Part D پرداخت کنید. پوشش داروهای تجویزی معتبر نوعی پوشش طرح است که انتظار می رود به طور متوسط حداقل برابر با مبلغ پوشش داروهای تجویزی استاندارد Medicare را پرداخت کنید و به همین دلیل از حداقل استانداردهای Medicare برخوردار است. مبلغ جریمه دیرکرد ثبت‌نام به مدت زمانی که Part D یا سایر «پوشش های داروهای تجویزی معتبر» را ندارید بستگی دارد. تا زمانی که پوشش Part D را نداشته باشید باید این جریمه را پرداخت کنید.

در شرایط زیر لازم نیست هزینه ای پرداخت کنید:

- اگر برای داروهای تجویزی Extra Help از Medicare دریافت می کنید.
- اگر 63 روز متوالی هیچ پوشش معتبری نداشته باشید.
- اگر قبلاً پوشش دارویی معتبری را از منبعی دیگر مانند کارفرمای قبلی، اتحادیه، TRICARE، یا «سازمان نظامیان بازنشسته» داشته اید. شرکت بیمه یا سازمان منابع انسانی هر سال به شما اطلاع می دهد آیا پوشش دارویی تان از نوع پوشش معتبر است یا خیر. این اطلاعات ممکن است به صورت نامه یا در قالب خبرنامه ای از طرف طرح برایتان ارسال شود. این اطلاعات را نگهدارید زیرا اگر بعداً به یک طرح دارویی Medicare ملحق شوید ممکن است به آنها نیاز داشته باشید.
  - **توجه:** در همه اعلامیه ها باید عنوان شود که شما پوشش داروهای تجویزی معتبر داشته اید که انتظار می رفته است مبلغی معادل مبلغ پرداختی توسط طرح استاندارد داروهای تجویزی Medicare را پرداخت کند.
  - **توجه:** موارد زیر جزء پوشش داروهای تجویزی معتبر نیستند : کارت های تخفیف داروهای تجویزی، کلینیک های رایگان، و وب‌سایت های تخفیف دارویی.

مبلغ جریمه را Medicare تعیین می کند. نحوه محاسبه به این صورت است:

- ابتدا تعداد ماه های کامل دیرکرد ثبت‌نام در طرح داروی Medicare بعد از اینکه واجد شرایط ثبت‌نام بوده اید محاسبه می شود. یا اگر وقفه پوشش بیمه 63 روز یا بیشتر باشد، تعداد ماه های کاملی که پوشش داروهای تجویزی معتبر نداشته اید محاسبه می شود. مبلغ جریمه 1% برای هر ماهی است که پوشش معتبر نداشته اید. مثلاً اگر 14 ماه هیچ پوششی نداشته اید، جریمه 14% خواهدبود.
- سپس مبلغ متوسط حق بیمه ماهانه برای طرح های دارویی Medicare در ایالت نسبت به سال قبل توسط Medicare تعیین می شود. این مبلغ متوسط حق بیمه برای سال 2023 معادل $32.74 بوده است. این مبلغ ممکن است برای 2024 تغییر کند.
- برای محاسبه جریمه ماهانه، درصد جریمه و متوسط حق بیمه ماهانه را ضرب کنید و سپس به نزدیکترین عدد بزرگتر (10 سنتی) گرد کنید. در این مثال این مبلغ 14% ضربدر $32.74 و در نتیجه $4.58 می شود. مبلغ کل گرد شده $4.60 است. این مبلغ **به حق بیمه ماهانه برای کسی که جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D داشته باشد**اضافه می‌شود.

سه نکته مهم را باید درباره این جریمه ماهانه دیرکرد ثبت‌نام Part D در نظر داشته باشید:

- نکته اول اینکه، **مبلغ جریمه ممکن است هر سال تغییر کند** زیرا متوسط حق بیمه ماهانه ممکن است هر سال تغییر کند.
- نکته دوم اینکه، تا زمانی که در طرحی ثبت‌نام کرده اید که مزایای دارویی Part D را دارد، حتی اگر طرح ها را تغییر دهید و جابجا کنید، **همچنان باید جریمه را پرداخت کنید**.
- نکته سوم اینکه اگر کمتر از 65 سال سن دارید و اکنون مزایای Medicare را دریافت می کنید، جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D بعد از رسیدن به 65 سالگی مجدداً از ابتدا محاسبه می شود. جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D بعد از 65 سالگی فقط بر اساس تعداد ماه هایی است که بعد از دوره ثبت‌نام اولیه با افزایش سن پوشش Medicare نداشته اید.

اگر با جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D موافق نباشید، شما یا نماینده تان می توانید درخواست بررسی مجدد کنید. به طور کلی باید **در مدت 60 روز** از تاریخ اولین نامه ای که دریافت کرده اید و در آن عنوان شده است باید جریمه دیرکرد ثبت‌نام را پرداخت کنید، اقدام کنید. اما اگر قبل از ملحق شدن به طرح ما جریمه پرداخت می کردید، ممکن است دیگر شانسی برای درخواست بررسی جریمه دیرکرد ثبت‌نام نداشته باشید.

بخش 4.4 مبلغ تعدیل ماهانه بسته به درآمد

ممکن است بعضی از اعضا ملزم به پرداخت هزینه ای اضافی باشند که به آن «مبلغ تعدیل ماهانه بسته به درآمد Part D» یا «IRMAA» گفته می شود. هزینه اضافی با استفاده از درآمد ناخالص تعدیل شده اصلاح شده که در فرم مالیاتی IRS در طول 2 سال گذشته گزارش کرده اید محاسبه می شود. اگر این مبلغ بیشتر از مقداری خاص باشد، شما مبلغ حق بیمه استاندارد و IRMAA اضافی را پرداخت خواهید کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مبلغ اضافی که ممکن است براساس درآمدتان پرداخت کنید به این سایت مراجعه کنید: https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

اگر مجبور به پرداخت مبلغ اضافی هستید، سوشال سکیوریتی و نه طرح Medicare شما، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کند که به شما می‌گوید این مبلغ اضافی چقدر خواهد بود. بدون در نظر گرفتن این مسئله که معمولاً چطور حق بیمه طرح را پرداخت می کنید، این مبلغ اضافی از چک مزایای سوشال سکیوریتی، هیئت بازنشستگی راه آهن، یا دفتر مدیریت پرسنل کسر می شود، مگر اینکه مزایای ماهانه تان برای پوشش دادن مبلغ بدهی اضافی کافی نباشد. اگر چک مزایایتان برای پوشش این مبلغ اضافی کافی نباشد، صورتحسابی از Medicare دریافت خواهید کرد. **باید این مبلغ اضافی را به دولت پرداخت کنید. این مبلغ با حق بیمه ماهانه طرح قابل پرداخت نیست. اگر مبلغ اضافی را پرداخت نکنید ثبت‌نامتان از طرح لغو می شود و پوشش داروی تجویزی را از دست خواهید داد.**

اگر نسبت به پرداخت مبلغ اضافی مخالفتی دارید، می توانید از سوشال سکیوریتی درخواست کنید تصمیم اتخاذ شده را بررسی مجدد کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه انجام این کار از طریق شماره 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) با سوشال سکیوریتی تماس بگیرید.

بخش 5 اطلاعات بیشتر درباره حق بیمه ماهانه

بخش 5.1 آیا می توانیم حق بیمه طرح ماهانه شما را در طول سال تغییر دهیم؟

خیر. ما مجاز نیستیم مبلغ حق بیمه طرح ماهانه شما را در طول سال تغییر دهیم. اگر حق بیمه طرح ماهانه برای سال آینده تغییر کند، در ماه سپتامبر به شما اطلاع خواهیم داد و این تغییر از 1 ژانویه اعمال خواهد شد.

اما بعضی مواقع در صورت مجاز بودن ممکن است بتوانید جریمه دیرکرد ثبت‌نام را متوقف کنید. یا اینکه باید جریمه دیرکرد ثبت‌نام را پرداخت کنید. این مورد زمانی روی می دهد که برای طرح «Extra Help» واجد شرایط باشید یا اینکه در طول سال دیگر برای طرح «Extra Help» واجد شرایط نباشید (صلاحیتتان را از دست بدهید):

- اگر در حال حاضر جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D را پرداخت می کنید و در طول سال برای «Extra Help» واجد شرایط شوید، می توانید پرداخت جریمه را متوقف کنید.
- اگر Extra Help را از دست بدهید، در صورتی که 63 روز متوالی یا بیشتر بدون Part D یا سایر پوشش های داروهای تجویزی معتبر باشید، ممکن است مشمول جریمه ثبت‌نام دیرهنگام شوید.

در فصل 2 بخش 7 می توانید اطلاعات بیشتری درباره طرح «Extra Help» دریافت کنید.

بخش 6 سوابق عضویت خود را به روز نگه دارید

سوابق عضویت شما اطلاعاتی از فرم ثبت‌نام شما شامل آدرس و شماره تلفن شما دارد. این پوشش برنامه خاص شما از جمله ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه / گروه پزشکی / انجمن تمرین مستقل (IPA، Independent Practice Association) را نشان می‌دهد. IPA انجمنی از پزشکان، از جمله PCPها و متخصصان، و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت، از جمله بیمارستان‌ها است که با این طرح برای ارائه خدمات به اعضا قرارداد دارد.

پزشکان، بیمارستان‌ها، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح باید اطلاعات صحیحی درباره شما داشته باشند. **این ارائه‌دهندگان شبکه از سوابق عضویت شما استفاده می‌کنند تا بدانند چه خدمات و داروهایی تحت پوشش قرار می‌گیرند و مبالغ تسهیم هزینه برای شما چقدر است.** به همین دلیل، بسیار اهمیت دارد که به ما در به‌روز نگه داشتن اطلاعات خود کمک کنید.

از این تغییرات به ما اطلاع دهید:

- تغییرات ایجادشده در نام، آدرس یا شماره تلفن
- تغییرات در هر پوشش بیمه درمانی دیگری که دارید (مانند بیمه کارفرما، کارفرمای همسرتان یا جبران خسارت کارگری، یا California Medi-Cal (Medicaid))
- اگر هر گونه ادعای مسئولیتی دارید، مانند ادعاهای ناشی از تصادف خودرو
- اگر در خانه سالمندان بستری شده‌اید

- اگر در بیمارستان یا اورژانس خارج از منطقه یا خارج از شبکه مراقبت دریافت می‌کنید
- اگر طرف مسئول تعیین شده برای شما (مانند یک مراقب) تغییر کند
- اگر در پژوهش بالینی شرکت می‌کنید (**توجه:** نیازی نیست درباره پژوهش‌های تحقیقاتی که می‌خواهید در آنها شرکت کنید به طرح اطلاع دهید، اما بهتر است این کار را انجام دهید)

در صورت ایجاد تغییر در این اطلاعات، از طریق تماس با خدمات اعضا به ما اطلاع دهید.

همچنین مهم است که در صورت جابجایی یا تغییر آدرس پستی خود با سوشال سکیوریتی تماس بگیرید. می توانید شماره تلفن و اطلاعات تماس برای سوشال سکیوریتی را در فصل 2، بخش 5 بیابید.

بخش 7 نحوه همکاری بیمه‌های دیگر با طرح ما

سایر بیمه ها

Medicare ما را ملزم می‌کند که اطلاعاتی را در مورد سایر پوشش‌های بیمه پزشکی یا دارویی که دارید از شما جمع‌آوری کنیم. این به این دلیل است که ما باید هر پوشش دیگری را که دارید با مزایای شما در طرح خود هماهنگ کنیم. به این کار **هماهنگی مزایا**گفته می شود.

هر سال یک بار، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که در آن سایر پوشش‌های بیمه پزشکی یا دارویی که از آن اطلاع داریم فهرست می‌شود. لطفاً این اطلاعات را با دقت بخوانید. اگر درست باشد، نیازی به انجام کاری ندارید. اگر اطلاعات اشتباه است یا اگر پوشش بیمه دیگری دارد که در فهرست موجود نیست، با خدمات اعضا تماس بگیرید. ممکن است لازم باشد شماره شناسه عضو طرح خود را به سایر بیمه‌گذاران خود بدهید (بعد از اینکه هویت آنها را تأیید کردید) تا صورتحساب‌های شما به درستی و به موقع پرداخت شود.

وقتی بیمه دیگری دارید (مانند پوشش درمانی گروه کارفرما)، قوانینی توسط Medicare تعیین می‌شود که تصمیم می‌گیرد که آیا طرح ما ابتدا پرداخت می‌کند یا بیمه دیگر شما. بیمه ای که ابتدا پرداخت می کند «پرداخت کننده اصلی» نامیده می شود و تا سقف پوشش خود پرداخت می کند. پرداخت کننده دوم که «پرداخت کننده ثانویه» نامیده می شود تنها در صورتی پرداخت می کند که هزینه هایی از پوشش اولیه، بدون پوشش باقی بماند. پرداخت‌کننده ثانویه ممکن است تمام هزینه‌های بدون پوشش را پرداخت نکند. اگر بیمه دیگری دارید، به پزشک، بیمارستان و داروخانه خود اطلاع دهید.

این قوانین برای پوشش طرح سلامت گروه کارفرما یا اتحادیه اعمال می‌شود:

- اگر پوشش بازنشستگی دارید، Medicare ابتدا پرداخت می‌کند.
- اگر پوشش طرح سلامت گروهی شما بر اساس اشتغال فعلی شما یا یکی از اعضای خانواده شما است، این که چه کسی ابتدا پرداخت می‌کند به سن شما، تعداد افرادی که توسط کارفرمای شما شاغل هستند و اینکه آیا شما بر اساس سن، ناتوانی یا مرحله پایانی بیماری کلیوی (ESRD)، Medicare دارید بستگی دارد:
  - اگر زیر 65 سال و معلول هستید و شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان هنوز کار می‌کنید، در صورتی که کارفرما 100 کارمند یا بیشتر داشته باشد یا حداقل یک کارفرما در یک طرح چند کارفرمایی، بیش از 100 کارمند داشته باشد، ابتدا طرح سلامت گروهی پرداخت می‌کند.

- اگر بالای 65 سال هستید و خودتان یا همسرتان هنوز کار می کنید، در صورتی که کارفرما 20 کارمند یا بیشتر داشته باشد یا حداقل یک کارفرما در یک طرح چند کارفرمایی با بیش از 20 کارمند باشد، ابتدا طرح سلامت گروهی شما پرداخت می کند.

- اگر به دلیل ESRD دارای Medicare هستید، طرح سلامت گروهی شما ابتدا برای 30 ماه اول پس از واجد شرایط شدنتان برای Medicare پرداخت می‌کند.

این نوع پوشش‌ها معمولاً ابتدا هزینه خدمات مربوط به هر نوع را پرداخت می‌کنند:

- بیمه بدون مقصر (شامل بیمه اتومبیل)
- مسئولیت (شامل بیمه اتومبیل)
- مزایای کارگران معدن زغال سنگ
- غرامت کارگران

Medicaid و TRICARE هرگز اول برای خدمات تحت پوشش Medicare پرداخت نمی کنند. آنها فقط پس از پرداخت برنامه‌های درمانی Medicare و/یا گروه کارفرما پرداخت می‌کنند.

فصل 2:

شماره تلفن ها و منابع مهم

بخش 1 نحوه تماس با طرح ما (نحوه تماس با ما از جمله نحوه تماس با خدمات اعضا)

نحوه تماس با خدمات اعضای طرح ما

برای دریافت کمک و راهنمایی در رابطه با مطالبات، صورت‌حساب‌ها، یا هرگونه پرسش درباره کارت عضویت، با خدمات اعضای Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) تماس بگیرید یا با آنها مکاتبه کنید. خوشحال می شویم به شما کمک کنیم.

روش تماس	خدمات اعضا - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند. اما توجه داشته باشید که از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای تعطیل و آخر هفته ها، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماستان پاسخ دهد. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. همچنین خدمات ترجمه رایگان خدمات اعضا برای غیرانگلیسی‌زبانان قابل دسترسی است.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
وب‌سایت	www.wellcare.com/healthnetCA

اگر درباره تصمیم پوشش دهی سؤالی دارید یا می خواهید برای مراقبت پزشکی تان درخواست تجدیدنظر بدهید، چطور باید با ما تماس بگیرید

«تصمیم پوشش دهی»، تصمیمی در مورد مزایا یا پوشش شما یا در مورد مبلغی است که برای خدمات پزشکی، اقلام یا داروهای شما پرداخت Part D خواهیم کرد. درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست بررسی و تغییر تصمیم پوشش دهی ما است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیم پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر درباره خدمات مراقبت پزشکی یا داروهای تجویزی Part D، به فصل 9 *(در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم پوشش دهی، درخواست تجدیدنظر، شکایت))* مراجعه کنید.

روش تماس	تصمیم پوشش دهی مراقبت پزشکی - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Medical Management 4191 E. Commerce Way Sacramento, CA 95834

روش تماس	تصمیم پوشش دهی داروهای تجویزی Part D - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
فکس	1-866-226-1093
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
وبسایت	www.wellcare.com/healthnetCA

روش تماس	درخواست تجدیدنظر در رابطه با مراقبت های پزشکی - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450

روش تماس	درخواست تجدیدنظر در رابطه با داروهای تجویزی Part D - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
فکس	1-866-388-1766
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Medicare Part D Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
وبسایت	www.wellcare.com/healthnetCA

اگر می خواهید درباره مراقبت های پزشکی تان شکایت کنید چطور باید با ما تماس بگیرید

می توانید درباره ما یا یکی از ارائه دهندگان یا داروخانه های حاضر در طرح ما شکایت کنید، همچنین می توانید درباره کیفیت مراقبتتان شکایت ارائه کنید. این نوع شکایت شامل پوشش دهی یا اختلاف نظرهای مربوط به پرداخت نیست. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایت نسبت به خدمات مراقبت پزشکی، به فصل 9 *(در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم پوشش دهی، درخواست تجدیدنظر، شکایت))* مراجعه کنید.

روش تماس	شکایت های مربوط به مراقبت های پزشکی - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
فکس	1-844-273-2671.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
وبسایت MEDICARE	می توانید شکایت مربوط به Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) را مستقیماً به Medicare ارائه کنید. برای طرح شکایت آنلاین درباره Medicare به www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx مراجعه کنید.

روش تماس	شکایت در رابطه با داروهای تجویزی Part D - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.

TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبحدر دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه ساعت 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
فکس	1-844-273-2671
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
وبسایت MEDICARE	می توانید شکایت مربوط به Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) را مستقیماً به Medicare ارائه کنید. برای طرح شکایت آنلاین درباره Medicare به www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx مراجعه کنید.

درخواست برای بازپرداخت هزینه مراقبت های پزشکی یا دارویی که دریافت کرده اید را به کجا ارسال کنید

اگر صورتحسابی دریافت کرده اید یا برای خدمات هزینه ای پرداخت کرده اید (مثل صورتحساب ارائه دهنده) و فکر می کنید ما باید این هزینه را پرداخت کنیم، می توانید از ما درخواست بازپرداخت کنید یا درخواست کنید مبلغ صورتحساب ارائه دهنده را پرداخت کنیم. به فصل 7 *(درخواست از ما برای پرداخت صورتحساب دریافتی برای خدمات پزشکی یا داروهای تحت پوشش)* مراجعه کنید.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر درخواست پرداخت برایمان ارسال کنید و ما بخشی از درخواست را نپذیریم، می توانید درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم ما را ارائه کنید. برای اطلاعات بشتر به فصل 9 *(ر صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم پوشش دهی، درخواست تجدیدنظر، شکایت))* مراجعه کنید.

روش تماس	درخواست برای پرداخت - اطلاعات تماس
به این آدرس نامه ارسال کنید:	درخواست برای پرداخت هزینه های پزشکی: Member Reimbursement Dept P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640 درخواست برای پرداخت های Part D: Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
وبسایت	www.wellcare.com/healthnetCA

بخش 2 Medicaid
(نحوه دریافت کمک و اطلاعات به طور مستقیم از برنامه Federal Medicare)

Medicare یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص 65 سال به بالا، بعضی اشخاص زیر 65 سال با ناتوانی های خاص، و اشخاصی در مرحله نهایی بیماری کلیوی (کسانی که ازکار افتادگی دائمی کلیه دارند به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارند) است.

سازمان فدرال مسئول Medicare در واقع مراکز خدمات Medicare و Medicaid (بعضی مواقع CMS نامیده می شود) است. این سازمان با سازمان های Medicare Advantage از جمله با ما تماس می گیرد.

روش تماس	Medicare – اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-MEDICARE یا 1-800-633-4227 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته.
TTY	1-877-486-2048 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. تماس با این شماره رایگان است.

روش تماس	Medicare – اطلاعات تماس
وب‌سایت	www.Medicare.gov این وب سایت رسمی Medicare است. در این وب‌سایت اطلاعات به روز شده ای درباره Medicare و مسائل فعلی مربوط به Medicare ارائه شده است. همچنین حاوی اطلاعاتی در مورد بیمارستان ها، مراکز پرستاری، پزشکان، سازمان‌های بهداشت در خانه و مراکز دیالیز می‌باشد. این وب سایت حاوی اسنادی است که می توانید مستقیماً از کامپیوتر خودتان چاپ کنید. همچنین می توانید اطلاعات تماس Medicare در ایالتتان را پیدا کنید. همچنین در وب‌سایت Medicare اطلاعات کاملی درباره واجد شرایط بودن برای Medicare و گزینه های مختلف ثبت‌نام با استفاده از ابزارهای زیر موجود است: • **Medicare Eligibility Tool (ابزار تأیید صلاحیت برای Medicare):** اطلاعات مربوط به وضعیت واجد شرایط بودن شما را برای Medicare ارائه می کند. • **Medicare Plan Finder (طرح یاب Medicare):** اطلاعات شخصی شده را در مورد طرح های داروهای تجویزی Medicare، طرح های سلامت Medicare، و سیاست های Medigap (بیمه تکمیلی Medicare) در منطقه شما ارائه می کند. با استفاده از این ابزارها می توانید مبلغ تخمینی پرداخت شخصی در طرح های مختلف Medicare را مشخص کنید. همچنین با استفاده از این وب‌سایت می توانید درباره شکایت هایی که از طرح دارید به Medicare اطلاع دهید: • **درباره شکایتتان به Medicare اطلاع دهید:** می توانید شکایتتان را در رابطه با این طرح مستقیماً به Medicare اطلاع دهید. برای ارسال شکایت برای Medicare به این سایت مراجعه کنید: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare شکایات شما را جدی تلقی می کند و از این اطلاعات برای کمک در بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده خواهد کرد. اگر کامپیوتر ندارید، ممکن است کتابخانه محلی یا مرکز سالمندان بتوانند به شما کمک کنند تا با استفاده از کامپیوترشان از این وب‌سایت بازدید کنید. یا می توانید با Medicare تماس بگیرید و درباره اطلاعات مورد نظرتان از آنها سؤال کنید. آنها اطلاعات را در وب‌سایت پیدا می‌کنند و اطلاعات را با شما بررسی می‌کنند. می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.)

بخش 3 برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی (کمک و راهنمایی رایگان، دریافت اطلاعات،و پاسخگویی به سؤالهای مربوط به Medicare)

برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی (SHIP) یک طرح دولتی است که مشاوران آموزش دیده ای در هر ایالت دارد. در California، SHIP را «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California» (HICAP) می نامند.

«برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California» (HICAP) یک طرح ایالتی مستقل (بدون ارتباط با هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامتی) است که از نظر مالی از دولت فدرال تأمین می شود تا مشاوره بیمه سلامت رایگان محلی را در اختیار افرادی که Medicare دارند قرار دهد.

مشاوران «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California» (HICAP) به شما کمک می کنند با حقوق Medicare خودتان آشنا شوید، شکایتتان را درباره مراقبت های پزشکی یا درمان مطرح کنید، یا مشکلات مربوط به صورتحساب های Medicare را برطرف کنید. مشاوران «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California» (HICAP) همچنین می توانند در خصوص سوالات یا مشکلات مرتبط با Medicare به شما کمک کنند، و به شما کمک می کنند با انتخاب های طرح Medicare آشنا شوید، و به سؤالاتتان درباره جابجایی طرح ها پاسخ می دهند.

روش دسترسی به SHIP و سایر منابع:

- به وب‌سایت https://www.shiphelp.org مراجعه کنید (روی «SHIP LOCATOR» وسط صفحه کلیک کنید)
- **ایالت** خود را از لیست انتخاب کنید. با این کار به صفحه ای منتقل می شوید که شماره تلفن ها و منابع مخصوص ایالت شما در آن وجود دارد.

روش تماس	برنامه **California Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP)** – اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-434-0222
TTY	711
به این آدرس نامه ارسال کنید:	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
وب‌سایت	https://www.aging.ca.gov/hicap/

بخش 4 سازمان بهبود کیفیت

در هر ایالت یک سازمان بهبود کیفیت برای ارائه خدمات به افراد ذینفع Medicare وجود دارد. نام سازمان بهبود کیفیت در California، «Livanta» است - سازمان بهبود کیفیت California

Livanta - سازمان بهبود کیفیت California دارای گروهی از پزشکان و سایر ارائه کنندگان خدمات تخصصی سلامت است که از طرف Medicare حقوق دریافت می کنند تا افراد دارای Medicare را ویزیت کنند و کیفیت مراقبت را بهبود ببخشند. Livanta - سازمان بهبود کیفیت California یک سازمان مستقل است. Livanta هیچ ارتباطی با طرح ما ندارد.

در هر کدام از این شرایط باید با سازمان بهبود کیفیت California (Livanta) تماس بگیرید:

- اگر درباره کیفیت خدمات درمانی دریافتی شکایت دارید.
- اگر فکر می کنید پوشش شما برای بستری شدن در بیمارستان خیلی زود تمام می شود.
- اگر فکر می کنید پوشش خدمات مراقبت از سلامت شما در منزل، مرکز پرستاری تخصصی یا مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) خیلی سریع درحال اتمام است.

روش تماس	**– Livanta - California's Quality Improvement Organization** **اطلاعات تماس**
با این شماره تماس بگیرید	1-877-588-1123 دوشنبه تا جمعه از 9 صبح تا 5 عصر به وقت محلی، روزهای شنبه تا یکشنبه از 11 صبح تا 3 عصر به وقت محلی.
TTY	1-855-887-6668 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
وبسایت	https://www.livantaqio.com

بخش 5 سوشال سکیوریتی

سوشال سکیوریتی مسئول تشخیص واجد شرایط بودن و رسیدگی به عضویت Medicare می‌باشد. U.S. آمریکایی و افراد مقیم دائم 65 سال به بالا، یا کسانی که ناتوانی خاصی دارند یا به بیماری کلیوی لاعلاج مبتلا هستند و شرایط خاصی دارند و واجد شرایط Medicare هستند. اگر در حال حاضر چک‌های سوشال سکیوریتی را دریافت می‌کنید، عضویت در Medicare خودکار می‌باشد. اگر چک‌های سوشال سکوریتی را دریافت نمی‌کنید، باید در Medicare ثبت‌نام کنید. برای درخواست Medicare، می‌توانید با سوشال سکیوریتی تماس بگیرید یا از دفتر محلی سوشال سکیوریتی بازدید کنید.

Social Security مسئول تصمیم‌گیری در مورد این است که چه کسی باید مبلغ بیشتری را برای پوشش داروی Part D بپردازد چون درآمد بیشتری دارد. اگر نامه ای از سوی سوشال سکیوریتی دریافت کردید مبنی بر اینکه باید مبلغ بیشتری بپردازید و در مورد این مبلغ سؤالاتی دارید، یا اگر درآمدتان به خاطر رویدادی تأثیرگذار کم شده است، می توانید برای بازنگری با سوشال سکیوریتی تماس بگیرید.

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

روش تماس	سوشال سکیوریتی - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-772-1213 تماس با این شماره رایگان است. روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 7:00 عصر در دسترس هستند. می توانید از خدمات تلفن خودکار سوشال سکیوریتی برای دریافت اطلاعات ثبت شده و بعضی کارها در تمام 24 ساعت شبانه روز استفاده کنید.
TTY	1-800-325-0778 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. تماس با این شماره رایگان است. روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 7:00 عصر در دسترس هستند.
وب‌سایت	www.ssa.gov

بخش 6 Medicaid

شما به عنوان عضوی در طرح ما برای Medicare و Medicaid واجد شرایط هستید. Medicaid یک برنامه مشترک دولت فدرال و ایالتی است که در پرداخت هزینه‌های پزشکی به برخی افراد که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند.

همچنین برنامه هایی از طریق California Medi-Cal (Medicaid) ارائه می شود که به افراد دارای Medicare کمک می کند هزینه های Medicare خود مانند حق بیمه Medicare را پرداخت کنند. این «برنامه های پس انداز Medicare» به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می کند تا هر سال در هزینه خود صرفه جویی کنند:

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+):** به پرداخت حق بیمه های Medicare Part A و Part B و سایر تسهیم هزینه ها (مانند فرانشیزها، بیمه مشترک، و پرداخت های مشترک) کمک می کند. افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+):** به پرداخت حق بیمه Part B کمک می کند. افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.
- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** به پرداخت حق بیمه های Medicare Part A و Part B و سایر تسهیم هزینه ها (مانند فرانشیزها، بیمه مشترک، و پرداخت های مشترک) کمک می کند. افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.

برای عضویت در این طرح باید در هر دو طرح Medicare و California Medi-Cal (Medicaid) ثبت‌نام کنید، و در زمان ثبت‌نام از کلیه شرایط لازم برای واجد شرایط بودن برخوردار باشید. اگر درباره دریافت کمک از Medicaid سؤالی دارید، با California Medi-Cal (Medicaid) تماس بگیرید.

روش تماس	California Medi-Cal (Medicaid) – اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 ساعت 8 صبح از 8 صبح تا 5 عصر به وقت اقیانوس آرام (PT)
TTY	1-800-430-7077 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
وب‌سایت	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

برنامه California Long-Term Care Ombudsman در رابطه با مشکلات مربوط به خدمات یا صورتحساب ها به افرادی که در Medicaid ثبت‌نام کرده اند کمک می کند. این برنامه به شما کمک می کند شکایت یا درخواست تجدیدنظر مربوط به طرح ما را ارائه کنید.

روش تماس	برنامه The California Long-Term Care Ombudsman Program - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-916-419-7510 1-800-510-2020 ساعت 8 صبح از 8 صبح تا 5 عصر به وقت محلی
TTY	1-800-735-2929 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
وبسایت	https://www.aging.ca.gov/

Long-Term Care Ombudsman اطلاعاتی درباره خانه های سالمندان (آسایشگاه) ارائه می کند و مشکلات بین مراکز نگهداری و ساکنین یا خانواده آنها را برطرف می کند.

روش تماس	The California Long-Term Care Ombudsman Program – اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-510-2020 1-916-419-7510 ساعت 8 صبح از 8 صبح تا 4 عصر به وقت محلی
TTY	711
به این آدرس نامه ارسال کنید:	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
وبسایت	https://www.aging.ca.gov/programs/ltcop/

بخش 7 اطلاعات مربوط به برنامه ها برای کمک به افراد در پرداخت هزینه داروهای تجویزی

در وبسایت Medicare.gov در این آدرس اطلاعاتی درباره کم کردن هزینه های داروهای تجویزی ارائه شده است: (https://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). برای کمک به کسانی که درآمد کمی دارند برنامه های دیگری نیز وجود دارد که در زیر توصیف شده اند.

برنامه «Medicare «Extra Help

به دلیل اینکه برای Medicaid واجد شرایط هستید، واجد شرایط دریافت «Extra Help» از Medicare هستید و این کمک هزینه را برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی دریافت می کنید. برای دریافت «Extra Help» نیاز به انجام هیچ کار دیگری ندارید.

اگر درباره «Extra Help» سؤالی دارید، با این شماره ها تماس بگیرید:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY می توانند 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-877-486-2048 (برای ارائه درخواست) تماس بگیرند؛
- دفتر سوشال سکیوریتی به شماره 1-800-772-1213 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 7 عصر قابل دسترسی است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند؛ یا
- با دفتر ایالتی Medicaid خودتان (برای ارائه درخواست) تماس بگیرید (برای اطلاعات تماس به بخش 6 در این فصل مراجعه کنید).

اگر فکر می کند مبلغ تسهیم هزینه اشتباه را در زمان دریافت داروی تجویزی در داروخانه پرداخت می کنید، طرح ما روندی برای درخواست کمک و بررسی شواهد مربوط به سطح پرداخت مشترک صحیح شما دارد، یا خودتان می توانید شواهدی را که از قبل در اختیار دارید برای بررسی این کار در اختیارمان قرار دهید.

- با خدمات اعضا تماس بگیرید و به نماینده بگویید که فکر می کنید واجد شرایط دریافت «Extra Help» هستید. ممکن است لازم باشد یکی از انواع اسناد زیر را ارائه کنید (بهترین سندی را که برای اثبات شرایطتان در اختیار دارید):
  - یک نسخه از کارت California Medi-Cal (Medicaid) که نام ذینفع و تاریخ واجد شرایط بودنتان در طول یک ماه بعد از ژوئن سال قبل
  - یک نسخه از سندی ایالتی که وضعیت فعال California Medi-Cal (Medicaid) شما را در طول یک ماه بعد از ژوئن سال قبل تأیید کند
  - یک کپی از فایل ثبت‌نام الکترونیکی ایالتی که وضعیت California Medi-Cal (Medicaid) را در طول یک ماه بعد از ژوئن سال قبل نشان دهد
  - یک کپی از صفحه سیستم های ایالتی California Medi-Cal (Medicaid) که وضعیت Medicaid را در طول یک ماه بعد از ژوئن سال قبل نشان دهد
  - سایر اسناد ایالتی که وضعیت California Medi-Cal (Medicaid) را در طول یک ماه بعد از ژوئن سال قبل نشان دهد
  - یک نامه از طرف سازمان سوشال سکیوریتی (SSA) که نشان دهد فرد مورد نظر کمک درآمد سوشال سکیوریتی (SSI) دریافت می کند.
  - فرم درخواست که توسط فرد واجد شرایط تکمیل شده باشد و نشان دهد که ذینفع «...به صورت خودکار برای extra help واجد شرایط است...» (انتشارات SSA 03094.605 HI)

اگر شما در مؤسسه نگهداری از افراد حضور دارید و فکر می کنید واجد شرایط «تسهیم هزینه صفر» هستید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و به نماینده بگویید که به نظرتان واجد شرایط «Extra Help» هستید. ممکن است لازم باشد یکی از انواع اسناد زیر را ارائه کنید:

- فیش پرداختی از طرف یک اداره یا سازمان که نشان دهد Medicaid به مدت یک ماه کامل بعد از ژوئن سال گذشته از طرف شما هزینه را پرداخت کرده است؛
- یک کپی از سند ایالتی که نشان دهد Medicaid به مدت یک ماه کامل بعد از ژوئن سال گذشته از طرف شما هزینه را پرداخت کرده است؛ یا
- یک کپی از صفحه سیستم های ایالتی Medicaid که وضعیت حضور شما را برای بررسی پرداخت های Medicaid بر اساس حداقل یک ماه کامل حضور (زندگی یا بستری شدن در مؤسسه) بعد از ژوئن سال گذشته نشان دهد.

- اگر نمی توانید اسناد توصیف شده در بالا را ارائه کنید و فکر می کنید واجد شرایط «Extra Help» هستید، با خدمات اعضا تماس بگیرید تا یک نماینده به شما کمک کند.
- با دریافت شواهدی که سطح پرداخت مشترک شما را نشان می دهد، سیستممان را به روز رسانی می کنیم تا دفعه بعد که نسخه را از داروخانه دریافت می کنید بتوانید مبلغ پرداخت مشترک صحیح را پرداخت کنید. اگر مبلغی بیش از مبلغ پرداخت مشترک صحیح پرداخت کنید، این مقدار را به شما برمی گردانیم. ما چکی را به مبلغ مازادی که پرداخت کرده اید برایتان ارسال می کنیم، یا از پرداخت های مشترک آینده کسر می کنیم. اگر داروخانه مبلغ پرداخت مشترک را برایتان محاسبه نکرده باشد و این مبلغ به صورت بدهی برایتان لحاظ شده باشد، این مبلغ را مستقیماً به داروخانه پرداخت خواهیم کرد. اگر ایالت از طرف شما این مبلغ را پرداخت کند، ممکن است مستقیماً آن را به ایالت پرداخت کنیم. اگر سؤالی دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر پوشش برنامه State Pharmaceutical Assistance (SPAP) را داشته باشید چطور؟

در بسیاری از ایالت ها و همچنین در IslandsVirgin برای پرداخت هزینه نسخه‌ها، حق بیمه طرح ها و/یا سایر هزینه‌های دارویی به افراد کمک می‌کند. اگر در یک برنامه State Pharmaceutical Assistance (SPAP) یا هر برنامه دیگری که داروهای Part D را پوشش می دهد (بجز «Extra Help») ثبت‌نام کرده باشید، همچنان برای داروهای برند تحت پوشش 70% تخفیف خواهید داشت. همچنین در مرحله «وقفه پوشش دهی»، طرح 5% از هزینه های داروهای برند را پرداخت می کند. میزان 70% تخفیف و 5% پرداختی توسط طرح هر دو در مبلغ دارو قبل از محاسبه SPAP یا سایر پوشش ها لحاظ می شود.

اگر پوشش برنامه (ADAP) را داشته باشید چطور؟
برنامه AIDS Drug Assistance (ADAP) چیست؟

برنامه کمک به داروی ایدز (ADAP) به افراد واجد شرایط ADAP که مبتلا به HIV/AIDS هستند و برای دسترسی به داروهای حیاتیHIV کمک می‌کند. داروهای تجویزی Medicare Part D که در فهرست داروهای ADAP نیز هستند، از طریق برنامه California AIDS Drug Assistance (ADAP) برای کمک در پرداخت مبلغ تسهیم هزینه تحت پوشش قرار می‌گیرند.

برنامه California AIDS Drug Assistance (ADAP)، همان ADAP ایالتی شما است.
برنامه California AIDS Drug Assistance (ADAP) در ایالت شما در زیر فهرست شده است.

روش تماس	برنامه California AIDS Drug Assistance (ADAP) - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-916-558-1784 1-844-421-7050 ساعت 8 صبح از 8 صبح تا 5 عصر به وقت محلی
TTY	711
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Office of AIDS, Center for Infectious Diseases, California Department of Public Health MS 7700 P.O. Box 997426 Sacramento, CA 95899-7377
وبسایت	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

توجه: برای اینکه برای ADAP فعال در ایالتتان واجد شرایط باشید باید معیارهای خاصی داشته باشید، ازجمله گواهی اقامت در ایالت و وضعیت HIV، درآمد پایین همانطور که توسط دولت ایالتی تعریف شده است، و همچنین وضعیت بدون بیمه/بدون بیمه مناسب. اگر طرح ها را جابجا کنید و تغییر دهید، حتماً به مددکار اجتماعی مسئول ثبت‌نام ADAP محلی تان اطلاع دهید تا بتوانید همچنان کمک ها را دریافت کنید. برای اطلاع از شرایط لازم، داروهای تحت پوشش، یا نحوه ثبت‌نام در برنامه، با برنامه California AIDS Drug Assistance (ADAP) تماس بگیرید.

برنامه های کمک هزینه دارویی ایالتی

بسیاری از ایالت ها برنامه های کمک هزینه دارویی ایالتی دارند که با توجه به نیاز مالی، سن، وضعیت پزشکی، یا ناتوانی، به بعضی از افراد کمک می کنند هزینه داروهای تجویزی را پرداخت کنند. هر ایالت قوانین متفاوتی برای ارائه پوشش دارویی به اعضایش دارد.

نام برنامه کمک هزینه دارویی ایالتی در California، «مرکز خدمات مشتری MediCal Rx» است.

روش تماس	مرکز خدمات مشتری MediCal Rx در California - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-977-2273 711 1-916-518-3100 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از جمله روزهای تعطیل
TTY	711
به این آدرس نامه ارسال کنید:	MediCal Rx Customer Service Center P.O. Box 730 Rancho Cordova, CA 95741
وبسایت	www.medi-calrx.dhcs.ca.gov

بخش 8 نحوه تماس با هیأت بازنشستگی راه آهن

«هیأت بازنشستگی راه آهن» یک سازمان فدرال مستقل است که برنامه های جامع مزایا را برای کارکنان راه آهن و خانواده هایشان در سرتاسر کشور مدیریت می کند. اگر Medicare را از طریق «هیأت بازنشستگی راه آهن» دریافت می کنید و محل زندگی تان را تغییر می دهید یا آدرس پستی تان تغییر کرده است، حتماً به آنها اطلاع دهید. اگر درباره مزایای «هیأت بازنشستگی راه آهن» سؤالی دارید، با این سازمان تماس بگیرید.

روش تماس	«هیأت بازنشستگی راه آهن» – اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. اگر "0" را فشار دهید، می‌توانید دوشنبه، سه‌شنبه، پنجشنبه، و جمعه، از 9:00 صبح تا 3:30 بعداز ظهر، و چهارشنبه از 9:00 صبح تا 12:00 ظهر با نماینده RRB صحبت کنید. 24 ساعت شبانه روز از جمله روزهای تعطیل و آخر هفته ها با فشردن عدد «1» می توانید با خط راهنمایی خودکار RRB تماس بگیرید و به اطلاعات ضبط شده دسترسی داشته باشید.
TTY	1-312-751-4701 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. تماس با این شماره رایگان نیست .
وب‌سایت	rrb.gov/

بخش 9 آیا بیمه گروهی یا هر نوع بیمه سلامت دیگری از طرف کارفرما دارید؟

اگر خودتان (یا همسرتان یا شریک خانگی) مزایا را از کارفرمایتان (یا کارفرمای همسر یا شریک خانگی) یا از یک گروه بازنشستگی در قالبی بخشی از این طرح دریافت می کنید، اگر سؤالی دارید می توانید با کارفرما/سرپرست مزایای اتحادیه تان، یا با خدمات اعضا تماس بگیرید. می توانید درباره مزایای سلامت کارفرما یا مزایای سلامت بازنشستگی خودتان (یا همسر یا شریک خانگی تان)، حق بیمه، یا دوره ثبت‌نام سؤال کنید. (شماره تلفن خدمات اعضا در پشت جلد این سند چاپ شده است.) همچنین می‌توانید با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227؛ TTY: 1-877-486-2048) در رابطه با سوالات مرتبط به پوشش Medicare تحت این طرح تماس بگیرید.

اگر خودتان (یا همسر یا شریک خانگی تان) پوشش داروی تجویزی دیگری از طریق کارفرما یا گروه بازنشستگی دارید، با **مسئول مزایای آن گروه**تماس بگیرید. مسئول مزایا درباره اینکه پوشش داروی تجویزی فعلی شما چطور با طرح ما همکاری دارد به شما کمک می کند.

فصل 3:

استفاده از طرح برای خدمات پزشکی و دیگر خدمات تحت پوشش بیمه شما

بخش 1 اطلاعاتی که باید درباره دریافت خدمات درمانی پزشکی و سایر خدمات به عنوان عضو طرح ما داشته باشید

در این فصل درباره استفاده از طرح برای دریافت خدمات درمانی پزشکی و سایر خدمات تحت پوشش توضیح داده می شود. تعریف واژه ها ارائه شده است و قوانینی که لازم است برای دریافت درمان های پزشکی، خدمات، تجهیزات، داروهای تجویزی، و سایر خدمات مراقبتی پزشکی تحت پوشش طرح دریافت کنید توضیح داده شده است.

برای اطلاع از جزئیات درباره اینکه کدام خدمات مراقبتی پزشکی و خدمات تحت پوشش طرح ما هستند از نمودار مزایا در فصل بعدی، فصل 4 (*«نمودار مزایای پزشکی» چه چیزی تحت پوشش است*) استفاده کنید.

بخش 1.1 ارائه دهندگان شبکه و خدمات تحت پوشش چه مفهومی دارد؟

- **ارائه‌دهندگان** پزشکان و سایر متخصصین حوزه مراقبت سلامت که از طرف ایالت دارای مجوز هستند تا خدمات و مراقب‌های درمانی پزشکی را ارائه کنند. عبارت «ارائه دهنده» شامل بیمارستان ها و سایر مراکز خدمات مراقبت از سلامت نیز می شود.
- **ارائه‌دهندگان شبکه** شامل پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های سلامت، گروه‌های پزشکی، بیمارستان‌ها و سایر مراکز مراقبت‌های سلامت هستند که با ما قرارداد دارند تا پرداخت ما را به عنوان پرداخت کامل بپذیرند. ما ترتیبی داده‌ایم که این ارائه‌دهندگان خدمات تحت پوشش را به اعضای طرح ما ارائه دهند. ارائه دهندگان حاضر در شبکه ما معمولاً برای درمان هایی که به شما ارائه می کنند مستقیماً برای ما صورت حساب ارسال می کنند. وقتی به ارائه دهنده درون شبکه مراجعه می کنید، هیچ مبلغی را برای خدمات تحت پوشش پرداخت نمی کنید.
- **خدمات تحت پوشش** شامل تمام خدمات مراقبت پزشکی، خدمات مراقبت سلامت، تجهیزات ارائه شده و داروهای تجویزی است که تحت پوشش طرح ما هستند. خدمات تحت پوشش شما برای درمان های پزشکی در «نمودار مزایای پزشکی» در فصل 4 فهرست شده است. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای تجویزی در فصل 5 توضیح داده شده است.

بخش 1.2 قوانین اولیه برای دریافت خدمات مراقبت پزشکی و سایر خدمات تحت پوشش طرح

طرح ما به عنوان یک طرح سلامت Medicare باید تمام خدمات تحت پوشش Original Medicare را پوشش دهد و ممکن است خدمات دیگری را علاوه بر خدمات تحت پوشش Original Medicare ارائه کند. برای اطلاع از خدمات تحت پوشش طرح به «فصل 4 نمودار مزایای پزشکی (چه چیزی تحت پوشش است)» مراجعه کنید.

طرح ما به طور کلی خدمات مراقبت پزشکی شما را ارائه می کند تا زمانی که:

- **خدمات درمانی که دریافت می‌کنید در «نمودار مزایای پزشکی»** (این نمودار در فصل 4 این دفترچه است) موجود باشد.
- **خدمات مراقبتی دریافتی شما از نوع «خدمات با ضرورت پزشکی» باشد.** «خدمات با ضرورت پزشکی» به معنی خدمات، تجهیزات، وسایل، یا سایر داروهای مورد نیاز برای پیشگیری، تشخیص بیماری، یا درمان بیماری شما است و از استانداردهای مورد تأیید حوزه پزشکی برخوردار است.

- **یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) درون شبکه دارید که خدمات مراقبتی شما را ارائه می کند و تحت نظر دارد.** به عنوان عضوی از طرح ما باید یک PCP شبکه را انتخاب کنید (برای کسب اطلاعات بیشتر در این رابطه به بخش 2.1 در این فصل مراجعه کنید).
  - در اکثر موارد PCP شبکه شما باید قبل از اینکه توسط سایر ارائه دهندگان در شبکه طرح مانند پزشکان متخصص، بیمارستان ها، مرکز پرستاران باتجربه، یا سازمان های ارائه خدمات مراقبتی سلامت در منزل خدمات دریافت کنید، به شما تأییدیه بدهد. به این کار «ارجاع» دادن گفته می شود. برای اطلاعات بیشتر درباره این موضوع به بخش 2.3 این فصل مراجعه کنید.
  - ارجاع از طرف PCP برای «مراقبت های اورژانسی» یا «خدمات مورد نیاز فوری» لازم نیست. بعضی از خدمات مراقبتی را نیز می توانید بدون تأیید اولیه از PCP دریافت کنید (برای اطلاعات بیشتر درباره این موضوع به بخش 2.2 این فصل مراجعه کنید).
- **باید خدمات مراقبتی تان را از ارائه دهنده شبکه دریافت کنید** (برای اطلاعات بیشتر درباره این موضوع به بخش 2 این فصل مراجعه کنید). در اکثر موارد خدمات درمانی که از ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت می کنید (ارائه دهنده ای که عضوی از شبکه طرح ما نیست) تحت پوشش نخواهد بود. به این معنی که باید برای خدمات ارائه شده از سوی آن ارائه دهنده، مبلغ را به طور کامل پرداخت کنید. *سه استثنا در این مورد وجود دارد:*
  - طرح هزینه «مراقبت های اورژانسی» یا «خدمات مورد نیاز فوری» دریافتی از ارائه دهنده خارج از شبکه را تحت پوشش قرار می دهد. برای اطلاعات بیشتر در این مورد و اطلاع از مفهوم «خدمات اورژانسی» یا «خدمات مورد نیاز فوری» به بخش 3 این فصل مراجعه کنید.
  - اگر به خدمات مراقبت پزشکی نیاز دارید که برای آنها Medicare طرح ما را ملزم به پوشش دهی می کند اما متخصصی برای ارائه این خدمات در شبکه ما وجود ندارد، می توانید این خدمات را با همان مبلغ تسهیم هزینه که به طور معمول در شبکه پرداخت می کنید از ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت کنید (به مجوز قبلی نیاز است).برای اطلاع از قوانین صدور مجوز که قبل از درخواست خدمات درمانی ممکن است لازم باشد رعایت کنید با ما تماس بگیرید.. در این شرایط ما چنین خدماتی را تحت پوشش قرار می دهیم، دقیقاً مانند مواقعی که خدمات درمانی را از ارائه دهنده شبکه دریافت می کنید. برای اطلاع درباره دریافت مجوز برای ویزیت توسط پزشک خارج از شبکه، به بخش 2.4 این فصل مراجعه کنید.
  - وقتی موقتاً خارج از منطقه خدماتی طرح هستید یا زمانی که ارائه دهنده این خدمات موقتاً در دسترس نیست یا موجود نیست، خدمات دیالیز کلیه که در مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare دریافت می کنید تحت پوشش طرح خواهد بود. مبلغ تسهیم هزینه ای که برای دیالیز به طرح پرداخت می کنید هرگز بیشتر از مبلغ تسهیم هزینه در Original Medicare نیست. اگر خارج از منطقه خدماتی طرح هستید و خدمات دیالیز را از ارائه دهنده ای دریافت می کنید که خارج از شبکه طرح است، مبلغ تسهیم هزینه شما بیشتر از مبلغ تسهیم هزینه پرداختی در شبکه نخواهد بود. اما اگر ارائه دهنده درون شبکه همیشگی شما برای دیالیز موقتاً در دسترس نباشد و بخواهید خدمات را از ارائه دهنده خارج از شبکه اما در منطقه خدماتی طرح دریافت کنید، مبلغ تسهیم هزینه برای این نوع دیالیز ممکن است بیشتر شود.

بخش 2 برای دریافت خدمات مراقبت پزشکی و سایر خدمات از ارائه دهندگان درون شبکه طرح استفاده کنید

بخش 2.1 برای ارائه و مدیریت مراقبت خودتان باید یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) را انتخاب کنید

PCP چیست و چه کارهایی برایتان انجام می دهد؟

وقتی در طرح ما عضو می شوید باید یک ارائه دهنده طرح را به عنوان PCP خودتان انتخاب کنید. PCP شما همکارتان در امر سلامت، ارائه یا هماهنگی خدمات مراقبتی شما است. PCP شما پزشکی است که از الزامات ایالتی برخوردار است و برای ارائه مراقبت های پزشکی اولیه آموزش دیده است. پزشکان متخصص ارائه خدمات پزشکی خانواده، پزشکان عمومی، و متخصصین داخلی در این گروه هستند.

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

- سلامت رفتاری،
- ایکس ری (x-ray)،
- تست‌های آزمایشگاهی،
- درمان ها،
- مراقبت از سوی پزشکانی که متخصص هستند،
- پذیرش در بیمارستان، و
- مراقبت پیگیری.

«هماهنگ سازی» خدمات تحت پوشش شامل کنترل یا مشاوره با سایر ارائه دهندگان طرح در مورد مراقبت شما و نحوه انجام آن است. PCP شما برای بعضی خدمات یا تجهیزات خاص به مجوز قبلی (تأیید اولیه) نیاز دارد. اگر خدمات مورد نیازتان به مجوز قبلی نیاز داشته باشد، PCP شما این اجازه را از طرح ما درخواست خواهد کرد. چون PCP شما مراقبت پزشکی شما را ارائه و هماهنگ می‌کند، شما باید ترتیب ارسال همه پرونده‌های پزشکی گذشته خود را به مطب PCP بفرستید. معمولاً برای اکثر موارد درمان معمولی ابتدا به PCP مراجعه می کنید. توصیه می کنیم از PCP درخواست کنید همه خدمات مراقبتی تان را هماهنگ کند. برای اطلاعات بیشتر به بخش 2.3 این فصل مراجعه کنید.

بعضی مواقع PCP شما یا پزشک متخصص یا سایر ارائه دهندگانی که توسط آنها ویزیت می شوید به مجوز قبلی (تأیید اولی) ما نیاز دارند تا بتوانند بعضی از خدمات یا اقلام خاص تحت پوشش را در اختیارتان قرار دهند. برای مشاهده خدمات و اقلامی که به مجوز قبلی نیاز دارند به فصل 4 این راهنما مراجعه کنید.

اگر بعد از ساعت های کاری نیاز به تماس با پزشک دارید، با مطب پزشک تماس بگیرید تا با او صحبت کنید. منشی تلفنی درباره محل دریافت خدمات یا اطلاعات مربوط به پزشک دیگری که خدمات تحت پوشش را ارائه می کند به شما راهنمایی خواهد کرد. اگر در موقعیت پزشکی اورژانسی هستید، فوراً با 911 تماس بگیرید.

چطور PCP را انتخاب کنید؟

وقتی در برنامه ما ثبت‌نام می‌کنید، یک گروه پزشکی تحت قرارداد از شبکه Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) انتخاب خواهید کرد. یک PCP نیز از این گروه پزشکی تحت قرارداد انتخاب خواهید کرد.
برای انتخاب PCP خود، به وب‌سایت ما در www.wellcare.com/healthnetCA بروید و یک PCP را از شبکه طرح ما انتخاب کنید. خدمات اعضا همچنین می‌تواند به شما در انتخاب PCP کمک کند. هنگامی که PCP خود را انتخاب کردید با خدمات اعضا تماس بگیرید و انتخاب خود را بگویید. PCP شما باید در شبکه ما باشد.

هر گروه پزشکی و PCP ممکن است بیماران را به متخصصان خاصی از طرح ارجاع دهد و از بیمارستان های خاصی در شبکه خودش استفاده کند. اگر قصد دارید از خدمات بیمارستان یا متخصص حاضر در طرح استفاده کنید، ابتدا مطمئن شوید آن پزشک متخصص و بیمارستان در شبکه PCP و گروه پزشکی باشد.

اگر گروه پزشکی یا PCP را انتخاب نکنید یا اگر گروه پزشکی یا PCP را انتخاب کنید که در این طرح درمانی موجود نیست، ما به طور خودکار یک گروه پزشکی و PCP را برایتان تعیین خواهیم کرد.

تغییر PCP

شما می‌توانید به هر دلیل و در هر زمان PCP خود را تغییر دهید. همچنین ممکن است PCP شما از شبکه ارائه دهندگان طرح ما خارج شود و لازم باشد یک PCP جدید پیدا کنید. در بعضی موارد خاص ارائه دهندگان ما متعهد می شوند حتی بعد از خروج از شبکه ما نیز خدمات درمانی را همچنان ارائه کنند. برای اطلاع از جزئیات خاص با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر می خواهید گروه پزشکی یا PCP را تغییر دهید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. هر گروه پزشکی و PCP در طرح، ممکن است بیماران را به متخصصان خاصی از طرح ارجاع دهد و از بیمارستان های خاصی در شبکه خودش استفاده کند. یعنی گروه پزشکی و PCP که انتخاب می کنید ممکن است متخصصان و بیمارستان هایی را که می توانید استفاده کنید تعیین کند. اگر متخصصین یا بیمارستان های خاصی وجود دارند که می خواهید استفاده کنید، بررسی کنید گروه پزشکی یا PCP شما از این متخصصین یا بیمارستان ها استفاده کند.

برای تغییر PCP با خدمات اعضا تماس بگیرید. این تغییرات در اولین روز از ماه بعد اعمال می شود. توجه کنید:
اگر از یک PCP بجز PCP که برایتان تعیین شده است استفاده کنید، ممکن است مبلغ تسهیم هزینه بالاتری پرداخت کنید یا درخواست هایتان (دعوی) رد شود.

بخش 2.2 بدون ارجاع از PCP چه خدمات درمانی پزشکی یا خدمات دیگری را می توانید دریافت کنید؟

خدمات فهرست شده در زیر را می توانید بدون ارجاع اولیه از PCP دریافت کنید.

- این خدمات شامل خدمات معمول مراقبت از سلامت زنان است تا زمانی که این خدمات را از ارائه دهنده درون شبکه دریافت کنید و شامل معاینه سینه، غربالگی ماموگرافی (عکسبرداری اشعه ایکس از سینه)، آزمایش پاپ اسمیر، و آزمایش لگن خاصره می شود .
- واکسن های آنفلوانزا، COVID-19، ذات الریه تا زمانی که آنها را از ارائه دهنده شبکه دریافت کنید.
- خدمات اورژانسی از ارائه دهندگان شبکه یا ارائه دهندگان خارج از شبکه.
- خدمات مورد نیاز فوری به خدمات تحت پوششی گفته می شود که از نوع خدمات اورژانسی نیستند، زمانی ارائه می شوند که ارائه دهندگان شبکه موقتاً در دسترس نباشند یا در شبکه موجود نباشند، یا ارائه دهنده تحت قرارداد خارج از منطقه خدماتی طرح باشد. مثلاً اگر روزهای آخر هفته به خدمات مراقبتی اورژانسی نیاز داشته باشید. این خدمات باید واقعا به صورت فوری مورد نیاز باشد و ضرورت پزشکی داشته باشند.
- خدمات دیالیز کلیه زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح هستید و از مرکز دیالیز مجاز Medicare دریافت می کنید. در صورت امکان قبل از خروج از منطقه خدماتی با خدمات اعضا تماس بگیرید تا زمانی که خارج از منطقه هستید بتوانیم خدمات مراقبتی دیالیز را برایتان هماهنگ کنیم.

بخش 2.3 نحوه دریافت خدمات مراقبتی از متخصصین و سایر ارائه دهندگان شبکه

«متخصص» پزشکی است که مراقبت درمانی را برای یک بیماری خاص یا بخشی خاص از بدن ارائه می کند. انواع بسیار گوناگونی از متخصصان وجود دارد. در اینجا چند نمونه ذکر می‌شود:

- متخصص سرطان شناسی برای بیماران سرطانی
- متخصص قلب و عروق برای بیماری های قلبی
- متخصص ارتوپد برای بعضی بیماری های خاص استخوان، مفاصل، یا عضلات

برای اینکه بتوانید نزد یک متخصص بروید، معمولاً لازم است که ابتدا تایید PCP خود را کسب کنید. این کار دریافت «ارجاع» به متخصص خوانده می‌شود. بسیار مهم است که قبل از مراجعه به متخصص طرح یا ارائه‌دهندگان خاص دیگر، از PCP خود ارجاع دریافت کنید. همانطور که در بخش 2.2 توضیح داده شد، چند استثنا وجود دارد، از جمله مراقبت‌های سلامت معمول زنان. اگر قبل از دریافت خدمات از یک متخصص یا ارائه‌دهندگان خاص دیگر ارجاعی دریافت نکردید، ممکن است مجبور شوید هزینه این خدمات را خودتان بپردازید.

اگر متخصص بخواهد که برای مراقبت بیشتر برگردید، ابتدا بررسی کنید و مطمئن شوید که ارجاعی که از PCP خود برای ویزیت اول دریافت کردید ویزیت‌های بیشتر به متخصص یا ارائه‌دهندگان خاص دیگر را پوشش می‌دهد یا خیر. اما بعضی مواقع ممکن است لازم باشد شما، یا نماینده‌تان، یا PCP/ارائه دهنده تان مجوز قبلی از طرح دریافت کند. برای اطلاع درباره اینکه کدام خدمات به مجوز قبلی نیاز دارند به بخش 2.1 در فصل 4 مراجعه کنید.

هر گروه پزشکی و PCP ممکن است بیماران را به متخصصان خاصی از طرح ارجاع دهد و از بیمارستان های خاصی در شبکه خودش استفاده کند. 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 می خواهید به متخصص طرح درمانی یا بیمارستانی مراجعه کنید که PCP فعلی تان نمی تواند شما را به آن ارجاع دهد معمولاً می توانید PCP خود را تغییر دهید. در بخش 2.1 در قسمت «تغییر PCP» درباره نحوه تغییر PCP اطلاعاتی ارائه شده است.

توجه: اگر متخصص یا ارائه دهنده مورد نظرتان در «انجمن پزشکان مستقل» (IPA) یکسانی که PCP شما نیز در آن عضو است حضور داشته باشد، ممکن است همیشه به ارجاع نیاز نداشته باشید. IPA انجمنی از پزشکان، از جمله PCP ها و متخصصان، و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت، از جمله بیمارستان‌ها است که با این طرح برای ارائه خدمات به اعضا قرارداد دارد. از PCP بپرسید در کدام IPA عضو است و اینکه برای ویزیت شدن توسط متخصصین یا سایر ارائه دهندگان در همان IPA به ارجاع نیاز دارید یا خیر.

اگر متخصص یا هر ارائه دهنده شبکه ای از طرح ما خارج شد باید چه کار کنید؟

ممکن است در فهرست بیمارستان ها، پزشکان، و متخصصین (ارائه دهندگان) که بخشی از طرح ما هستند در طول سال تغییراتی ایجاد کنیم. اگر پزشک یا متخصص شما طرح ما را ترک کند، حقوق و حمایت های خاصی دارید که به طور خلاصه در زیر آمده است:

- هرچند که شبکه ارائه دهندگان ما ممکن است در طول سال تغییر کند، اما Medicare ما را ملزم می کند شرایط دسترسی بدون وقفه شما به پزشکان و متخصصین واجد شرایط را فراهم کنیم.
- به شما اطلاع می دهیم ارائه دهنده تان در حال خروج از طرح است تا زمان کافی برای انتخاب یک ارائه دهنده جدید داشته باشید.
  - اگر پزشک اولیه یا ارائه دهنده 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 ارائه دهندگان 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 می کنید یا اگر در سه ماه گذشته توسط او ویزیت شده اید، این مسئله را به شما اطلاع خواهیم داد.
- برای انتخاب ارائه دهنده درون شبکه واجد شرایط برای ادامه دریافت خدمات درمانی به شما کمک می کنیم.
- اگر در حال دریافت خدمات درمانی یا تراپی از طریق ارائه دهنده فعلی تان هستید، حق دارید درخواست دهید و ما نیز با شما همکاری می کنیم تا مطمئن شویم ارائه خدمات درمانی یا تراپی فعلی تان که ضرورت پزشکی دارند همچنان ادامه داشته باشد.
- 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 می دهیم.
- اگر ارائه دهنده یا مزایای درون شبکه در دسترس نباشد یا نتواند پاسخگوی نیازهای پزشکی شما باشد، ما هرگونه مزایای تحت پوشش که ضرورت پزشکی داشته باشند و توسط ارائه دهنده خارج از شبکه ارائه می شوند را هماهنگ خواهیم کرد، اما این کار با مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه انجام می شود. طرح ما باید تأیید کند ارائه دهنده ای در شبکه در دسترس نیست، و همچنین ارائه دهنده خارج از شبکه باید با طرح تماس بگیرد و درخواست مجوز و تأییدیه برای دریافت خدمات را برای شما ارائه کند. در صورت تأیید این خدمات، به ارائه دهنده خارج از شبکه اجازه داده می شود خدمات را ارائه کند. برای خدمات اورژانسی یا خدمات مورد نیاز فوری خارج از شبکه حق دارید این خدمات را از ارائه دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید.

- اگر متوجه شدید پزشک یا متخصص درمانگر شما در حال ترک طرح ما است، لطفاً با ما تماس بگیرید تا بتوانیم در پیدا کردن ارائه دهنده جدید و مدیریت مراقبتتان به شما کمک کنیم.
- اگر فکر می کنید ارائه دهنده ذیصلاحی را جایگزین ارائه دهنده قبلی تان نکرده ایم، یا اگر فکر می کنید خدمات درمانی تان به درستی مدیریت نمی شود، حق دارید شکایتی را در رابطه با کیفیت مراقبت به QIO، شکایت مربوط به کیفیت مراقبت را به طرح، یا شکایتتان را به هر دو مرجع ارائه کنید. به فصل 9 مراجعه کنید.

بخش 2.4 نحوه دریافت مراقبت از ارائه دهندگان خارج از شبکه

اگر به خدمات پزشکی تحت پوشش Medicare نیاز دارید و ارائه دهنده شبکه نمی تواند چنین خدمات درمانی را ارائه کند، ممکن است بتوانید این خدمات را از ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. طرح ما باید تأیید کند ارائه دهنده ای در شبکه در دسترس نیست، و همچنین ارائه دهنده خارج از شبکه باید با طرح تماس بگیرد و درخواست مجوز و تأییدیه برای دریافت خدمات را برای شما ارائه کند. در صورت تأیید این خدمات، به ارائه دهنده خارج از شبکه اجازه داده می شود خدمات را ارائه کند.

برای خدمات اورژانسی یا خدمات مورد نیاز فوری خارج از شبکه حق دارید این خدمات را از ارائه دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید. همچنین طرح ما باید خدمات دیالیز را برای اعضایی که بیماری کلیوی لاعلاج (ESRD) دارند و به خارج از منطقه خدماتی طرح سفر کرده اند و نمی توانند به ارائه دهندگان شبکه دسترسی داشته باشند، ارائه کند. خدمات ESRD باید در مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare ارائه شود.

بخش 3 نحوه دریافت خدمات در مواقع بروز حالت اورژانسی یا نیاز فوری به مراقبت، یا در شرایط بروز بحران

بخش 3.1 دریافت خدمات درمانی در شرایط اورژانسی پزشکی

شرایط اورژانسی پزشکی چیست و در این شرایط باید چه کار کنید؟

شرایط **اورژانسی پزشکی** زمانی است که شما یا هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل درمانی و پزشکی (فردی آگاه اما بدون دانش پزشکی) فکر می کنید علائمی دارید که به درمان فوری پزشکی نیاز دارد و اگر درمان فوری انجام نشود ممکن است منجر به مرگ (یا اگر باردار هستید، ممکن است جنین را از دست بدهید)، نقص عضو یا نقص عملکرد عضو، یا نقص جدی یا عدم عملکردهای بدنی تان شوید. این علائم پزشکی ممکن است بیماری، جراحت، درد شدید، یا وضعیت خاصی باشد که به سرعت وخیم تر می شود.

اگر در وضعیت پزشکی اضطراری هستید:

- **هرچه سریعتر درخواست کمک کنید.** برای کمک با 911 تماس بگیرید یا به نزدیک ترین اورژانس بروید. در صورت لزوم برای آمبولانس درخواست کنید. نیازی نیست ابتدا از PCP تأییدیه یا ارجاع دریافت کنید. نیازی به استفاده از پزشک شبکه ندارید. هر زمان و هروقت در هر کجای ایالات متحده یا مناطق متعلق به این ایالت و از هر ارائه‌دهنده‌ای که مجوز ایالتی مورد نیاز را داشته باشد می توانید خدمات اورژانسی تحت پوشش را دریافت کنید حتی اگر این ارائه‌دهندگان خارج از شبکه باشند. Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) دارای پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان است.

- **به محض اینکه برایتان امکان‌پذیر بود حتماً در مورد وضعیت اورژانسی تان به طرح اطلاع دهید.** باید مراقبت اضطراری شما را پیگیری کنیم. معمولاً طی 48 ساعت شما یا شخصی دیگر باید با تماس بگیرید و درباره مراقبت اورژانسی خود توضیح دهید. می توانید با خدمات اعضا یا شماره موجود در پشت کارت عضویتتان تماس بگیرید.

اگر وضعیت اورژانسی پزشکی داشتید باید چه کار کنید؟

خدمات آمبولانس در شرایطی که رسیدن به اورژانس از هر طریق دیگر سلامت شما را به خطر می اندازد تحت پوشش قرار می گیرند. خدمات پزشکی ارائه شده در شرایط اورژانسی را پوشش می دهیم.

پزشکانی که خدمات مراقبت اورژانسی ارائه می کنند تصمیم می گیرند چه زمانی وضعیت شما پایدار است و شرایط اورژانسی پزشکی تمام شده است.

بعد از پایان وضعیت اورژانسی، از این حق برخوردار هستید مراقبت های پیگیری را دنبال کنید تا مطمئن شوید وضعیتتان همچنان پایدار است. مهم است که 5 تا 7 روز بعد از دریافت خدمات مراقبت اورژانسی به پزشک مراقبت‌های اولیه‌تان مراجعه کنید. از طرف تیم مراقبت ما با شما تماس گرفته می شود تا در تعیین قرار ملاقات های پیگری مورد نیاز و دسترسی به مزایای بهبودی مفید به شما کمک شود. تا زمانی که پزشکانتان با ما تماس بگیرند و طرح هایی برای مراقبت های بیشتر ارائه کنند، پزشکان همچنان به درمان شما ادامه خواهند داد. مراقبت پیگیری تحت پوشش طرح ما خواهد بود. اگر خدمات مراقبت اورژانسی تان توسط ارائه دهندگان خارج از شبکه ارائه شود، با ارائه دهندگان شبکه هماهنگ می کنیم تا هرگاه از نظر پزشکی در شرایط مناسبی باشید هرچه سریعتر خدمات مراقبتی شما را ارائه کنند.

اگر شرایط اورژانسی پزشکی نبود چطور؟

بعضی مواقع تشخیص اورژانسی بودن شرایط دشوار است. مثلاً ممکن است فکر کنید سلامتتان در خطر جدی است و به اورژانس مراجعه کنید، و پزشکان بگویند که شرایطتان اصلاً اورژانسی پزشکی نبوده است. اگر مشخص شود که وضعیت اورژانسی نبوده است تا زمانی که به طور منطقی تصور می کنید در خطر جدی هستید، مراقبت شما را پوشش خواهیم داد.

اما بعد از تشخیص پزشک نسبت به اورژانسی *نبودن* وضعیتتان، خدمات مراقبت بیشتر را در *تنها* در صورتی پوشش می دهیم که این خدمات مراقبتی را به یکی از این دو روش دریافت کرده باشید:

- برای دریافت خدمات بیشتر به ارائه دهنده درون شبکه مراجعه کنید.
- – *یا* – خدمات مراقبت اضافی که دریافت می کنید از نوع خدمات فوری ضروری باشد و شما برای دریافت این خدمات فوری از قوانین پیروی کرده باشید (برای اطلاعات بیشتر درباره این موضوع به بخش 3.2 در زیر مراجعه کنید).

بخش 3.2 دریافت خدمات مراقبتی هنگامی که نیاز فوری برای دریافت خدمات دارید.

خدمات فوری ضروری چیست؟

خدمات فوری ضروری به نوعی وضعیت غیراورژانسی گفته می شود که به مراقبت پزشکی فوری نیاز دارد، اما با توجه به شرایط شما امکان دسترسی به این خدمات از ارائه دهنده درون شبکه وجود ندارد یا این کار منطقی نیست. طرح باید خدمات فوری ضروری را که خارج از شبکه ارائه می شوند تحت پوشش قرار دهد. چند نمونه از خدمات فوری ضروری عبارتند از i) گلودرد شدید که در روزهای آخر هفته بروز کند، یا ii) وخامت ناگهانی مرتبط با بیماری موجود زمانی که موقتاً خارج از منطقه خدماتی هستید.

اگر به خدمات مراقبت فوری نیاز دارید 24 ساعت شبانه روز با مطب PCP تماس بگیرید. ممکن است هدایت شوید تا خدمات فوری را در یک مرکز خدمات فوری شبکه دریافت کنید. فهرستی از مراکز ارائه خدمات فوری در شبکه در قسمت «*فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها*» یا در وبسایت ما در این آدرس موجود است: www.wellcare.com/healthnetCA.
اگر خدمات مراقبت فوری را در مطب پزشک دریافت می کنید، باید مبلغ پرداخت مشترک ویزیت در مطب را خودتان پرداخت کنید، اما اگر خدمات مراقبت فوری را در مرکز ارائه خدمات مراقبت فوری یا کلینیک واک این درون شبکه دریافت می کنید، مبلغ پرداخت مشترک مربوط به مرکز مراقبت فوری را پرداخت خواهید کرد که کمی متفاوت است. برای اطلاع از مبلغ پرداخت مشترک برای خدمات ارائه شده در مطب پزشک یا در مراکز مراقبت فوری یا کلینیک واک این درون شبکه به فصل 4، «*نمودار مزایای پزشکی (چه چیزی تحت پوشش است)*» مراجعه کنید.

همچنین می توانید در هر زمان با «خط مشاوره پرستاری» تماس بگیرید. یک پرستار حرفه ای 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته به شما پاسخ خواهد داد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خط مشاوره پرستاری به قسمت «مزایای برنامه های آموزش سلامت و تندرستی» در فصل 4 (*نمودار مزایای پزشکی (چه چیزی تحت پوشش است)*)مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

طرح ما خدمات مراقبت فوری و اورژانسی را در خارج از ایالات متحده در شرایط زیر تحت پوشش قرار می دهد. اما Medicare خدمات اورژانسی خارج از ایالات متحده را تحت پوشش قرار نمی دهد.

- هنگام سفر به خارج از ایالات متحده حداکثر تا $50,000 برای خدمات مراقبت فوری و اورژانسی تحت پوشش خواهید بود. مبالغ بشتر از این مقدار تحت پوشش نیست .
- هزینه جابجایی و برگشت به ایالات متحده از کشوری دیگر و همچنین داروهای خریداری شده در خارج از ایالات متحده تحت پوشش نیست . همچنین هزینه بخش اورژانس در صورت پذیرش برای دریافت خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان لغو نخواهد شد.
- لطفاً در صورت امکان ظرف 48 ساعت با ما تماس بگیرید تا در مورد ویزیت اتاق اورژانس خود به ما اطلاع دهید.

برای اطلاعات بیشتر به «مراقبت‌های اضطراری» و «خدمات مورد نیاز فوری» در فصل 4 در «نمودار مزایای پزشکی» این دفترچه مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

بخش 3.3 دریافت خدمات مراقبت در حین بروز شرایط بحران

اگر فرماندار ایالت شما، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده یا رئیس جمهور ایالات متحده وضعیت اورژانسی یا بلایای طبیعی را در منطقه جغرافیایی شما اعلام کند، همچنان می توانید از خدمات درمانی طرحتان برخوردار شوید.

برای اطلاع درباره نحوه دریافت خدمات مراقبتی مور نیاز در شرایط بحران به این سایت مراجعه کنید:
www.wellcare.com/healthnetCA .

اگر نمی توانید در شرایط بحران از ارائه‌دهنده شبکه استفاده کنید، طرحتان به شما اجازه می دهد خدمات مراقبتی را از ارائه دهندگان خارج از شبکه با مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه دریافت کنید. اگر هنگام وقوع بلایای طبیعی نمی توانید از داروخانه شبکه استفاده کنید، ممکن است بتوانید داروهای تجویزی خود را از داروخانه های خارج از شبکه دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 بخش 2.5 مراجعه کنید.

بخش 4 اگر برای کل هزینه خدمات مستقیماً برایتان صورتحساب صادر شد باید چه کار کنید؟

بخش 4.1 می توانید از ما درخواست کنید هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کنیم

اگر هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده اید یا اگر قبلاً برای خدمات پزشکی تحت پوشش صورتحساب دریافت کرده اید، برای دریافت اطلاعات به فصل 7 (*درخواست از ما برای پرداخت صورتحساب دریافتی برای خدمات پزشکی یا داروها*) مراجعه کنید.

بخش 4.2 اگر خدمات تحت پوشش طرح ما نیستند باید چه کاری انجام دهید؟

طرح ما همه خدمات دارای ضرورت پزشکی را که در «نمودار مزایای پزشکی» در فصل 4 این دفترچه فهرست شده است تحت پوشش قرار می دهد. اگر خدماتی را دریافت کرده اید که تحت پوشش طرح ما نیستند، یا اگر خدمات را خارج از شبکه دریافت کرده اید و تأیید نشده اند، باید خودتان هزینه کامل خدمات را پرداخت کنید. قبل از پرداخت هزینه این خدمات باید بررسی کنید آیا این خدمات تحت پوشش California Medi-Cal (Medicaid) هستند.

برای خدمات تحت پوشش که محدودیت مزایا دارند نیز باید هزینه کامل خدماتی را که بعد از استفاده کامل از مزایا برای آن نوع از خدمات تحت پوشش دریافت می کنید خودتان پرداخت کنید. مبلغی که بعد از رسیدن به سقف تعیین شده مزایا پرداخت می کنید از حداکثر پرداخت شخصی کسر نمی شود. مثلاً اگر بعد از رسیدن به سقف مزایای پرداختی توسط طرح ما از خدمات مرکز پرستاری تخصصی استفاده کنید، خودتان باید هزینه کامل آن را پرداخت کنید. بعد از استفاده از سقف مزایای تعیین شده، سایر مبالغ پرداختی برای خدمات از حداکثر پرداخت شخصی کسر نمی شود.

بخش 5 وقتی در مطالعه تحقیقات بالینی شرکت می کنید خدمات پزشکی تان چطور تحت پوشش قرار می گیرد؟

بخش 5.1 مطالعه تحقیقات بالینی چیست؟

مطالعه تحقیقات بالینی (که به آن *آزمایش بالینی*نیز گفته می شود) روشی است برای پزشکان و دانشمندان تا انواع جدید درمان های پزشکی را آزمایش کنند، مثلاً میزان کارآیی یک داروی جدید درمان سرطان را بررسی می کنند. بعضی از مطالعات تحقیقات بالینی توسط Medicare تأیید می شوند. اگر مطالعه تحقیقاتی بالینی توسط Medicare تأیید شده باشد معمولاً از داوطلبان درخواست می شود در چنین مطالعه ای شرکت کنند.

بعد از تأیید این مطالعه توسط Medicare و اگر خودتان علاقه داشته باشید، فردی که در این مطالعه فعالیت دارد با شما تماس می گیرد و درباره مطالعه برایتان توضیح می دهد، همچنین بررسی می کند آیا شرایط لازم تعیین شده توسط دانشمندان مسئول اجرای آزمایش را دارید. تا زمانی که شرایط لازم برای این مطالعه را داشته باشید و نسبت به اینکه با حضور در این مطالعه چه اتفاق هایی می افتد آگاهی کامل داشته باشید، می توانید در این مطالعه شرکت کنید.

اگر در مطالعه مورد تأیید Medicare شرکت کنید، Original Medicare اکثر هزینه های مربوط به خدمات تحت پوشش دریافتی در قالب این مطالعه را پرداخت خواهد کرد. اگر به ما اطلاع دهید در یک آزمایش بالینی مورد تأیید شرکت کرده اید، در این صورت فقط مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه را برای خدمات دریافتی در این آزمایش پرداخت خواهید کرد. اگر مبلغ بیشتری را پرداخت کنید، مثلاً اگر قبلاً مبلغ تسهیم هزینه Original Medicare را پرداخت کرده اید، مابه التفاوت بین مبلغی که قبلاً پرداخت کرده اید و مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه به شما برگردانده می شود. اما لازم است اسنادی ارائه کنید که نشان دهد چه مبلغی را پرداخت کرده اید. وقتی در مطالعه تحقیقات بالینی شرکت می کنید، ممکن است همچنان در طرح ما عضو باشید و سایر خدمات مراقبتی تان (خدماتی که با مطالعه ارتباطی ندارند) را از طریق طرح ما دریافت کنید.

اگر می خواهید در هرکدام از مطالعه های تحقیقات بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، لازم نیست به ما اطلاع دهید و از ما یا PCP تأییدیه دریافت کنید. ارائه دهندگانی که خدمات مراقبتی شما را به عنوان بخشی از مطالعه تحقیقات بالینی ارائه می کنند لازم نیست جزء ارائه دهندگان درون شبکه طرح ما 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.

هرچند که برای حضور در مطالعه تحقیقات بالینی نیازی به دریافت مجوز از طرح ما ندارید و این موارد برای اعضای Medicare Advantage از طریق Original Medicare پوشش داده می شود، اما بهتر است هنگام تصمیم گیری برای شرکت در آزمایش بالینی مورد تأیید Medicare از قبل به ما اطلاع دهید.

اگر در مطالعه ای شرکت می کنید که Medicare آن را تأیید نکرده است، *کلیه هزینه های مربوط به شرکت در این مطالعه را باید خودتان پرداخت کنید.*

بخش 5.2 وقتی در یک مطالعه تحقیقات بالینی شرکت می کنید چه کسی هزینه آن را پرداخت می کند؟

وقتی در مطالعه تحقیقات بالینی مورد تأیید Medicare شرکت می کنید، Original Medicare اقلام و خدمات معمول را که به عنوان بخشی از این مطالعه دریافت می کنید تحت پوشش قرار می دهد، ازجمله موارد زیر:

- هزینه بستری شدن و خوراک در بیمارستان توسط Medicare پرداخت می شود حتی اگر در پژوهش شرکت نکرده باشید
- جراحی یا سایر عمل های پزشکی که بخشی از مطالعه تحقیقاتی باشند
- درمان هرگونه اثرات جانبی و اختلالات مربوط به یک مراقبت جدید

بعد از اینکه Medicare مبلغ تسهیم هزینه را برای این خدمات پرداخت کرد، طرح ما باقیمانده را پرداخت خواهد کرد. مانند همه خدمات تحت پوشش، شما برای خدمات تحت پوشش که در مطالعه تحقیقات بالینی دریافت می کنید هیچ مبلغی را پرداخت نخواهید کرد.

اگر در مطالعه تحقیقات بالینی شرکت کنید، **Medicare یا طرح ما هیچکدام برای موارد زیر هزینه را پرداخت نخواهند کرد:**

- به طور کلی Medicare برای اقلام یا خدمات جدید که در مطالعه درحال آزمایش شدن هستند هزینه ای پرداخت نمی کند مگر اینکه Medicare چنین اقلام یا خدماتی را حتی زمانی که شما در مطالعه شرکت نمی کنید تحت پوشش قرار داده باشد.
- اقلام یا خدمات ارائه شده که فقط برای جمع آوری داده مورد استفاده قرار می گیرند و به طور مستقیم در مراقبت از سلامت شما کاربردی ندارند. مثلاً اگر شرایط پزشکی شما فقط به یک سی تی اسکن نیاز داشته باشد، Medicare برای سی تی اسکن های ماهانه که بخشی از مطالعه هستند مبلغی را پرداخت نمی کند.

می خواهید اطلاعات بیشتری کسب کنید؟

با مطالعه یا دانلود نشریه *Medicare and Clinical Research Studies*می‌توانید با مراجعه به وب‌سایت Medicare اطلاعات بیشتری در مورد پیوستن به یک مطالعه تحقیقاتی بالینی دریافت کنید. این سند در آدرس www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf قابل دسترسی است.) شما همچنین می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز 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.

بخش 6 قوانین مربوط به دریافت خدمات مراقبتی در مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

بخش 6.1 مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی چیست؟

«مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی» مکانی است که خدماتی را ارائه می کند که به طور معمول در بیمارستان یا مرکز پرستاران باتجربه دریافت می کنید. اگر دریافت مراقبت در بیمارستان یا مرکز پرستاران باتجربه برخلاف باورهای مذهبی شما است، ما هزینه مراقبت در مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی را پوشش می دهیم. این مزایا تنها به خدمات بستری Part A مربوط می شود (خدمات مراقبت درمانی غیرپزشکی).

بخش 6.2 دریافت خدمات مراقبتی در مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

برای دریافت مراقبت از مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی باید یک سند قانونی را امضا کنید که در آن عنوان شده است شما مخالف دریافت درمان پزشکی «**غیرمتعارف**»هستید.

- منظور از خدمات مراقبتی یا درمانی**غیر متعارف** هر نوع خدمات مراقبتی یا درمانی است که از نظر قوانین فدرال، ایالتی، یا محلی *داوطلبانه* و*غیرضروری*تلقی می‌شوند.
- درمان پزشکی **متعارف** هر نوع مراقبت دریافتی شما است که داوطلبانه نبوده‌و تحت هرگونه قانون فدرال، ایالتی یا محلی*ضروری*تلقی می‌شود.

برای اینکه تحت پوشش طرح ما باشید، مراقبتی که از مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی دریافت می کنید باید شرایط زیر را داشته باشد:

- مرکزی که مراقبت را ارائه می‌کند باید از Medicare مجوز گرفته باشد.
- پوشش خدمات طرح درمانی ما به جنبه های غیرمذهبی مراقبت محدود می‌شود.
- اگر خدماتی را از این سازمان دریافت کنید که در یک مرکز درمانی ارائه شده باشد، باید شرایط زیر در نظر گرفته شود:
  - باید بیماری‌تان طوری باشد که بتوانید خدمات تحت پوشش را برای خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
  - و – باید قبل از اینکه در این مرکز پذیرش شوید اجازه از طرح ما دریافت کنید یا در غیراین‌صورت بستری شدن شما پوشش داده نخواهد شد.

بستری شدن در مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی تحت پوشش طرح ما نیست مگر اینکه از قبل از طرح ما مجوز (تأییدیه) دریافت کرده باشید، و محدودیت های پوشش دهی مشابه خدمات بستری یا مرکز پرستاری تخصصی است که به طور معمول وجود دارد. برای اطلاع از قوانین پوشش دهی و سایر اطلاعات درباره مبلغ تسهیم هزینه و محدودیت های مربوط به پوشش خدمات بستری شدن در بیمارستان و مرکز پرستاری تخصصی به نمودار مزایای پزشکی در فصل 4 مراجعه کنید.

بخش 7 قوانین مربوط به مالکیت تجهیزات پزشکی بادوام

بخش 7.1 آیا بعد از پرداخت مبالغی خاص تحت طرح ما، تجهیزات پزشکی بادوام متعلق به خودتان خواهد بود؟

تجهیزات پزشکی بادوام (DME) شامل اقلامی مانند تجهیزات و وسیله های اکسیژن، صندلی چرخدار، واکر، سیستم خوشخواب برقی، عصا، تجهیزات مربوط به بیماران دیابتی، دستگاه های تولید گفتار، پمپ های تزریق درون وریدی (IV)، نبولایزر، و تخت های بیمارستانی است که برای استفاده در خانه توسط ارائه دهنده سفارش داده می شوند. شما همیشه صاحب بعضی اقلام مانند پروتز خواهید بود. در این بخش درباره انواع دیگر DME که باید کرایه کنید توضیح داده می شود.

در Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از تجهیزات پزشکی بادوام را اجاره می‌کنند، پس از پرداخت هزینه مشترک برای کالا به مدت 13 ماه، صاحب تجهیزات می‌شوند. بعد از پرداخت مبلغ پرداخت مشترک برای بعضی اقلام خاص به مدت چند ماه مشخص، شما به عنوان عضوی از طرح ما مالک بعضی از تجهیزات DME خواهید بود. اگر قبلاً که عضو Original Medicare بودید برای تجهیزات DME مبلغی را پرداخت کرده اید، این مبلغ از مبالغی که به عنوان عضو طرح ما پرداخت می کنید کسر نخواهد شد. اگر درحالی که عضو طرح ما هستید یکی از تجهیزات پزشکی بادوام (DME) را خریداری کنید و تجهیزات به تعمیر نیاز داشته باشند، ارائه دهنده مجاز است هزینه تعمیرات را از شما دریافت کند. انواع خاصی از DME نیز وجود دارد که هرگز مالک آن نخواهید بود و فرقی نمی کند چه مبالغی را به عنوان عضو طرح ما برای آنها پرداخت کرده اید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرایط مالکیت یا کرایه کردن DME و اسنادی که باید ارائه کنید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر به Original Medicare جابجا شوید، مبالغی که برای تجهیزات پزشکی بادوام پرداخت کرده اید چطور می شود؟

اگر زمانی که در طرح ما بودید مالکیت تجهیزات DME را دریافت نکردید، باید 13 پرداخت متوالی جدید پس از تغییر به Original Medicare برای مالکیت آن مورد انجام دهید. مبالغی که هنگام ثبت‌نام در طرحتان پرداخت می کنید لحاظ نخواهند شد.

مثال 1: اگر 12 بار یا کمتر به صورت متوالی برای این تجهیزات در Original Medicare هزینه پرداخت کنید و پس از آن به طرح ما ملحق شوید. مبالغی که در قالب Original Medicare پرداخت کرده اید محاسبه نخواهند شد. قبل از مالکیت این تجهیزات باید 13 پرداخت به طرح ما داشته باشید.

مثال 2: شما 12 پرداخت متوالی یا کمتر برای این تجهیزات در Original Medicare هزینه پرداخت کنید و پس از آن به طرح ما ملحق شوید. در طرح ما حضور داشته اید اما در این هنگام مالکیت تجهیزات به شما تعلق نگرفته است. سپس به Original Medicare برگشته اید. بعد از اینکه دوباره به Original Medicare ملحق شدید باید 13 پرداخت متوالی و جدید داشته باشید تا آن تجهیزات متعلق به خودتان باشد. هیچکدام از پرداخت های قبلی (چه به طرح ما چه به Original Medicare داده شده باشد) محاسبه نخواهند شد.

بخش 7.2 قوانین مربوط به دستگاه ها و تجهیزات اکسیژن و تعمیرات و نگهداری آنها

کدام مزایا در رابطه با تجهیزات اکسیژن به شما تعلق می گیرد؟

اگر برای پوشش تجهیزات اکسیژن Medicare واجد شرایط باشید، Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) موارد زیر را پوشش می دهد:

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

اگر از Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) خارج شوید یا دیگر به تجهیزات اکسیژن نیاز پزشکی نداشته باشید، باید این تجهیزات اکسیژن را برگردانید.

اگر از طرحتان خارج شوید و به Original Medicare برگردید چه اتفاقی می افتد؟

ارائه دهنده تجهیزات اکسیژن توسط Original Medicare ملزم هستند تا پنج سال به شما خدمات ارائه کنند. در طول 36 ماه اول شما مبلغ کرایه تجهیزات را پرداخت خواهید کرد. در 24 ماه باقیمانده ارائه دهنده تجهیزات و خدمات تعمیر و نگهداری را ارائه می کند (شما همچنان باید مبلغ پرداخت مشترک را برای اکسیژن تقبل کنید). بعد از پنج سال می توانید تصمیم بگیرید با همین شرکت ادامه دهید یا از شرکت جدیدی استفاده کنید. در این زمان دوره پنج ساله مجدداً شروع می شود حتی اگر با همان شرکت قبلی ادامه دهید، و باید پرداخت مشترک برای 36 ماه اول را انجام دهید. اگر به طرح ما ملحق شوید یا آن را ترک کنید، چرخه پنج ساله دوباره از ابتدا شروع می شود.

فصل 4:

نمودار مزایای پزشکی
(چه چیزی تحت پوشش است)

بخش 1 آشنایی با خدمات تحت پوشش

در این بخش «نمودار مزایای پزشکی» ارائه شده است که حاوی فهرست خدمات تحت پوشش برای شما به عنوان عضوی از طرح ما است. در ادامه این فصل می توانید اطلاعاتی درباره خدمات پزشکی که تحت پوشش نیستند دریافت کنید. همچنین درباره محدودیت های بعضی از خدمات خاص توضیح داده شده است.

بخش 1.1 شما برای خدمات تحت پوشش هیچ هزینه ای پرداخت نخواهید کرد

به دلیل اینکه از California Medi-Cal (Medicaid) کمک دریافت می کنید، تا وقتی از مقررات طرح درمانی پیروی کنید برای خدمات تحت پوشش خود هزینه ای پرداخت نمی کنید. (برای اطلاعات بیشتر درباره قوانین طرح برای دریافت خدمات درمانی به فصل 3 مراجعه کنید.)

بخش 1.2 بیشترین هزینه برای خدمات پزشکی تحت پوشش Medicare Part A و Part B را در چه مواردی پرداخت می کنید؟

توجه: به دلیل اینکه اعضای ما از Medicaid نیز کمک دریافت می کنند، تعداد بسیار کمی از اعضا به این حد تعیین شده «حداکثر پرداخت شخصی» می رسند. شما در قبال پرداخت های شخصی نسبت به حداکثر مبلغ پرداخت شخصی برای خدمات تحت پوشش Part A و Part B مسئولیتی نخواهید داشت.

به دلیل اینکه در طرح Medicare Advantage ثبت‌نام کرده اید، محدودیتی در مبلغی که هر سال شخصاً خودتان برای خدمات پزشکی تحت پوشش Medicare Part A و Part B پرداخت می کنید لحاظ شده است. این محدودیت «حداکثر پرداخت شخصی» (MOOP) نامیده می شود. این مقدار برای سال 2024 مبلغ $8,850 است.

مبالغی که برای سهم بیمار، و بیمه مشترک برای خدمات تحت پوشش می‌پردازید در مبلغ پرداخت‌های شخصی حساب نمی‌شود. مبالغی که برای داروهای تجویزی Part D پرداخت می‌کنید در پرداخت‌های شخصی حساب نمی‌شود. همچنین، مبالغی که برای بعضی از خدمات پرداخت می‌کنید در سقف پرداخت‌های شخصی حساب نمی‌شود این خدمات در نمودار مزایای پزشکی با ستاره (*) مشخص شده است. اگر به سقف پرداخت‌های شخصی $8,850 برسید، لازم نیست در ادامه سال برای خدمات تحت‌پوشش Part A و Part B پرداخت‌های شخصی داشته باشید. اما باید همچنان حق بیمه Medicare Part B را پرداخت کنید (مگر اینکه حق بیمه Part B توسط California Medi-Cal (Medicaid) یا شخص ثالث دیگری پرداخت شده باشد).

بخش 2 برای اطلاع از موارد تحت پوشش از *نمودار مزایای پزشکی* استفاده کنید

بخش 2.1 مزایای پزشکی به عنوان عضو طرح

در «نمودار مزایای پزشکی» در صفحه های بعدی، فهرست خدماتی که طرح ما پوشش می دهد ارائه شده است. پوشش داروهای تجویزی Part D در فصل 5 ارائه شده است. خدمات عنوان شده در «نمودار مزایای پزشکی» فقط زمانی تحت پوشش قرار می گیرند که الزامات پوشش دهی زیر رعایت شده باشد:

- خدمات تحت پوشش Medicare باید با توجه به دستورالعمل های پوشش دهی تعیین شده از طرف Medicare ارائه شود.
- خدمات شما (از جمله مراقبت پزشکی، خدمات پزشکی، وسایل و تجهیزات پزشکی و داروهای تجویزی Part B) *باید* ضرورت پزشکی داشته باشند. عبارت «ضروری پزشکی» به معنی خدمات، وسایل، یا سایر داروهای مورد نیاز برای پیشگیری، تشخیص بیماری، یا درمان بیماری شما است و از استانداردهای مورد تأیید حوزه پزشکی برخوردار است.
- خدمات را از ارائه دهنده شبکه دریافت کنید. در اکثر موارد خدمات مراقبتی که از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می کنید تحت پوشش نخواهد بود مگر اینکه فوری و اورژانسی باشد، یا اینکه طرح شما یا ارائه دهنده شبکه به شما ارجاع داده باشد. به این معنی که باید برای خدمات ارائه شده از سوی آن ارائه دهنده، مبلغ را به طور کامل پرداخت کنید.
- یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) دارید که خدمات مراقبتی شما را ارائه می کند و تحت نظر دارد. در اکثر مواقع PCP باید قبل از ویزیت شدن توسط سایر ارائه دهندگان در شبکه طرح به شما ارجاع داده باشد. به این کار «ارجاع» دادن گفته می شود.
- برخی از خدماتی که در نمودار مزایای پزشکی ذکر شده اند *تنها* زمانی تحت پوشش هستند که پزشک شما یا ارائه دهنده شبکه دیگری ابتدا از ما اجازه بگیرد (بعضی مواقع به این کار «مجوز قبلی» گفته می شود). خدمات تحت پوشش که به تأیید اولیه نیاز دارند در نمودار مزایای پزشکی به صورت مورب نوشته شده اند.

سایر نکات مهمی که درباره پوشش دهی ما باید در نظر داشته باشید:

- شما تحت پوشش Medicare و همچنین California Medi-Cal (Medicaid) هستید: Medicare خدمات مراقبت از سلامت و داروهای تجویزی را پوشش می دهد. Medicaid مبلغ تسهیم هزینه شما را برای خدمات Medicare پوشش می دهد، ازجمله فرانشیزها و پرداخت های مشترک یا بیمه مشترک برای خدمات بستری و سرپایی در بیمارستان و ویزیت در مطب پزشک. California Medi-Cal (Medicaid) همچنین خدماتی را که Medicare پوشش نمی دهد، مانند مراقبت در مراکز نگهداری طولانی مدت، بعضی از داروهای فروش آزاد (بدون نیاز به نسخه)، و خدمات مبتنی بر خانه و انجمن پوشش می دهد.
- ما نیز مانند همه طرح های سلامت Medicare، همه مواردی را که Original Medicare پوشش می دهد پوشش می دهیم. (اگر می خواهید درباره پوشش دهی و هزینه های Original Medicare اطلاعات بیشتری کسب کنید، به دفترچه «Medicare و شما در سال 2024» مراجعه کنید. این دفترچه را آنلاین در آدرس www.medicare.gov مطالعه کنید، یا 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید تا یک نسخه از آن را برایتان ارسال کنیم. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.)
- برای همه خدمات پیشگیری که در Original Medicare بدون هیچ هزینه ای پوشش داده می شوند، ما نیز آنها را بدون هزینه در اختیارتان قرار خواهیم داد.
- اگر Medicare در طول سال 2024 برای هرکدام از خدمات پوشش اضافه کند، Medicare یا طرح ما این خدمات را پوشش خواهد داد.
- برای خدمات تحت‌پوشش Medicaid، لطفاً برای لیست کامل مزایای تحت پوشش Medicaid به "خلاصه مزایای" طرح مراجعه کنید. اگر "خلاصه مزایا" را دریافت نکرده اید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید یک نسخه برایتان ارسال کنند. اشتراک هزینه شما برای خدمات تحت‌پوشش Medicaid، در صورت وجود، بر اساس میزان واجدشرایط بودنتان برای Medicaid است.

- اگر شما در دوره 6 ماهه صلاحیت ادامه دار طرح ما هستید، ما به ارائه تمام مزایای Medicare تحت پوشش طرح Medicare Advantage ادامه خواهیم داد. اما در این مدت طرح Medicare Advantage برای پوشش دهی هیچکدام از مزایای California Medi-Cal (Medicaid) که تحت طرح ایالتی Medicaid شما ارائه می شود، مسئولیتی نخواهد داشت. مبالغ اشتراک هزینه Medicare برای مزایای اولیه و مزایای تکمیلی Medicare در این دوره تغییر نمی‌کند. مبلغی که پرداخت می‌کنید به میزان مزایای Medicaid که دارید بستگی دارد.

تا زمانی که شرایط لازم مربوط به پوشش بیمه که در زیر آمده است را دارا باشید، برای خدمات مندرج در فهرست مزایا هیچ هزینه ای پرداخت نخواهید کرد.

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

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

اطلاعات مهم درباره مزایا برای ثبت‌نام کنندگانی که واجد شرایط «Extra Help» هستند:

- 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.
- برای جزئیات بیشتر به نمودار مزایای پزشکی در فصل 4 مراجعه کنید.
- اعضا واجد شرایط حذف تقسیم هزینه برای داروهای Part D. برای جزئیات به فصل 6 مراجعه کنید.

Health Net Community Solutions, Inc. از طرف Medicare جهت ارائه این مزایا به عنوان بخشی از برنامه Value-Based Insurance Design تایید شده است. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد راه های جدیدی را برای بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند

در کنار خدمات پیشگیری در جدول مزایا یک تصویر سیب مشاهده خواهید کرد.

نمودار مزایای پزشکی

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
برای خدمات تحت‌پوشش Medicaid، لطفاً برای لیست کامل مزایای تحت پوشش Medicaid به "خلاصه مزایای" طرح مراجعه کنید. اگر "خلاصه مزایا" را دریافت نکرده اید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید یک نسخه برایتان ارسال کنند. اشتراک هزینه شما برای خدمات تحت‌پوشش Medicaid، در صورت وجود، بر اساس میزان واجدشرایط بودنتان برای Medicaid است. برای تعیین سطح مبلغ تسهیم هزینه با سازمان Medicaid ایالتی تان تماس بگیرید.	
غربالگری آنوریسم آئورت شکمی ما یک بار هزینه معاینه غربالگری سونوگرافی را برای اشخاص در معرض خطر پرداخت خواهیم کرد. برنامه ما فقط در صورتی هزینه این غربالگری را پوشش می‌دهد که دارای عوامل خطر مشخصی باشید و اگر از پزشک، دستیار پزشک، پرستار یا متخصص پرستاری بالینی خود برای آن معرفی بگیرید.	برای اعضای واجد شرایط برای این غربالگری پیشگیرانه هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.
طب سوزنی برای کمردرد مزمن چند نمونه از خدمات تحت پوشش: حداکثر 12 بازدید در 90 روز برای ذینفعان Medicare تحت شرایط زیر پوشش داده می‌شود: برای این مزایا، کمردرد مزمن به شرح زیر تعریف می‌شود: • 12 هفته یا بیشتر ادامه داشته باشد؛ • غیرتخصصی است، به این دلیل که هیچ علت سیستمیک قابل شناسایی ندارد (یعنی با بیماری متاستاتیک، التهابی، عفونی، و غیره مرتبط نیست)؛ • مربوط به عمل جراحی نباشد؛ و • مربوط به بارداری نباشد.	$0 سهم بیمار برای برای طب سوزنی انجام شده در مطب PCP که تحت پوشش Medicare است. $0 سهم بیمار برای برای طب سوزنی انجام شده در مطب متخصص که تحت پوشش Medicare است. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 سهم بیمار برای برای طب سوزنی انجام شده در مطب کایروپراکتیک که تحت پوشش Medicare است. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
هشت جلسه اضافی برای بیمارانی که علائم بهبودی را نشان می‌دهند پوشش داده می‌شود. بیش از 20 درمان طب سوزنی نمی‌تواند در سال انجام شود. در صورت عدم بهبود یا پسرفت بیمار، درمان باید قطع شود. شرایط لازم برای ارائه‌دهنده: پزشکان (همانطور که در 1)(r)1861) قانون سوشال سکیوریتی (قانون) تعریف شده است)، می توانند طب سوزنی را مطابق با الزامات ایالتی قابل اجرا ارائه دهند. دستیاران پزشک (PA)، پزشکان پرستار (NP)/متخصصان پرستار بالینی (CNS) (همانطور که در 5)(aa)1861) در قانون مشخص شده است)، و پرسنل کمکی ممکن است طب سوزنی را ارائه دهند در صورتی که تمام شرایط دولتی قابل اجرا را برآورده کنند و دارای صلاحیت های زیر باشند: • مدرک کارشناسی ارشد یا دکترا در طب سوزنی یا طب شرقی از مدرسه معتبر توسط کمیسیون اعتباربخشی در طب سوزنی و طب شرقی (ACAOM، Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine)؛ و • مجوز فعلی، کامل، فعال و نامحدود برای انجام طب سوزنی در ایالت، قلمرو، یا منطقه مشترک‌المنافع (یعنی Puerto Rico) ایالات متحده، یا ناحیه Columbia. پرسنل کمکی که طب سوزنی را ارائه می کنند باید تحت نظارت یک پزشک، PA یا NP/CNS که طبق مقررات ما در CFR 42 بندهای 410.26 و 410.27 لازم است، باشد.	
طرح ما همچنین خدمات تکمیلی طب سوزنی (تحت پوشش طرحی بجز Medicare) را تا مجموع 24 بار در سال پوشش می دهد. در بیشتر موارد، برای دریافت خدمات تحت پوشش باید از یک ارائه دهنده تحت قرارداد استفاده کنید. اگر در مورد نحوه استفاده از این مزایا سؤالی دارید، لطفاً با طرح ما تماس بگیرید.	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت تکمیلی طب سوزنی (تحت پوشش طرحی بجز Medicare).* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
چند نمونه از خدمات تحت پوشش عبارتند از: • یک معاینه بیمار جدید یا معاینه بیمار که برای اولین ارزیابی بیمار با یک مشکل جدید سلامت یا دوره جدید عود بیماری تنظیم شده است • انجام معاینات بیمار (در عرض 3 سال پس از معاینه جدید) • جلسه معاینات پیگیری در مطب - ممکن است شامل خدمات طب سوزنی یا معاینه مجدد باشد • نظر دوم از ارائه‌دهنده متفاوت در شبکه • خدمات فوری و اورژانسی برای دریافت فرم دعوی و برای دریافت اطلاعات بیشتر، همچنین برای دریافت کمک و راهنمای در یافتن ارائه دهنده حاضر در شبکه، می توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وب‌سایت ما در این آدرس مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.	
خدمات آمبولانس خدمات آمبولانس تحت پوشش چه در وضعیت اورژانسی و چه در شرایط غیراورژانسی، ازجمله استفاده از هواپیمای دارای بال ثابت، بال چرخشی، و خدمات آمبولانس زمینی برای رفتن به نزدیک ترین مرکزی که بتواند خدمات مراقبتی را ارائه کند، یا برای ارائه خدمات به عضوی که وضعیت پزشکی او طوری است که جابجایی با سایر وسایل حمل و نقل سلامت او را به خطر می اندازد، یا در صورتی که استفاده از هواپیما تأیید شده باشد. اگر خدمات آمبولانس مورد تأیید برای شرایط اورژانسی نباشد، باید اسناد لازم ارائه شود و نشان دهد وضعیت پزشکی او طوری است که جابجایی با سایر وسایل حمل و نقل سلامت او را به خطر می اندازد و جابجایی با آمبولانس از نظر پزشکی ضرورت دارد.	$0 سهم بیمار در هر سفر یک طرفه برای خدمات آمبولانس زمینی تحت پوشش Medicare *برای جابجایی با هواپیمای دارای بال ثابت و برای جابجایی غیراورژانسی، ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.* $0 سهم بیمار در هر سفر یک طرفه برای خدمات آمبولانس هوایی تحت پوشش Medicare *برای جابجایی با هواپیمای دارای بال ثابت و برای جابجایی غیراورژانسی، ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.* هزینه بخش اورژانس در صورت پذیرش برای دریافت خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان لغو نخواهد شد.
معاینه روتین جسمی سالانه 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».	$0 سهم بیمار برای آزمایش های فیزیکی معمول و روتین سالیانه.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
ویزیت تندرستی سالیانه اگر به مدت بیش از 12 ماه Part B داشتید، می توانید ویزیت تندرستی سالیانه انجام دهید تا بر اساس وضعیت سلامت فعلی و فاکتورهای خطر، طرح پیشگیری شخصی تان را به روز رسانی کنید یا بهبود ببخشید. این ویزیت هر 12 ماه یک بار پوشش داده می شود. **توجه:** اولین ویزیت سلامت سالیانه نباید در فاصله 12 ماه بعد از ویزیت پیشگیری «Welcome to Medicare» باشد. اما اگر 12 ماه از عضویتتان در Part B گذشته است، لازم نیست ویزیت «به Medicare خوش آمدید» شما تحت پوشش قرار بگیرد.	برای ویزیت سالیانه سلامت هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
سنجش تراکم استخوان برای افراد واجد شرایط (به طور کلی افرادی که در معرض خطر از دست دادن توده استخوانی یا خطر پوکی استخوان باشد)، خدمات زیر هر 24 ماه یا در صورت لزوم به دفعات بیشتر پوشش داده می شود: اقدامات لازم برای تشخیص تراکم استخوان، تشخیص ضایعات و نقص های استخوانی، و تعیین کیفیت استخوان، ازجمله تفسیر نتایج توسط پزشک.	برای سنج تراکم استخوان تحت پوشش Medicare هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی) چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • یک ماموگرام اولیه بین سن 35 و 39 • یک معاینه غربالگری ماموگرام هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا • معاینات بالینی سینه هر 24 ماه • یک ماموگرافی تشخیصی بر اساس ضرورت پزشکی	برای غربالگری ماموگرافی تحت پوشش، هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود. $0 سهم بیمار برای یک ماموگرافی تشخیصی بر اساس ضرورت پزشکی. ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.
خدمات توانبخشی قلبی برنامه های جامع توانبخشی قلب که شامل تمرین های ورزشی، آموزش، و مشاوره هستند برای اعضایی که شرایط خاصی داشته باشند به دستور پزشک تحت پوشش قرار می گیرد.	$0 سهم بیمار برای خدمات توانبخشی قلب تحت پوشش Medicare.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
این طرح همچنین برنامه های ویژه توانبخشی قلبی را که معمولاً نسبت به برنامه های توانبخشی قلب جدی تر و منسجم تر هستند را پوشش می دهد.	$0 سهم بیمار برای برای خدمات توانبخشی ویژه قلب تحت پوشش Medicare.
ویزیت کاهش خطر بیماری‌های قلب و عروق (درمان بیماری‌های قلب و عروق) برای کمک به کاهش احتمال بروز بیماری های قلب و عروق، هزینه ویزیت را یک بار در سال برای پزشک ارائه دهنده خدمات اولیه پرداخت می کنیم. در این جلسه ویزیت پزشک ممکن است درباره مصرف آسپیرین (در صورتی که مناسب باشد) با شما صحبت کند، فشار خونتان را بگیرد و برای اطمینان از سلامت غذایی تان نکاتی را به شما یادآوری کند.	برای مزایای پیشگیری بیماری قلب و عروف از طریق درمان رفتاری ویژه، هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
آزمایش بیماری قلب و عروق آزمایش های خون برای تشخیص بیماری قلب و عروق (یا موارد غیرمعمول مرتبط با افزایش خطر بروز بیماری های قلب و عروق) هر 5 سال (60 ماه) یک بار.	برای آزمایش های بیماری قلب و عروق که هر 5 سال یک بار تحت پوشش قرار می گیرند هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • برای همه زنان: آزمایش های پاپ اسمیر و تست دهانه رحم هر 24 ماه یک بار تحت پوشش قرار می گیرد. • اگر احتمال بروز سرطان دهانه رحم یا واژن در شما زیاد است یا اگر در سن بارداری هستید و در 3 سال گذشته نتیجه آزمایش پاپ اسمیر شما غیرطبیعی بوده است: یک تست پاپ اسمیر هر 12 ماه	برای آزمایش های پیشگیری سرطان دهانه رحم و تست پاپ اسمیر تحت پوشش Medicare هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
خدمات کایروپراکتیک (پادرمانی) چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • جا انداختن مهره ها برای جا انداختن مفاصل	$0 سهم بیمار برای خدمات کایروپراکتیک تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
طرح ما همچنین خدمات تکمیلی کایروپراکتیک (تحت‌پوشش طرحی بجز Medicare) را تا سقف 24 بار در سال پوشش می‌دهد. خدمات تکمیلی کایروپراکتیک (تحت پوشش طرحی بجز Medicare) برای درمان بیماری های کمر، گردن، یا مفاصل دست ها و پاها محدود به زمانی است که از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد. خدمات کایروپراکتیک تحت پوشش عبارتند از: • یک معاینه اولیه (آزمایش بیمار جدید یا معاینه بیمار تأیید شده که برای اولین ارزیابی مشکل جدید سلامت یا دوره جدید وخامت بیماری.) • آزمایش های مجدد (آزمایش بیمار تأیید شده زمانی که ارزیابی روند بیماری یا اصلاح درمان ضروری باشد)، جا انداختن مهره ها، مفاصل، و/یا سایر خدمات (این خدمات ممکن است در همان ویزیت انجام آزمایش ارائه شود) • خدمات آزمایشگاهی و ایکس ری (x-ray) وقتی توسط کایروپراکتیک تحت قرار داد انجام شود یا توسط او ارجاع شده باشد. خدمات آزمایشگاهی و ایکس ری (x-ray) که در زمانی بجز ویزیت بیمار جدید یا بیمار تأیید شده انجام شود برای ارزیابی میزان پرداخت مشترک فرد است. برای دریافت فرم دعوی و برای دریافت اطلاعات بیشتر، همچنین برای دریافت کمک و راهنمای در یافتن ارائه دهنده حاضر در شبکه، می توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وب‌سایت ما در این آدرس مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA **توجه:** پوشش خدمات معمول کایروپراتیک نوعی مزایای تکمیلی است که توسط طرح ارائه می شود. نه Medicare و نه Medicaid سهم شما از هزینه های این خدمات را پرداخت نمی کنند.	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت تکمیلی کایروپراکتیک (تحت پوشش طرحی بجز Medicare).* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
غربالگری سرطان روده بزرگ و مقعد آزمایش های غربالگری زیر تحت پوشش قرار می گیرند: • 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 سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر 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 می‌شود. • سیگموئیدوسکوپی 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 سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر یا تنقیه باریوم در معرض خطر بالایی هستند. • غربالگری آزمایش خون مخفی مدفوع برای بیماران 45 ساله و بالاتر. هر 12 ماه یک بار. • آزمایش چندمنظوره DNA مدفوع برای بیماران 45 تا 85 ساله و کسانی که علائمی پرخطری را ندارند. هر 3 سال یک بار. • آزمایش بیومارکر مبتنی بر خون برای بیماران 45 تا 85 ساله و کسانی که علائمی پرخطری را ندارند. هر 3 سال یک‌بار.	برای تست های غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد تحت پوشش Medicare هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود، بجز معاینه تشخیصی تنقیه باریوم که مبلغ بیمه مشترک برای آن لحاظ خواهد شد. اگر پزشکتان پولیپ یا هر بافت دیگری را در هنگام انجام کولونوسکوپی یا سیگموئیدوسکوپی شناسایی کند و بردارد، آزمایش غربالگری نوعی آزمایش تشخیصی است و سهم بیمار برای خدمات پزشک $0 خواهد بود. همچنین در بخش رسیدگی سرپایی در بیمارستان، پرداخت مشترک شما به بیمارستان $0 خواهد بود. فرانشیز Part B اعمال نمی شود.
• 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. • تنقیه باریوم به عنوان جایگزین سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر در بیماران پرخطر و 45 ساله یا بالاتر. حداقل یک بار 48 ماه پس از آخرین باریم انما غربالگری یا سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر غربالگری • اگر نتیجه آزمایش غربالگری سرطان روده بزرگ و مقعد از طریق مدفوع و به صورت غیرتهاجمی مثبت باشد، غربالگری سرطان روده بزرگ شامل یک غربالگری کولونوسکوپی پیگیری خواهد بود.	$0 سهم بیمار برای خدمات تنقیه باریوم تحت پوشش Medicare.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
خدمات دندانپزشکی به طور کلی خدمات پیشگیری دندانپزشکی (مانند جرم گیری، آزمایش های معمول دندان، و ایکس ری (x-ray) از دندان) تحت پوشش Original Medicare نیستند. اما Medicare در حال حاضر برای خدمات دندانپزشکی در بعضی موارد محدود و به خصوص زمانی که این خدمات بخشی از درمان ویژه بیماری اصلی فرد ذینفع باشد، این موارد را پوشش می دهد. چند نمونه از این شرایط عبارتند از ترمیم و بازسازی فک بعد از شکستگی یا جراحت، کشیدن دندان برای آماده شدن برای پرتودرمانی و درمان سرطان که شامل آزمایش های فک و دهان و دندان قبل از پیوند کلیه می شود. همچنین موارد زیر را پوشش می دهیم:	$0 سهم بیمار برای هر خدمات دندان‌پزشکی تحت پوشش Medicare: *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
خدمات اضافی • **مراقبت های جامع دندانپزشکی** (خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می شود. ○ خدمات ترمیمی: مزایای روکش در هر پنج سال یک بار برای هر دندان پوشش داده می‌شود.	**خدمات اضافی** **مراقبت‌های جامع دندان** $0 سهم بیمار برای هرکدام از خدمات ترمیمی.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
○ خدمات پروتزهای دندانی تحت پوشش شامل ریپیس دندان مصنوعی یک بار برای هر فک در هر دو سال تقویمی است پونتیک یکی از مزایای تحت پوشش است که هر پنج سال یک بار برای هر دندان پوشش داده می‌شود. محدودیت‌ها و استثنائاتی اعمال می‌شود. توصیه می شود اعضا قبل از دریافت خدمات درباره گزینه های درمانی شان با یک ارائه دهنده خدمات معمول دندانپزشکی حاضر در شبکه مشورت کنند. درمان باید هنگامی که در طول سال طرح توسط طرح پوشش داده می شود شروع شود. هزینه خدمات دندانپزشکی که توسط طرح پوشش داده نمی شوند بر عهده اعضا است. **خدمات دندانپزشکی تکمیلی (یعنی خدمات معمول تحت پوشش Medicare) باید از ارائه دهنده حاضر در طرح دریافت شود تا تحت پوشش طرح قرار بگیرد. اگر درباره یافتن ارائه دهنده سؤالی دارید، می خواهید دعوی ارائه کنید، یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اطلاعات بیشتر در مورد پوشش دندانی شامل فهرست دقیق روش‌های تحت پوشش، محرومیت‌ها و محدودیت‌ها نیز در وب‌سایت ما موجود است.** از www.wellcare.com/healthnetCA دیدن کنید، روی خرید طرح ها در بالای صفحه وب کلیک کنید، سپس Plan Benefit Materials را انتخاب کنید. گواهی پوشش دهی (EOC) را انتخاب کنید. برای مشاهده جزئیات مزایای دندانپزشکی در این طرح، Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) را در فهرست پیدا کنید. **توجه:** پوشش خدمات معمول دندانپزشکی نوعی مزایای تکمیلی است که توسط طرح ارائه می شود. نه Medicare و نه Medicaid سهم شما از هزینه های این خدمات را پرداخت نمی کنند. اعضایی که در Medicaid نیز ثبت‌نام کرده اند ممکن است برای پوشش دهی ثانویه این خدمات دندانپزشکی تکمیلی از طرف ایالت واجد شرایط باشند. قبل از دریافت خدمات دندانپزشکی از ارائه دهنده بپرسید آیا می توانند برای Medicaid به عنوان پرداخت کننده دوم صورتحساب صادر کنند. حتماً کارت شناسایی Medicaid را به ارائه دهنده تان نشان دهید.	$0 سهم بیمار برای هرکدام از خدمات پروتز.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
غربالگری افسردگی هر سال یک غربالگری برای افسردگی را پوشش می دهیم. این غربالگری باید در یک محیط ارائه مراقبت های درمانی اولیه انجام شود که بتواند درمان و ارجاعات بعدی را ارائه کند.	برای ویزیت سالیانه غربالگری هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
غربالگری دیابت این غربالگری (شامل تست قند خون قبل از صبحانه) را در صورتی پوشش می دهیم که هرکدام از فاکتورهای خطر زیر را داشته باشید: فشار خون بالا، سابقه کلسترول و تری گلیسیرید زیاد (اختلال چربی خون یا دیس لیپیدمی)، چاقی، یا سابقه قند خون (گلوکز) زیاد. این آزمایش ها همچنین ممکن است در صورتی تحت پوشش قرار بگیرد که شرایط دیگری نیز داشته باشید، مثلاً وزنتان زیاد باشد و در خانواده سابقه دیابت داشته باشید. بسته به نتایج این آزمایش ها، ممکن است واجد شرایط حداکثر دو غربالگری دیابت در هر 12 ماه باشید.	برای آزمایش غربالگری دیابت تحت پوشش Medicare هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
آموزش، خدمات و لوازم کنترل شخصی دیابت برای همه افرادی که دیابت دارند (مصرف کنندگان انسولین و غیرانسولین). چند نمونه از خدمات تحت پوشش:	$0 سهم بیمار برای تجهیزات کنترل دیابت تحت پوشش Medicare *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• تجهیزات لازم برای کنترل قند خون: دستگاه کنترل قند خون، نوارهای تست قند خون، دستگاه های لنست و لنست، و محلول کنترل قند خون برای بررسی دقت نوارهای تست و دستگاه های کنترل قند خون.	
• برای کسانی که دیابت دارند و بیماری شدید پای دیابتی دارند: یک جفت کفش طبی با قالب سفارشی در هر سال (از جمله کفی که با چنین کفش هایی ارائه می شود)، و دو جفت کفی یا یک جفت کفش عمق دار و سه جفت کفی (بجز کفی های قابل جدا شدن و غیرسفارشی که با چنین کفش هایی ارائه می شود). امتحان کردن کفش ها تحت پوشش است.	$0 سهم بیمار برای کفش یا کفی طبی یا برای افراد مبتلا به دیابت که بیماری شدید پای دیابتی دارند. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• آموزش مدیریت شخصی دیابت در شرایطی خاص پوشش داده می شود.	$0 سهم بیمار برای آموزش خودمدیریتی دیابت تحت پوشش Medicare.
تجهیزات تست دیابتی برگزیده ما (دستگاه های کنترل قند خون و نوارهای تست)، محصولات OneTouch™ ارائه شده از Lifescan هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اقلامی که در فهرست تجهیزات برگزیده تست دیابت هستند، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر از تجهیزات تست دیابتی استفاده می کنید که توسط طرح برگزیده نیستند، با ارائه دهنده تان صحبت کنید تا نسخه جدیدی برایتان بنویسد یا برای دریافت دستگاه کنترل قند خون و نوارهای تست برگزیده، مجوز قبلی درخواست کند.	

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه (برای مشاهده تعریف تجهیزات پزشکی بادوام به فصل 12 و همچنین فصل 3، و بخش 7 این دفترچه راهنما مراجعه کنید.) موارد تحت پوشش شامل این موارد می شود ولی محدود به آنها نیست: صندلی چرخ دار، عصا، سیستم تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت بیمارستان که توسط ارائه دهنده برای استفاده در منزل سفارش داده شده، پمپ های تزریق وریدی، دستگاه های تولید صدا، تجهیزات اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.	$0 سهم بیمار تجهیزات پزشکی بادوام تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 سهم بیمار برای اقلام پزشکی تحت پوشش Medicare *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
ما همه تجهیزات DME با ضرورت پزشکی را که توسط Original Medicare پوشش داده می شوند تحت پوشش قرار می دهیم. اگر تأمین کننده تجهیزات ما در منطقه شما محصولات یک برند یا تولیدکننده خاص را نداشته باشد، می توانید از آنها بپرسید آیا می توانند برایتان به صورت ویژه سفارش بدهند. جدیدترین فهرست ارائه دهندگان در وبسایت ما در دسترس است: www.wellcare.com/healthnetCA.	هر 36 ماه $0 پرداخت مشترک برای مبلغ تسهیم هزینه برای پوشش تجهیزات اکسیژن Medicare لحاظ می شود. بعد از گذشت 36 ماه از ثبت‌نام، مبلغ تسهیم هزینه تغییر نمی کند. اگر قبل از ثبت‌نام در طرح ما 36 ماه کرایه برای پوشش تجهیزات اکسیژن پرداخت کرده اید، $0 پرداخت مشترک برای مبلغ تسهیم هزینه لحاظ می شود.
مراقبت اورژانسی مراقبت اورژانسی یعنی خدماتی که: • توسط ارائه دهنده ای ارائه شوند که در زمینه ارائه خدمات مراقبت اورژانسی آموزش دیده است، و • برای ارزیابی یا تثبیت وضعیت پزشکی اورژانسی لازم باشد. شرایط اورژانسی پزشکی زمانی است که شما یا هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل درمانی و پزشکی (فردی آگاه اما بدون دانش پزشکی) فکر می کنید علائمی دارید که به درمان فوری پزشکی نیاز دارد و اگر درمان فوری انجام نشود ممکن است منجر به مرگ (یا اگر باردار هستید، ممکن است جنین را از دست بدهید)، نقص عضو، یا نقص عملکرد عضو شود. این علائم پزشکی ممکن است بیماری، جراحت، درد شدید، یا وضعیت خاصی باشد که به سرعت وخیم تر می شود. مبلغ تسهیم هزینه برای خدمات اورژانسی ضروری که خارج از شبکه ارائه می شوند مبلغی یکسان با خدمات ارائه شده در شبکه است.	$0 سهم بیمار برای ویزیت اورژانس تحت پوشش Medicare. اگر خدمات مراقبت اورژانسی را در بیمارستان خارج از شبکه دریافت می کنید و بعد از تثبیت وضعیت اورژانسی تان به مراقبت سرپایی نیاز دارید، برای ادامه پوشش دهی خدمات درمانی باید به بیمارستان درون شبکه برگردید، یا باید خدمات درمانی سرپایی را در بیمارستان خارج از شبکه که توسط طرح تأیید شده باشد دریافت کنید و هزینه ای که پرداخت می کنید همان مبلغ تسهیم هزینه ای است که در بیمارستان درون شبکه پرداخت می کنید.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
خدمات اورژانسی خارج از ایالات متحده تحت پوشش هستند.	$100 سهم بیمار برای خدمات اورژانسی خارج از ایالات متحده.* حتی اگر تا 24 ساعت بعد از همین وضعیتتان در بیمارستان پذیرش شوید، باید این مبلغ را پرداخت کنید. برای خدمات اورژانسی و خدمات مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده هر سال تا سقف $50,000 تحت پوشش قرار می گیرید.
برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی	
خط مشاوره پرستار راهنمای تلفنی رایگان و توصیه های پرستاری ارائه شده توسط متخصصین بالینی آموزش دیده. خط مشاوره پرستاری 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته برای کمک به شما در رابطه با پرسش های مرتبط با سلامتتان در دسترس است. از طریق شماره تلفن موجود روی کارت شناسایی تان یا با تماس با خدمات اعضا و درخواست به انتقال به خط مشاوره پرستاری می توانید به این خط مشاوره پرستاری دسترسی پیدا کنید.	$0 سهم بیمار برای خط مشاوره پرستاری.*
مزایای تناسب اندام طرح ما عضویت در یک برنامه تناسب اندام انعطاف پذیر با اعتبار ماهانه برای استفاده در انواع سالن‌های ورزشی بزرگتر یا استودیوهای تناسب اندام محلی را فراهم می‌کند. شما هر ماه 32 اعتبار برای استفاده خواهید داشت. اعتبار می‌تواند برای پوشش عضویت ماهیانه در باشگاه با تعداد جلسات نامحدود و/یا کلاس‌های استودیو تناسب اندام، پک‌های تناسب اندام در خانه و ویدیوهای تناسب اندام استفاده شود. هر گونه اعتبار استفاده نشده از تخصیص ماهانه به ماه بعد منتقل نمی‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد عضویت ورزش و بدنسازی، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وب سایت ما در این آدرس مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA	$0 سهم بیمار برای مزایای ورزش و بدنسازی.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
سیستم پاسخگویی اورژانسی شخصی (PERS) پوشش برای یک دستگاه پاسخ اضطراری پزشکی شخصی در طول عمر و هزینه ماهانه آن. با وجود دستگاه پاسخ اورژانسی پزشکی شخصی می توانید آرامش خاطر داشته باشید و 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته به نیازهای اورژانسی و غیر اورژانسی شما پاسخ داده می شود. اعضا می توانند یک سیستم PERS سنتی «دارای سیم» را انتخاب کنند که از طریق تلفن ثابت متصل می شود، یا یک سیستم بی سیم را انتخاب کنند. برای سیستم‌های دارای سیم، یک تلفن ثابت هم مورد نیاز است. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید.	$0 سهم بیمار برای سیستم پاسخگویی اورژانسی شخصی (PERS) - سیستم هشدار پزشکی.*
خدمات شنوایی ارزیابی های تشخیصی شنوایی و توازن شنوایی که توسط ارائه دهنده انجام می شود تا نیاز شما به درمان پزشکی را مشخص کند در صورتی که توسط پزشک، متخصص سنجش شنوایی، یا سایر ارائه دهندگان ذیصلاح باشد به صورت خدمات سرپایی تحت پوشش قرار می گیرند.	$0 سهم بیمار برای هر معاینه شنوایی تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
طرح ما خدمات شنوایی تکمیلی (یعنی معمول) زیر را نیز پوشش می‌دهد:	**دستگاه های کمک شنوایی (سمعک) تکمیلی (یعنی معمول و روتین):**
• 1 معاینه معمول شنوایی در هر سال.	$0 سهم بیمار در هر سال برای 1 آزمایش معمول شنوایی. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• 1 نصب و ارزیابی سمعک هر سال.	$0 سهم بیمار 1 نصب و ارزیابی سمعک هر سال.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
• 1 سمعک غیرقابل کاشت تا سقف $1,000 برای هر گوش در سال. محدود به 2 سمعک غیرقابل کاشت در سال. مزایا شامل 1 سال گارانتی استاندارد و 1 بسته باتری است. هرگونه هزینه وسایل کمک شنوایی را که از حداکثر مبلغ مزایا در بالا بیشتر شود باید خودتان پرداخت کنید. سمعک (وسیله کمک شنوایی) اضافی تحت پوشش نیست. **خدمات معمول شنوایی باید از یک ارائه‌دهنده داخل شبکه دریافت شود تا تحت‌پوشش طرح قرار گیرد.** برای اطلاعات بیشتر درباره فروشنده سمعک، اطلاعات تماس و مزایا، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وب‌سایت ما در این آدرس بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA **توجه:** پوشش خدمات معمول شنوایی یک مزیت مکمل ارائه شده توسط این طرح است. نه Medicare و نه Medicaid سهم شما از هزینه های این خدمات را پرداخت نمی کنند.	$0 سهم بیمار برای 2 سمعک در هر سال.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
غربالگری HIV برای کسانی که تست غربالگری HIV انجام داده اند یا کسانی که در معرض خطر بالای عفونت HIV هستند، موارد زیر پوشش داده می شود: • یک معاینه غربالگری هر 12 ماه برای زنان باردار، موارد زیر پوشش داده می شود: • حداکثر سه معاینه غربالگری در دوران بارداری	برای اعضای واجد شرایط غربالگری پیشگیرانه HIV تحت پوشش Medicare، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.
خدمات مراقبتی سازمانی در منزل قبل از دریافت خدمات سلامت در منزل، پزشک باید تأیید کند که به خدمات سلامت در منزل نیاز دارید و دستور دریافت این خدمات سلامت در منزل را از طرف ارائه دهنده خدمات مراقبتی سازمانی در منزل صادر کند. برای این منظور باید خانه نشین باشید، به این معنی که خارج شدن از خانه برایتان کار دشواری باشد. خدمات تحت پوشش شامل این موارد است، ولی به آنها محدود نمی شود: • خدمات پرستاری تخصصی یا کمک درمانی در منزل پاره وقت یا ناپیوسته (که تحت مزایای مراقبت درمانی در خانه پوشش داده می شود، باید خدمات پرستاری تخصصی یا کمک درمانی در منزل شما به همراه هم برابر با کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشند.) • ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • لوازم و وسیله‌های پزشکی	$0 سهم بیمار برای هر خدمات مراقبت آژانس سلامت خانگی تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
درمان با تزریق خانگی (HIT) درمان با تزریق خانگی شامل انتقال دارو یا مواد بیولوژیکی به فرد به صورت درون وریدی یا زیرپوستی در منزل است. اقلام مورد نیاز برای تزریق در منزل شامل دارو (مثل ضدویروس، گلوبولین ایمنی)، بعضی تجهیزات (مثل پمپ)، و وسایل (مثل لوله و کاتتر) است. خدمات تحت پوشش شامل این موارد است، ولی به آنها محدود نمی شود: • خدمات حرفه ای شامل خدمات پرستاری با توجه به طرح مراقبتی ارائه می شود • خدمات آموزش و تعلیم بیمار که در مزایای تجهیزات پزشکی بادوام پوشش داده نمی شوند • کنترل و نظارت از راه دور • خدمات کنترل و نظارت برای تزریق و درمان در منزل و داروهای تزریقی که توسط ارائه دهنده واجد شرایط درمان تزریقی در منزل ارائه شده باشد	$0 سهم بیمار برای خدمات حرفه‌ای از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)، ازجمله آموزش و تعلیم خدمات پرستاری، کنترل و نظارت از راه دور، و خدمات کنترل و نظارت. $0 سهم بیمار برای خدمات حرفه ای ارائه شده توسط متخصص، ازجمله خدمات پرستاری، تعلیم و آموزش، خدمات کنترل و نظارت از راه دور. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* تجهیزات و وسیله های تزریق در منزل در مزایای «تجهیزات پزشکی بادوام» (DME) پوشش داده می شوند. برای اطلاع از مبلغ تسهیم هزینه به قسمت «تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه» مراجعه کنید. داروهای تزریق در منزل در مزایای «داروهای تجویزی Medicare Part B» پوشش داده می شوند. برای اطلاع از مبلغ تسهیم هزینه به بخش «داروی تجویزی Medicare Part B» مراجعه کنید.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج وقتی پزشک یا مدیر امور بیماری های لاعلاج (رو به مرگ) پیش‌بینی کنند که بیماری شما لاعلاج است و اگر بیماری تان روند معمولی را طی کند فقط 6 ماه یا کمتر زنده خواهید بود، واجد شرایط مزایای بیماری های لاعلاج هستید. می توانید خدمات درمانی را از هرکدام از برنامه های ویژه بیماری های لاعلاج مورد تأیید Medicare دریافت کنید. طرح ملزم است به شما کمک کند برنامه های ویژه بیماری های لاعلاج مورد تأیید Medicare را در منطقه خدماتی طرح پیدا کنید، ازجمله برنامه هایی که به سازمان MA تعلق دارد، توسط این سازمان کنترل می شود، یا این سازمان عایدات مالی از آن دارد. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند ارائه دهنده شبکه یا ارائه دهنده خارج از شبکه باشد. چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • دارو برای کنترل علائم و تسکین درد • مراقبت تنفسی کوتاه مدت • مراقبت در منزل برای خدمات ویژه بیماری های لاعلاج و خدماتی که تحت پوشش Medicare Part A یا B هستند و مرتبط با پیش بینی مهلک بودن بیماری: Original Medicare (و نه طرح ما) برای خدمات ویژه بیماری های لاعلاج و مرتبط با پیش بینی مهلک بودن بیماری شما به ارائه دهنده خدمات ویژه بیماری های لاعلاج هزینه را پرداخت خواهد کرد. وقتی در برنامه ویژه بیماری های لاعلاج هستید، ارائه دهنده خدمات ویژه بیماری های لاعلاج صورتحساب را برای خدماتی که هزینه اش را Original Medicare پرداخت می کند برای Original Medicare صادر خواهد کرد. شما مبلغ تسهیم هزینه Original Medicare را پرداخت خواهید کرد. برای خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا B که مرتبط با پیش‌بینی مهلک بودن بیماری شما نیستند: اگر به خدمات غیراورژانسی و غیرفوری نیاز دارید که تحت پوشش Medicare Part A یا B هستند و مرتبط با پیش بینی مهلک بودن بیماری شما نیستند، هزینه این خدمات بستگی دارد به اینکه از ارائه دهنده درون شبکه ما استفاده کنید و قوانین طرح را دنبال کنید (برای مثال اگر که لازم باشد مجوز قبلی دریافت کنید). • اگر خدمات تحت پوشش را از ارائه دهنده شبکه دریافت کنید و قوانین موجود را برای دسترسی به این خدمات دنبال کنید، فقط مبلغ تسهیم هزینه را برای خدمات درون شبکه پرداخت خواهید کرد.	وقتی در برنامه ویژه بیماری های لاعلاج مورد تأیید Medicare ثبت‌نام می کنید، هزینه خدمات ویژه بیماری های لاعلاج و خدمات Part A و Part B مرتبط با پیش بینی مهلک بودن بیماری شما را Original Medicare پرداخت می کند نه طرح ما. مبلغ تسهیم هزینه خدمات پزشک ممکن است برای خدمات مشاوره ویژه بیماری های لاعلاج اعمال شود. مراجعه کنید به بخش «خدمات پزشک/کارور پزشکی» این نمودار برای اطلاعات در مورد اشتراک هزینه‌ها.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
• اگر خدمات تحت پوشش را از ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت می کنید، مبلغ تسهیم هزینه را تحت Fee-for-Service Medicare (Original Medicare) پرداخت خواهید کرد برای خمات تحت پوشش طرح ما که توسط Medicare Part A یا B پوشش داده نمی شوند: طرح ما همچنان خدمات تحت پوشش طرح را که توسط Part A یا B پوشش داده نمی شوند، بدون در نظر گرفتن ارتباط آنها با پیش بینی مهلک بودن بیماری شما، تحت پوشش قرار خواهد داد. برای این خدمات، مبلغ تسهیم هزینه طرحتان را پرداخت خواهید کرد. برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای Part D باشند: اگر این داروها بی ارتباط با بیماری لاعلاج شما باشند، خودتان سهم هزینه را پرداخت خواهیدکرد. اگر این داروها مرتبط با بیماری لاعلاج شما باشند، در این صورت Original Medicare مبلغ تسهیم هزینه را پرداخت خواهد کرد. داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 بخش 9.4 *(اگر در یک طرح ویژه بیماری های لاعلاج مورد تأیید Medicare باشید چطور؟)*مراجعه کنید. **توجه:** اگر به خدمات مراقبتی غیر از خدمات ویژه بیماری های لاعلاج نیاز دارید (خدماتی که مرتبط با پیش بینی مهلک بودن بیماری شما نیست)، باید برای هماهنگی خدمات با ما تماس بگیرید. طرح ما خدمات مشاوره بیماری های لاعلاج را برای افراد مبتلا به بیماری های لاعلاج که مزایای بیماری لاعلاج را انتخاب نکرده اند تحت پوشش قرار می دهد (فقط یک بار).	
واکسیناسیون خدمات تحت پوشش Medicare Part B عبارتند از: • واکسن ذات الریه • واکسن آنفولانزا، یک بار در هر فصل آنفولانزا در پاییز و زمستان، همراه با واکسن اضافی آنفولانزا در صورت ضرورت پزشکی • واکسن هپاتیت B اگر در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هپاتیت B هستید • واکسن COVID-19 • سایر واکسن‌ها اگر در معرض خطر هستید و مقررات پوشش Medicare Part B را برآورده می‌کنند. همچنین بعضی از واکسن های تحت مزایای داروهای تجویزی Medicare Part B و Part D خودمان را پوشش می دهیم. طرح ما اکثر واکسن های بزرگسالان در Part D را بدون هیچ هزینه ای برای اعضای 19 ساله و بالاتر پوشش می دهد.	برای واکسن های ذات الریه، آنفلوانزا، هپاتیت B و COVID-19، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد. برای سایر واکسن های تحت پوشش Medicare (اگر در معرض خطر هستید و از قوانین پوشش دهی Medicare Part B پیروی می کنید)، برای اطلاع از مبلغ تسهیم هزینه موجود به قسمت داروهای نسخه دار Medicare Part B در این نمودار مراجعه کنید. *برخی از داروهای Part B برای تحت پوشش قرار گرفتن به مجوز قبلی نیاز دارند.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
خدمات پشتیبانی در خانه اگر برخی شرایط بالینی را دارا باشید، ما دسترسی به خدمات پشتیبانی در خانه را برایتان فراهم می‌کنیم، خدمات شامل نظافت، کارهای خانه و تهیه غذا و همچنین ارائه کمک در انجام فعالیت‌های روزمره می‌باشد. خدمات باید توسط یک پزشک دارای مجوز برنامه یا یک ارائه دهنده برنامه دارای مجوز تجویز یا درخواست شود. شما ممکن است در مدیریت مراقبت باشید یا توسط یک مدیر مراقبت ارزیابی شوید. مدارک یکی از موارد زیر برای خدمات مورد نیاز است: • تشخیص آلزایمر/سایر بیماری‌های زوال عقل • جراحی تعویض مفصل • بهبودی بعد از زمین خوردن • قطع عضو • جراحی آب مروارید / شبکیه / و سایر بیماری های چشم • بیماری قلبی ریوی پیشرفته • سکته • راه رفتن با دستگاه کمکی • اختلال بینایی • بستری شدن های مکرر در بیمارستان • مراجعات مکرر به اورژانس (ER) • دوران پس از جراحی با بیماری‌های مزمن، از جمله یکی از موارد زیر: دیابت، بیماری انسدادی مزمن ریوی COPD، نارسایی احتقانی قلب (CHF)، عفونت دستگاه ادراری (UTI)، بیماری کلیوی، سرطان، یا تشخیص سلامت رفتاری. خدمات به صورت جلسات افزایشی 4 ساعته ارائه خواهد شد با حداکثر 12 ویزیت در سال. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید.	$0 سهم بیمار برای ویزیت ارائه خدمات پشتیبانی در منزل.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان شامل بستری شدن به دلیل بیماری شدید، توان بخشی بیماران بستری، مراقبت طولانی مدت در بیمارستان، و انواع دیگر خدمات بستری در بیمارستان. خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان از همان روزی شروع می شود که شما به طور رسمی به دستور پزشک در بیمارستان پذیرش شده اید. روز قبل از ترخیص، آخرین روز بستری بودن شما است. برای موارد بستری شدن در بیمارستان که تحت پوشش Medicare باشد 90 روز تحت پوشش قرار می‌گیرید. خدمات تحت پوشش شامل این موارد است ولی به آنها محدود نمی شود: • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر از نظر پزشکی ضروری باشد) • خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری عادی • هزینه بخش های مراقبت ویژه (ازجمله بخش مراقبت های ویژه یا بخش های ویژه بیماران قلبی) • داروها • تست‌های آزمایشگاهی • اشعه ایکس و خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی ضروری • استفاده از وسایلی مانند صندلی چرخدار • هزینه خدمات اتاق جراحی و ریکاوری • ورزش درمانی، درمان شغلی، و گفتار درمانی	برای پذیرش تحت پوشش Medicare، در هر پذیرش: $0 سهم بیمار برای هر بار بستری شدن تحت پوشش در بیمارستان. $0 پرداخت مشترک برای هر روز «بستری شدن طولانی مدت». اگر اعضا بیش از تعداد روزهای تحت پوشش طرح در بیمارستان بستری باشند، یعنی «بستری شدن طولانی مدت» و به معنی تعداد روزهایی بیشتر از سقفی است که طرح هزینه آن را پرداخت می کند. اعضا در طول عمرشان می توانند در کل از 60 روز بستری شدن طولانی مدت استفاده کنند. اگر خدمات مورد تأیید بستری را بعد از تثبیت وضعیت اورژانسی تان در بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید، مبلغ تسهیم هزینه شما همان مبلغی است که در بیمارستان درون شبکه پرداخت می کنید. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *تقسیم هزینه از روز اول پذیرش اعمال می‌شود و شامل تاریخ ترخیص نمی‌شود*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
• خدمات اعتیاد بیماران بستری • در بعضی موارد خاص، پیوند عضوهای زیر تحت پوشش خواهند بود: پیوند قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی، و روده/اندام های داخلی. اگر به پیوند نیاز داشته باشید، هماهنگی لازم را انجام می دهیم تا پرونده تان توسط مرکز پیوند مورد تأیید Medicare بررسی شود و تصمیم بگیرد آیا سوژه مناسبی برای پیوند هستید یا خیر. ارائه دهندگان پیوند عضو می‌توانند محلی یا خارج از منطقه خدماتی باشند. اگر خدمات پیوند درون شبکه خارج از منطقه درمانی انجمن باشد، تا زمانی که ارائه دهندگان خدمات پیوند عضو تمایلی به پذیرش نرخ Original Medicare داشته باشند، می توانید به مراکز محلی مراجعه کنید. اگر طرح ما خدمات پیوند عضو را در مکانی خارج از منطقه درمانی پیوند عضو در انجمن شما ارائه کند و بخواهید پیوند عضو در این مکان دور از دسترس انجام شود، هماهنگی لازم را انجام می دهیم یا هزینه اقامت مناسب و جابجایی شما و همراهتان را پرداخت خواهیم کرد. • خون - شامل ذخیره و توزیع. پوشش دهی خدمات مربوط به خون کامل و پک های گلبول قرمز (خون) با اولین نیاز شما به خون شروع می شود. سایر مؤلفه های خونی با شروع استفاده از اولین خون برای شما تحت پوشش قرار می گیرند. • خدمات پزشک **توجه:** برای بستری شدن، ارائه دهنده تان باید دستوری را برای پذیرش رسمی به عنوان بیمار بستری در بیمارستان نوشته باشد. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیماری سرپایی در نظر گرفته شوید. اگر مطمئن نیستید بیمار بستری یا سرپایی هستید، باید از پرسنل بیمارستان سؤال کنید. همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتر را در صفحه اطلاعات Medicare با عنوان *«شما بیمار بستری یا سرپایی هستید؟»*مشاهده کنید. *اگر Medicare دارید - بپرسید!* این صفحه اطلاعات در وب‌سایت در این آدرس در دسترس است: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf . همچنین می توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.	

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
خدمات بستری در بیمارستان روانی خدمات تحت پوشش شامل خدمات درمانی سلامت روان است که به بستری شدن در بیمارستان نیاز دارند. برای موارد بستری شدن تحت پوشش Medicare، برای هر بستری شدن به مدت 90 روز تحت پوشش خواهید بود. برای خدمات بستری سلامت روان که در بیمارستان روانی ارائه می شود، 190 روز محدودیت مادام العمر وجود دارد. محدودیت 190 روزه در مورد خدمات بهداشت روان ارائه شده به بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی اعمال نخواهد شد. اگر از بخشی از مزایای مادام العمر 190 روزه Medicare را قبل از ثبت‌نام در طرح ما استفاده کرده باشید، فقط می توانید برای باقیمانده روزها از پوشش دهی طرح استفاده کنید.	برای پذیرش تحت پوشش Medicare، در هر پذیرش: $0 سهم بیمار برای هر مورد بستری شدن مرتبط با سلامت روان. $0 پرداخت مشترک برای هر روز «بستری شدن طولانی مدت». اگر اعضا بیش از تعداد روزهای تحت پوشش طرح در بیمارستان بستری باشند، یعنی «بستری شدن طولانی مدت» و به معنی تعداد روزهایی بیشتر از سقفی است که طرح هزینه آن را پرداخت می کند. اعضا در طول عمرشان می توانند در کل از 60 روز بستری شدن طولانی مدت استفاده کنند. ممکن است مجوز قبلی لازم باشد. اگر خدمات مورد تأیید بستری را بعد از تثبیت وضعیت اورژانسی تان در بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید، مبلغ تسهیم هزینه شما همان مبلغی است که در بیمارستان درون شبکه پرداخت می کنید.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
بستری شدن: خدمات تحت پوششی که در بیمارستان یا SNF در موارد بستری شدن بدون پوشش دریافت می کنید اگر از مزایای بستری شدنتان استفاده کرده باشید یا اگر موارد بستری شدن ضروری و منطقی نباشند، بستری شدن شما را تحت پوشش قرار نمی دهیم. اما در بعضی موارد هزینه بعضی خدمات خاص را که در حین اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاران باتجربه (SNF) دریافت می‌کنید پوشش می دهیم. خدمات تحت پوشش شامل این موارد است ولی به آنها محدود نمی شود: • خدمات پزشک • آزمایش های تشخیصی (مانند تست های آزمایشگاهی) • عکسبرداری ایکس ری (x-ray)،، رادیوم، و ایزوتوپ درمانی شامل مواد و خدمات تکنسین • پانسمان جراحی • تخته شکسته بندی، گچ گیری، و سایر وسیله های استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی • وسیله های پروتز و اُرتز (بجز دندانپزشکی) که جایگزین بخشی از عضو یا کل عضو است (شامل بافت مجاور)، یا جایگزین همه یا بخشی از کارکرد عضوی است که به طور دائمی کارآیی خود را از دست داده، یا عضو داخلی بدن که مانند قبل کارآیی ندارد، ازجمله تعویض یا تعمیر چنین وسیله هایی • ساپورت پا، بازو، کمر و گردن، فتق بند، پا، بازو و چشم مصنوعی، شامل تنظیم، تعمیر و تعویض ضروری به واسطه شکستگی، فرسودگی، از بین رفتن یا تغییر در وضعیت بیمار • فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی	خدمات تحت پوشش همچنان با مبلغ های تسهیم هزینه که در نمودار مزایا برای آن خدمات خاص مشخص شده است تحت پوشش خواهند بود.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
وعده غذایی **وعده های غذایی بعد از وضعیت حاد:** • برای اعضایی که از یک مرکز بستری (بیمارستان، مرکز پرستاری تخصصی، یا توانبخشی بستری) ترخیص می شوند، این طرح حداکثر 3 وعده غذایی در روز به مدت 14 روز و در مجموع 42 وعده غذایی را بدون هیچ هزینه ای ارائه می دهد. شما ممکن است انتخاب کنید که وعده‌های غذایی تازه منجمد، وعده‌های غذایی ثابت در قفسه، یا یک مورد از شیک‌های تغذیه‌ای را دریافت کنید. می‌توانید ترکیبی از وعده‌های غذایی و شیک‌ها را تا سقف مزایای خود، با حداکثر یک مورد شیک در هر دفعه، دریافت کنید.	$0 سهم بیمار برای هر وعده های غذایی بعد از وضعیت حاد که از نظر پزشکی ضروری باشد، یا شیک تحت پوشش طرح.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
درمان تغذیه پزشکی این مزایا برای کسانی است که دیابت و بیماری مجاری ادراری (کلیه) (اما دیالیز نمی شوند) دارند، یا به دستور پزشک برای بیمارانی که قبلاً پیوند کلیه انجام داده اند. در سال اول دریافت خدمات درمان تغذیه تحت Medicare، ما 3 ساعت مشاوره حضوری (این مورد شامل طرح ما و هر طرح Medicare Advantage دیگر یا Original Medicare می شوند)، یا 2 ساعت در هر سال بعد از این مدت را پوشش می دهیم. اگر وضعیت، درمان یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعات درمان بیشتری را با دستور پزشک دریافت کنید. پزشک باید این خدمات را تجویز کند و در صورتی که درمان شما در سال بعدی لازم باشد، هر سال دستور تجویزی را تمدید کند.	برای خدمات درمان تغذیه پزشکی تحت پوشش Medicare، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.
برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (MDPP) خدمات MDPP برای افراد ذینفع و واجد شرایط Medicare در همه طرح های سلامت Medicare پوشش داده می شود. MDPP یک برنامه تداخل سازمان یافته تغییر سلامت رفتاری است که در کنار تغییر رژیم غذایی در طولانی مدت به شما تمرین های فیزیکی می دهد، فعالیت فیزیکی را افزایش می دهد، و راهکارهای حل مشکل را برای کنار آمدن با چالش های کاهش وزن و حفظ آن و همچنین حفظ سبک زندگی سالم ارائه می کند.	برای مزایای MDPP، هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
داروی تجویزی Medicare Part B این داروها تحت پوشش Original Medicare Part B هستند. پوشش این داروها برای اعضای طرح ما از طریق طرح ارائه می شود. خدمات تحت پوشش عبارتند از: • داروهایی که معمولاً شخصاً توسط بیمار تزریق نمی شوند و هنگام دریافت خدمات در مطب پزشک، به صورت سرپایی در بیمارستان، یا در مرکز جراحی سرپایی تزریق می شوند. • انسولین در کنار تجهیزات پزشکی بادوام (مثل پمپ انسولین که از نظر پزشکی ضروری است) ارائه می شود • داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند نبولایزر) مصرف می کنید که به توسط طرح تأیید شده اند • عوامل لخته خون که به خودتان تزریق می‌کنید در صورتیکه مبتلا به هموفیلی باشید • داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی، اگر در هنگام پیوند اندام در Medicare Part A عضو باشید • اگر خانه نشین هستید، شکستگی استخوان دارید و پزشک تأیید می کند مربوط به پوکی استخوان پس از یائسگی است و نمی توانید خودتان دارو را تزریق کنید • آنتی‌ژن‌ها • برخی داروی خوراکی ضدسرطان و داروهای ضد تهوع • بعضی از داوهای خاص برای دیالیز در منزل، از جمله هپارین، آنتیدوت برای هپارین (در صورت داشتن ضرورت پزشکی)، بی حسی موضعی و عوامل محرک خون سازی (مثل Epogen®، Procrit®، Epoetin Alfa، Aranesp® یا Darbepoetin Alfa) • ایمونوگلوبولین وریدی برای درمان خانگی بیماری های اختلال نقص ایمنی	ممکن است برخی داروها مشمول درمان مرحله‌ای باشند: $0 سهم بیمار برای داروهای انسولین Medicare Part B. $0 سهم بیمار برای دیگر داروهای Part B تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *تسهیم هزینه انسولین مشمول $35 سقف سهم بیمار برای یک ماه عرضه انسولین می‌شود.** $0 سهم بیمار برای داروهای شیمی درمانی Part B تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
لینک زیر شما را به فهرستی از داروهای Part B که ممکن است مشمول درمان مرحله‌ای باشند هدایت می‌کند: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html. همچنین بعضی از واکسن های تحت مزایای داروهای تجویزی Part B و Part D خودمان را پوشش می دهیم. در فصل 5 مزایای داروهای تجویزی Part D، ازجمله قوانینی که باید برای پوشش دهی این داروهای نسخه ای دنبال کنید توضیح داده شده اند. مبالغی که باید برای داروهای نسخه ای Part D در طرح ما پرداخت کنید در فصل 6 توضیح داده شده است.	
مزایای مشاوره تغذیه/رژیم جلسه های مشاوره توسط متخصص تغذیه یا رژیم درمانی مورد تأیید را برای بررسی تغییر رفتاری که سبب بهبود بیماری تان می شود در صورتی که از طرف پزشک نسخه داشته باشید پوشش می دهیم. مشاوره تغذیه یک اقدام حمایتی برای تعیین اولویت ها، تعیین اهداف و ایجاد طرح های اقدام فردی است که باعث شناخت و تقویت مسئولیت های فرد در مراقبت از خودش می شود. می توانید از طریق تلفن یا آنلاین با استفاده از Teladoc که ارائه دهنده خدمات ویزیت مجازی طرح ما است به این خدمات اضافی دسترسی داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر یا تعیین وقت ملاقات، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-800-835-2362 (TTY: 711) با Teladoc تماس بگیرید.	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت مشاوره فردی برای تغذیه/رژیم درمانی.*
غربالگری چاقی و درمان برای کمک به کاهش وزن ماندگار اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر است، ما هزینه مشاوره برای کاهش وزن شما را پرداخت می کنیم. اگر در مرکز ارائه خدمات مراقبت اولیه باشید و هماهنگی با طرح پیشگیری جامع شما انجام شود، این مشاوره تحت پوشش خواهد بود. برای کسب اطلاعات بیشتر با پزشک/کارور پزشکی ارائه دهنده مراقبت های اولیه خودتان صحبت کنید.	برای غربالگری پیشگیری از چاقی و درمان آن هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
خدمات برنامه درمان مواد مخدر اعضای طرح ما که دچار اختلال سوء مصرف مواد مخدر (OUD) هستند می توانند خدمات مربوط به درمان OUD را از طریق «برنامه درمان سوء مصرف مواد مخدر» (OTP) دریافت کنند که شامل خدمات زیر می شود: • U.S. سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA)، درمان دارویی (MAT) آگونیست آنتاگونیست مواد مخدر را تأیید می کند • پخش و توزیع داروهای MAT (در صورت امکان) • مشاوره درباره مصرف مواد • درمان انفرادی و گروهی • آزمایش سم شناسی • فعالیت‌های مصرفی • ارزیابی‌های دوره‌ای	$0 سهم بیمار برای خدمات درمان اعتیاد مواد مخدر تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
آزمایش های تشخیصی و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی خدمات تحت پوشش شامل این موارد است، ولی به آنها محدود نمی شود:	
• اشعه ایکس	$0 سهم بیمار برای عکس‌برداری اشعه ایکس تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و خدمات تکنسین	$0 سهم بیمار برای خدمات رادیولوژی درمانی تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• لوازم جراحی از قبیل پانسمان • تخته شکسته بندی، گچ گیری، و سایر وسیله های استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی	$0 سهم بیمار برای تجهیزات پزشکی تحت پوشش Medicare ازجمله تخته شکسته بندی و گچ‌گیری. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
• تست های آزمایشگاهی	$0 سهم بیمار برای هر کدام از خدمات آزمایشگاهی تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• خون - شامل ذخیره و توزیع. پوشش دهی خدمات مربوط به خون کامل و پک های گلبول قرمز (خون) با اولین نیاز شما به خون شروع می شود. سایر مؤلفه های خونی با شروع استفاده از اولین خون برای شما تحت پوشش قرار می گیرند.	$0 سهم بیمار برای خدمات خون تحت پوشش Medicare:
• سایر آزمایش های تشخیصی سرپایی - خدمات تشخیصی غیر رادیولوژی (مثل آزمایش حساسیت یا EKG)	$0 سهم بیمار برای اقدامات و آزمایش‌های تشخیصی (مثل آزمایش حساسیت یا EKG) تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• سایر آزمایش های تشخیصی سرپایی (شامل آزمایش های کامل CT، MRI، MRA، SPECT) خدمات رادیولوژی تشخیصی بجز ایکس ری (x-ray) روی صفحه صاف.	$0 سهم بیمار برای خدمات رادیولوژی تشخیصی تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* اگر چندین خدمات را از یک دسته خدمات در یک روز در یک مرکز دریافت کنید، مسئول پرداخت حداکثر مبلغ سهم بیمار برای آن دسته خدمات در آن مکان خواهید بود. با این حال، اگر مزایا یک خدمات شامل سهم بیمار (مبلغ دلار ثابت) است و مزایای خدمات دیگر شامل بیمه مشترک (درصد از هزینه مجاز) باشد، ممکن است از شما خواسته شود که هم سهم بیمار و هم بیمه مشترک را بپردازید.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
معاینه بیمارستانی سرپایی خدمات معاینه به خدمات بیمارستانی سرپایی گفته می شود که برای تعیین نیاز شما به بستری شدن یا ترخیص انجام می شود. برای اینکه خدمات معاینه بیمارستانی سرپایی تحت پوشش باشند، باید از شرایط لازم Medicare پیروی کنید و این کار منطقی و ضروری تشخیص داده شود. خدمات معاینه فقط زمانی تحت پوشش هستند که بیمار به دستور پزشک یا فرد دیگری که براساس قوانین صدور مجوز ایالتی و آیین نامه پرسنل بیمارستان مجاز به ارائه خدمات باشد در بیمارستان بستری شود، یا دستور انجام آزمایش های بستری را داده باشد. **نکته:** بجز در مواردی که ارائه دهنده دستور کتبی برای پذیرش شما را به عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما بیمار سرپایی محسوب می شوید و مبلغ تسهیم هزینه برای خدمات سرپایی در بیمارستان را پرداخت خواهید کرد. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیماری سرپایی در نظر گرفته شوید. اگر مطمئن نیستید بیمار سرپایی باشید، باید از پرسنل بیمارستان سؤال کنید. همچنین می توانید اطلاعات بیشتر را در صفحه اطلاعات Medicare با عنوان «*شما بیمار بستری یا سرپایی هستید؟*»مشاهده کنید. *اگر Medicare دارید - بپرسید!* این صفحه اطلاعات در وب‌سایت در این آدرس در دسترس است: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf . همچنین می توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت خدمات معاینه تخت پوشش Medicare. برای داروهای تجویزی Medicare Part B هزینه های اضافی لحاظ می شود.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی ما هزینه خدمات ضروری پزشکی که در بخش بیماران سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحت دریافت می‌کنید را می پردازیم. خدمات تحت پوشش شامل این موارد است، ولی به آنها محدود نمی شود: • خدمات در بخش اورژانسی یا درمانگاه بیماران سرپایی مانند خدمات معاینه یا جراحی سرپایی • بیمارستان برای آزمایشگاه و آزمایش های تشخیصی صورتحساب صادر می کند • مراقبت سلامت روان شامل مراقبت در طرح نیمه بستری در صورتی که پزشک تأیید کند بدون این اقدام، باید درمان به صورت بستری انجام شود • صورتحساب بیمارستان برای پرتوبرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم پزشکی مانند تخته شکسته بندی و گچ گیری • بعضی داروهایی که نمی توانید مصرف کنید **نکته:** بجز در مواردی که ارائه دهنده دستور کتبی برای پذیرش شما را به عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما بیمار سرپایی محسوب می شوید و مبلغ تسهیم هزینه برای خدمات سرپایی در بیمارستان را پرداخت خواهید کرد. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیماری سرپایی در نظر گرفته شوید. اگر مطمئن نیستید بیمار سرپایی باشید، باید از پرسنل بیمارستان سؤال کنید. همچنین می توانید اطلاعات بیشتر را در صفحه اطلاعات Medicare با عنوان *«شما بیمار بستری یا سرپایی هستید؟»* مشاهده کنید. اگر *Medicare دارید* - *بپرسید!* این صفحه اطلاعات در وب‌سایت در این آدرس در دسترس است: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf . همچنین می توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.	شما مبلغ تسهیم هزینه قابل اعمال که در نمودار مزایای پزشکی برای این خدمات خاص عنوان شده است را پرداخت می کنید. اگر چندین خدمات را از یک دسته خدمات در یک روز در یک مرکز دریافت کنید، مسئول پرداخت حداکثر مبلغ سهم بیمار برای آن دسته خدمات در آن مکان خواهید بود. با این حال، اگر مزایا یک خدمات شامل سهم بیمار (مبلغ دلار ثابت) است و مزایای خدمات دیگر شامل بیمه مشترک (درصد از هزینه مجاز) باشد، ممکن است از شما خواسته شود که هم سهم بیمار و هم بیمه مشترک را بپردازید.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
مراقبت سلامت روان به صورت سرپایی چند نمونه از خدمات تحت پوشش: خدمات سلامت روان ارائه شده توسط روانپزشکی یا پزشک مورد تأیید ایالتی، روانشناس بالینی، مددکار اجتماعی بالینی، متخصص پرستاری بالینی، مشاور حرفه ای دارای مجوز (LPC)، درمانگر دارای مجوز در مسائل ازدواج و خانواده (LMFT)، پزشک پرستار (NP)، دستیار پزشک (PA) یا سایر متخصصین ارائه دهنده خدمات سلامت روان مورد تأیید Medicare که بر اساس قوانین ایالتی قابل اجرا مجاز باشند.	
• خدمات ارائه شده توسط روانپزشک	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت درمان فردی با روان‌پزشک تحت پوشش Medicare. $0 سهم بیمار برای هر ویزیت درمان گروهی با روان‌پزشک تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• خدمات ارائه شده توسط سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت روان	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت درمان فردی با سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت روان تحت پوشش Medicare. $0 سهم بیمار برای هر ویزیت درمان گروهی با سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت سلامت روان تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
خدمات توانبخشی سرپایی خدمات تحت پوشش عبارتند از: فیزیوتراپی، درمان شغلی، و گفتار درمانی. خدمات توانبخشی سرپایی در مراکز مختلف سرپایی مانند بخش‌های سرپایی بیمارستانی، مطب‌های پزشک مستقل، و مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORFs) ارئه می‌شود.	

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
• خدمات ارائه شده توسط فیزیوتراپ	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت فیزیوتراپی تحت پوشش Medicare *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• خدمات ارائه شده توسط کار درمان گر	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت کار درمانی تحت پوشش Medicare *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• خدمات ارائه شده توسط گفتاردرمان گر	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت گفتار درمانی زبان تحت پوشش Medicare *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
خدمات سرپایی مربوط به سوء مصرف مواد چند نمونه از خدمات تحت پوشش: خدمات مربوط به درمان اختلال مصرف مواد مخدر مانند جلسه های درمانی انفرادی و گروهی که توسط پزشک، روانشناس بالینی، مددکار اجتماعی بالینی، متخصص پرستاری بالینی، پزشک پرستار، دستیار پزشک یا سایر متخصصین یا برنامه های مراقبت از سلامت روان که مورد تأیید Medicare هستند و بر اساس قوانین ایالتی مجاز به ارائه خدمات هستند.	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت درمان انفرادی تحت پوشش Medicare $0 سهم بیمار برای هر ویزیت درمان گروهی تحت پوشش Medicare *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
جراحی سرپایی، شامل خدمات ارائه شده در مراکز بیمارستانی سرپایی و مراکز جراحی سرپایی **توجه:** اگر در بیمارستان جراحی دارید، باید درباره اینکه بیمار سرپایی یا بستری محسوب می شوید با ارائه دهنده خدماتتان صحبت کنید. بجز در مواردی که ارائه دهنده دستور کتبی برای پذیرش شما را به عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما بیمار سرپایی محسوب می شوید و مبلغ تسهیم هزینه برای جراحی سرپایی در بیمارستان را پرداخت خواهید کرد. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیماری سرپایی در نظر گرفته شوید. • خدمات ارائه شده در بیمارستان سرپایی	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت تحت پوشش Medicare در مرکز بیمارستانی سرپایی. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
• خدمات ارائه شده در مرکز جراحی سرپایی	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت تحت پوشش Medicare در مرکز جراحی سرپایی. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
اقلام بدون نسخه (OTC) برای اطلاعات بیشتر درباره مزایای اقلام و داروهای بدون نسخه (OTC) به قسمت Wellcare Spendables™ در این نمودار مراجعه کنید.	
خدمات بستری جزئی و خدمات سرپایی ویژه بستری شدن جزئی، بخشی از یک برنامه ساختاریافته در درمان فعال روانپزشکی است که به صورت خدمات سرپایی بیمارستانی یا در مرکز سلامت روان انجمن ارائه می شود. این خدمات جدی تر از خدمات درمانی است که در مطب پزشک یا مطب تراپیست (درمانگر) دریافت می کنید، و جایگزین بستری شدن در بیمارستان است. خدمات سرپایی ویژه یک برنامه ساختاریافته از درمان فعال سلامت رفتاری (روانی) است که در بخش سرپایی بیمارستان، یک مرکز بهداشت روان اجتماعی، یک مرکز بهداشتی واجد شرایط فدرال، یا یک کلینیک بهداشت روستایی ارائه می‌شود که شدیدتر از مراقبت‌های دریافتی شما در مطب دکتر یا محل درمانگر است اما شدت کمتری نسبت به بستری شدن جزئی دارد.	$0 سهم بیمار برای هر روز برای برنامه سرپایی ویژه بستری شدن جزئی در بیمارستان تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
خدمات پزشک/کارور پزشکی شامل ویزیت در مطب پزشک چند نمونه از خدمات تحت پوشش:	
• خدمات جراحی یا خدمات مراقبت پزشکی که از نظر پزشکی ضرورت دارند و در مطب پزشک توسط ارائه دهنده مراقبت های اولیه انجام می شوند	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت در مطب PCP تحت پوشش Medicare.
• خدمات مراقبت پزشکی که از نظر پزشکی ضرورت دارند یا خدمات جراحی که در مراکز جراحی سرپایی مورد تأیید و بخش بیماران سرپایی بیمارستان یا هر مکان دیگری انجام می شوند.	برای اطلاع از انواع مبالغ تسهیم هزینه برای ویزیت در مرکز جراحی سرپایی یا در بخش بیماران سرپایی بیمارستان به «جراحی سرپایی» در بخش های قبلی این نمودار مراجعه کنید.
• مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت متخصص تحت پوشش Medicare *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
• سایر متخصصان مراقبت از سلامت	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت توسط متخصصان مراقبت از سلامت. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• معاینات شنوایی و توازن شنوایی که توسط PCP یا متخصص انجام می شود، در صورتی که برای تشخیص درمان پزشکی مورد نیازتان توسط پزشکتان تجویز شده باشد.	$0 سهم بیمار برای خدمات مربوط به شنوایی تحت پوشش Medicare: *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• بعضی از خدمات سلامت از راه دور ازجمله: خدمات مورد نیاز فوری، خدمات سلامت در منزل، پزشک مراقبت های 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 و خدمات سرپایی مربوط به سوء مصرف مواد، و آموزش مدیریت شخصی دیابت. ○ شما می‌توانید این خدمات را از طریق مراجعه حضوری یا از راه دور دریافت کنید. اگر انتخاب کنید که یکی از این خدمات مشاوره را از طریق تلفنی دریافت کنید، باید از یکی از ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه استفاده کنید که این خدمات را به روش «سلامت از راه دور» ارائه می دهد.	$0 سهم بیمار برای ویزیت مجازی انجام شده از طریق Teladoc. **لطفا توجه کنید:** مبلغ $0 سهم بیمار عنوان شده در بالا فقط زمانی اعمال می‌شود که خدمات از طریق Teladoc دریافت شوند. اگر خدمات را به صورت فردی (حضوری) و به صورت سلامت از راه دور از ارائه دهنده شبکه دریافت کنید و ویزیت به صورت مجازی نباشد، مبلغ تسهیم هزینه فهرست شده برای این ارائه دهندگان را همانطور که در نمودار مزایا عنوان شده است پرداخت خواهید کرد (مثلاً اگر خدمات سلامت از راه دور را از PCP دریافت کنید، مبلغ تسهیم هزینه PCP را پرداخت خواهید کرد). *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• 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 نگرانی ها/سؤالات سلامت ارائه می‌دهد. خدمات تحت پوشش شامل پزشکی عمومی، سلامت رفتاری، پوست و غیره است. ویزیت مجازی (که با عنوان مشاوره از راه دور نیز شناخته می شود)، ویزیت توسط پزشک از طریق تلفن یا اینترنت با استفاده از تلفن هوشمند، تبلت، یا کامپیوتر است. برخی از انواع ویزیت ها ممکن است به اینترنت و یک دستگاه مجهز به دوربین نیاز داشته باشند. برای اطلاعات بیشتر یا تعیین وقت ویزیت، 24 ساعت شبانه روز و 7روز هفته از طریق شماره 1-800-835-2362 (TTY: 711) با Teladoc تماس بگیرید.	
• برخی از خدمات سلامت از راه دور عبارتند از مشاوره، تشخیص و درمان توسط پزشک یا متخصص برای بیماران در برخی مناطق روستایی یا سایر مکان‌های مورد تأیید Medicare	

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
• خدمات سلامت از راه دور برای ویزیت های ماهیانه مرتبط با بیماری کلیوی مرحله نهایی برای اعضایی که خدمات دیالیز در منزل دریافت می کنند در یک مرکز دیالیز کلیه بیمارستانی یا بیمارستانی با دسترسی در مواقع حساس، و مرکز دیالیز کلیه • خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم یک حمله قلبی، صرف نظر از موقعیت مکانی شما • خدمات سلامت از راه دور برای اعضای مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد مخدر یا اختلال سلامت روان به صورت همزمان، بدون در نظر گرفت مکان • خدمات درمانی از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان در موارد زیر: ○ شما ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید ○ در حین دریافت این خدمات از راه دور، هر 12 ماه یک بار یک ویزیت حضوری دارید ○ در شرایط خاص می‌توان در موارد فوق استثنا قائل شد • خدمات سلامت از راه دور برای ویزیت های سلامت روان که توسط «کلینیک های سلامت روستایی و مراکز سلامت واجد شرایط فدرال» ارائه می شوند	
• پذیرش مجازی (مثلا از طریق تلفن یا گفتگوی ویدیویی) با پزشک برای 5 تا 10 دقیقه **به شرط:** ○ بیمار جدید نباشید **و** ○ پذیرش با یک ویزیت حضوری در 7 روز گذشته مربوط نباشد **و** ○ پذیرش به یک ویزیت حضوری در 24 ساعت پس از آن یا نزدیکترین وقت ملاقات موجود منتهی نشود	شما مبلغ تسهیم هزینه مربوط به ارائه دهنده را پرداخت خواهید کرد (همانطور که در قسمت «خدمات پزشک/کارور پزشکی شامل ویزیت در مطب پزشک» در بالا توضیح داده شده است).
• ارزیابی ویدیو و/یا تصاویر ارسالی شما برای پزشک و توضیح و پیگیری از سوی پزشک ظرف 24 ساعت، **به شرط:** ○ بیمار جدید نباشید **و** ○ ارزیابی با یک ویزیت حضوری در 7 روز گذشته مربوط نباشد **و** ○ ارزیابی به یک ویزیت حضوری در 24 ساعت پس از آن یا نزدیکترین وقت ملاقات موجود منتهی نشود	شما مبلغ تسهیم هزینه مربوط به ارائه دهنده را پرداخت خواهید کرد (همانطور که در قسمت «خدمات پزشک/کارور پزشکی شامل ویزیت در مطب پزشک» در بالا توضیح داده شده است).

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
• مشاوره پزشکتان با سایر پزشکان از طریق تلفن، اینترنت، یا بررسی سوابق سلامت الکترونیکی	شما مبلغ تسهیم هزینه مربوط به ارائه دهنده را پرداخت خواهید کرد (همانطور که در قست «خدمات پزشک/کارور پزشکی شامل ویزیت در مطب پزشک» در بالا توضیح داده شده است).
• نظر دوم (ثانویه) توسط یک ارائه دهنده دیگرِ شبکه قبل از انجام عمل جراحی	شما مبلغ تسهیم هزینه مربوط به ارائه دهنده را پرداخت خواهید کرد (همانطور که در قست «خدمات پزشک/کارور پزشکی شامل ویزیت در مطب پزشک» در بالا توضیح داده شده است).
• مراقبت های غیرمعمول (روتین) دندانپزشکی (خدمات تحت پوشش محدود به جراحی فک یا ساختارهای مربوطه، ترمیم شکستگی فک یا استخوان های صورت، کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک، یا خدماتی که در صورت ارائه توسط پزشک تحت پوشش قرار می گیرند)	$0 سهم بیمار برای هر خدمات دندانپزشکی تحت پوشش Medicare: *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* علاوه بر مبلغ تسهیم هزینه عنوان شده در بالا، برای خدماتی که تحت پوشش Medicare هستند برای تجهیزات و وسیله های پزشکی بادوام، دستگاه ها و لوازم پروتز، آزمایش های تشخیصی سرپایی، و خدمات درمانی، عینک و لنز بعد از جراحی آب مروارید، داروهای تجویزی Part D و Medicare Part B همانطور که در نمودار مزایا توصیف شده است،سهم بیمه و/یا بیمه مشترک لحاظ می شود.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
خدمات پاپزشکی چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی برای موارد جراحت و بیماری پا (مانند انگشت چکشی یا خار پاشنه پا) • مراقبت های معمول پا برای اعضایی که شرایط خاصی دارند که بر قسمت پایینی پا تأثیر می گذارد	$0 سهم بیمار برای خدمات امراض پا تحت پوشش Medicare: *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
سایر خدمات تحت پوشش (ادامه): • خدمات تکمیلی درمان پا (بدون پوشش Medicare) محدود به 12 ویزیت در هر سال است. **توجه:** پوشش خدمات تکمیلی پاپزشکی (بدون پوشش Medicare)، یک مزیت مکمل ارائه شده توسط این طرح است. نه Medicare و نه Medicaid سهم شما از هزینه های این خدمات را پرداخت نمی کنند.	$0 سهم بیمار برای هرمکمل ویزیت امراض پا (بدون پوشش Medicare).* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
معاینات تشخیص سرطان پروستات برای مردان 50 سال به بالا، ما هزینه خدمات زیر را برای یک بار در هر 12 ماه پرداخت می کنیم: • معاینه دیجیتال راست روده • آزمایش آنتی ژن ویژه پروستات (PSA)	$0 سهم بیمار برای معاینه سالانه دیجیتال رکتال تحت پوشش Medicare. برای آزمایش سالیانه PSA هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
دستگاه‌های پروتز و لوازم مربوطه دستگاه هایی که جایگزین کل یا بخشی از اعضای بدن یا عملکرد و کارآیی آن عضو می شوند (بجز اقلام مرتبط با دندان). این موارد را شامل می شود اما محدود به اینها نیست: کیسه کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی، دستگاه تنظیم کننده ضربان قلب، بریس (ساپورت)، کفش های پروتزی، پای مصنوعی، و پروتز سینه (شامل سینه بند (سوتین) بعد از جراحی برداشت سینه (پستان)). بعضی تجهیزات خاص مرتبط با دستگاه های پروتز و تعمیر و/یا تعویض دستگاه های پروتز را شامل می شود. همچنین بعد از تخلیه آب مروارید یا جراحی آب مروارید، بعضی از موارد پوشش داده می شوند - برای جزئیات بیشتر بعداً به قسمت «**مراقبت های بینایی**» در این بخش مراجعه کنید.	$0 سهم بیمار برای پروتز یا ارتز تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 سهم بیمار برای تجهیزات پزشکی مرتبط با دستگاه‌های پروتز تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
خدمات توانبخشی ریوی برنامه های جامع توانبخشی ریوی برای اعضایی که بیماری انسداد ریوی (COPD) از نوع متوسط تا بسیار مزمن دارند و دستور توانبخشی ریوی از طرف پزشک معالج بیماری ریوی مزمن برای آنها صادر شده است، تحت پوشش خواهد بود.	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت خدمات توانبخشی ریوی تحت پوشش Medicare.
غربالگری و مشاوره برای کاهش موارد سوء مصرف الکل برای هر فرد بزرگسال که Medicare داشته باشد (ازجمله زنان باردار) و دچار سوء مصرف الکل باشد، اما معتاد به الکل نباشد، یک غربالگری بررسی سوء مصرف الکل پوشش داده می شود. اگر غربالگری شما برای بررسی سوء مصرف الکل مثبت باشد، می توانید حداکثر 4 جلسه کوتاه مشاوره رو در رو (به شرطی که در طول جلسه مشاوره هوشیار باشید) در سال را با ارائه دهنده خدمات مراقبت های اولیه یا کارور پزشک در مرکز ارائه خدمات اولیه داشته باشید.	برای مزایای پیشگیری شامل غربالگری و مشاوره برای کاهش موارد سوء مصرف الکل، هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
غربالگری برای سرطان سینه با توموگرافی کامپیوتری با دوز پایین (LDCT) برای افراد واجد شرایط، LDCT هر 12 ماه تحت پوشش قرار می گیرد. **اعضای واجد شرایط عبارتند از:** افراد 50 تا 77 ساله که هیچ علائم یا نشانه ای از سرطان سینه ندارند، اما سابقه مصرف دخانیات را به تعداد حدقل 20 بسته در سال دارند، کسانی که در حال حاضر دخانیات مصرف می کنند یا در 15 سال گذشته ترک کرده اند، کسانی که در حین مشاوره غربالگری سرطان ریه و در جلسه های مشترک تصمیم گیری که منطبق با معیارهای Medicare برای چنین ویزیت هایی است و توسط پزشک یا کارور غیرپزشک اما مورد تأیید دستور کتبی برای LDCT دریافت کرده اند. *برای غربالگری های سرطان ریه LDCT بعد از غربالگری اولیه LDCT:* عضو باید دستور کتبی برای غربالگری سرطان LDCT دریافت کند که این دستور ممک است در هر جلسه ویزیت مربوطه با پزشک یا کارور غیرپزشک اما مورد تأیید ارائه شود. اگر پزشک یا کارور غیرپزشک اما مورد تأیید، ویزیت مشاوره غربالگری سرطان ریه تصمیم گیری مشترک را برای غربالگری های بعدی سرطان سینه با LDCT پیشنهاد کند، این ویزیت باید منطبق با معیارهای Medicare برای چنین جلسه هایی باشد.	برای ویزیت مشاوره و تصمیم گیری مشترک یا برای LDCT تحت پوشش Medicare هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
غربالگری برای عفونت های مقاربتی (STI) و مشاوره برای پیشگیری از STI ما غربالگری های عفونت های مقاربتی (STI) را برای بیماری های کلامیدیا، سوزاک، سفلیس و هپاتیت B پوشش می دهیم. اگر آزمایش ها توسط ارائه دهنده مراقبت های اولیه تجویز شده باشد، این غربالگری ها برای زنان باردار و بعضی افراد خاص که در معرض خطر بالای عفونت مقاربتی هستند تحت پوشش قرار می گیرد. ما هزینه این آزمایشات را هر 12 ماه یا در زمان‌های خاص در طول بارداری پوشش می‌دهیم. ما همچنین هر سال حداکثر دو جلسه حضوری مشاوره رفتاری فشرده 20 تا 30 دقیقه ای را برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض خطر بالای ابتلا به بیماری های مقاربتی هستند پوشش می دهیم. ما این خدمات مشاوره را در صورتی که توسط ارائه دهنده مراقبت های اولیه ارائه شود و در مرکز ارائه مراقبت های اولیه مانند مطب پزشک انجام شود، فقط به صورت خدمات پیشگیری پوشش می دهیم.	برای مزایای پیشگیری غربالگری STI و مشاوره برای STI هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
خدمات مربوط به درمان بیماری های کلیه چند نمونه از خدمات تحت پوشش:	
• خدمات آموزشی بیماری کلیه برای آموزش مراقبت کلیه و کمک به اعضا برای تصمیم گیری های آگاهانه درباره مراقبت از خودشان. برای اعضایی که در مرحله چهارم بیماری مزمن کلیه هستند و توسط پزشک ارجاع شده اند، حداکثر شش جلسه خدمات آموزشی مربوط به بیماری کلیوی را به صورت مادام العمر (یک بار برای تمام طول عمر) پوشش می دهیم.	$0 سهم بیمار برای خدمات آموزشی مربوط به بیماری کلیوی تحت پوشش Medicare.
• درمان های دیالیز سرپایی، (از جمله درمان های دیالیز زمانی که به طور موقت خارج از منطقه خدماتی هستند، همانطور که در فصل 3 توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه دهنده این خدمات به طور موقت در دسترس نباشد یا غیرقابل دسترسی است)	$0 سهم بیمار برای درمان‌های دیالیز سرپایی کلیه تحت پوشش Medicare.
• درمان های دیالیز بیماران بستری (اگر به عنوان بیمار بستری برای مراقبت ویژه در بیمارستان پذیرش شده باشید)	برای اطلاع از مبلغ تسهیم هزینه مربوط به درمان دیالیز به صورت بستری به «خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان» مراجعه کنید.
• آموزش دیالیز توسط بیمار (شامل آموزش برای شما و هر کسی که به شما در مورد درمان دیالیز در منزل کمک می کند)	$0 سهم بیمار برای آموزش شخصی دیالیز تحت پوشش Medicare.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
• وسیله‌ها و لوازم دیالیز در منزل	$0 سهم بیمار برای تجهیزات دیالیز بادوام تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 سهم بیمار برای اقلام دیالیز تحت پوشش Medicare *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• بعضی خدمات حمایتی در منزل (مانند ویزیت های ضروری توسط مددکاران آموزش دیده دیالیز برای بررسی دیالیز شمادر منزل، برای کمک در موارد اورژانسی، و برای بررسی وسایل دیالیز و تجهیزات آب) بعضی داروهای خاص برای دیالیز تحت مزایای داروی Medicare Part B پوشش داده می شوند. برای اطلاع از پوشش دهی داروهای Part B به بخش **داروهای تجویزی Medicare Part B** مراجعه کنید.	$0 سهم بیمار برای خدمات حمایت در خانه تحت پوشش Medicare.
مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF) (برای مشاهده تعریف مرکز پرستاری تخصصی به فصل 12 این راهنما مراجعه کنید. بعضی مواقع به مرکز پرستاری تخصصی، SNF گفته می شود.)	برای پذیرش تحت پوشش Medicare، در هر پذیرش: $0 سهم بیمار برای هر بستری در مرکز پرستاری تخصصی تحت پوشش Medicare. بعد از روز 100، کلیه هزینه ها را برای هر روز پرداخت خواهید کرد.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
برای هر بار پذیرش/بستری شدن، به مدت 100 روز تحت پوشش خواهید بود. به اقامت قبلی در بیمارستان نیازی نیست. خدمات تحت پوشش شامل این موارد است ولی به آنها محدود نمی شود: • اتاق‌های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورتی که از نظر پزشکی لازم باشد) • خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری تخصصی • ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی • داروهایی که به عنوان بخشی از طرح مراقبتتان دریافت می کنید (شامل موادی که به طور طبیعی در بدن وجود دارند مانند عوامل لخته شدن خون.) • خون - شامل ذخیره و توزیع. پوشش دهی خدمات مربوط به خون کامل و پک های گلبول قرمز (خون) با اولین نیاز شما به خون شروع می شود. سایر مؤلفه های خونی با شروع استفاده از اولین خون برای شما تحت پوشش قرار می گیرند. • وسیله های پزشکی و جراحی به طور معمول توسط SNF ارائه می شوند • تست های آزمایشگاهی به طور معمول توسط SNF ارائه می شوند • عکسبرداری ایکس ری (x-ray) و سایر خدمات رادیولوژی به طور معمول توسط SNF ارائه می شوند • استفاده از وسایلی مانند صندلی چرخدار به طور معمول توسط SNF ارائه می شوند • خدمات پزشک/کارور پزشکی شما معمولاً خدمات SNF را از مراکز شبکه دریافت می‌کنید. اما در بعضی شرایط خاص که در زیر فهرست شده است و اگر مرکز مورد نظرتان مبلغ پرداختی طرح ما را بپذیرد، ممکن است بتوانید خدمات درمانی را از مرکزی دریافت کنید که ارائه دهنده شبکه نیست. • خانه های سالمندان (آسایشگاه) یا مراکز بازنشستگی با خدمات مراقبتی مداوم که قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می کردید (تا زمانی که مراقبت مرکز پرستاری تخصصی را ارائه کند) • مرکز SNF که همسر شما یا همخانه قانونی تان هنگامی که بیمارستان را ترک می کنید در آنجا زندگی می کند	*ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
ترک سیگار و دخانیات (مشاوره برای ترک سیگار یا مصرف دخانیات) اگر از دخانیات استفاده می کنید اما علائمی از بیماری های مرتبط با دخانیات ندارید: مشاوره برای دو بار ترک دخانیات را هر 12 ماه به عنوان خدمات پیشگیری به صورت رایگان ارائه می کنیم. هر جلسه مشاوره شامل چهار ویزیت رو در رو می‌باشد. اگر از دخانیات استفاده می کنید و تشخیص داده شده که به بیماری مربوط به دخانیات مبتلا هستید، یا دارویی را مصرف می کنید که ممکن است دخانیات بر آن تأثیر داشته باشد: خدمات مشاوره ترک مصرف دخانیات را پوشش می دهیم. هر 12 ماه دو بار مشاوره برای ترک دخانیات را پوشش می دهیم، اما خودتان باید مبلغ تسهیم هزینه قابل اعمال را پرداخت کنید. هر جلسه مشاوره شامل چهار ویزیت رو در رو می‌باشد.	برای مزایای پیشگیری ترک مصرف سیگار دخانیات، هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
سایر دفعات ترک سیگار/دخانیات: تا حداکثر 5 بار ویزیت مشاوره ترک دخانیات اضافی توسط طرح ما پوشش داده می شود. ویزیت ها توسط متخصصین آموزش دیده ارائه می شود و شامل راهنمایی در مراحل مختلف تغییر، برنامه ریزی، مشاوره، و آموزش است. این مزایا فقط از طریق Teladoc که ارائه دهنده ویزیت مجازی ما است ارائه می شود. برای اطلاعات بیشتر یا تعیین وقت ملاقات، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-800-835-2362 (TTY: 711) با Teladoc تماس بگیرید. شما همچنین می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وب‌سایت ما به این آدرس بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.	$0 سهم بیمار برای سایر جلسه های ترک سیگار/دخانیات.*

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
ورزش درمانی تحت نظارت (SET) SET برای اعضایی که بیماری سرخرگ محیطی (PAD) همراه با علائم را دارند پوشش داده می شود. تا 36 جلسه در مدت زمان 12 هفته در صورتی که همه شرایط الزامی برنامه SET را داشته باشید. طرح SET باید شرایط زیر را داشته باشد: • شامل جلسه های 30 تا 60 دقیقه ای باشد، ترکیبی از برنامه تمرین ورزشی (درمانی) برای PAD در بیماران دچار مشکل «لنگیدن» (claudication) باشد • این طرح در بخش بیماران سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک ارائه شود • درمان توسط پرسنل کمکی مورد تأیید و افرادی که برای ورزش درمانی برای PAD آموزش دیده اند انجام شود و اطمینان حاصل شود که مزایای این کار بیشتر از ضرر آن برای بیمار است • تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک، یا پزشک پرستار/ متخصص پرستاری بالینی باشد که برای روش های احیای اولیه و پیشرفته آموزش دیده باشند در صورتی که از نظر پزشکی ضروری باشد و ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت این امر را تأیید کند، SET ممکن است بیش از 36 جلسه را در طول 12 هفته برای 36 جلسه بیشتر از دوره زمانی تمدید شده را پوشش دهد.	$0 سهم بیمار برای هر ویزیت ورزش درمانی تحت نظارت تحت پوشش Medicare.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
خدمات حمل و نقل (علاوه بر خدمات معمول) طرح ما هر سال در کل 24 مورد حمل و نقل و جابجایی زمینی غیر اورژانسی یک طرفه را در منطقه خدماتی ما تحت پوشش قرار می دهد. 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. حمل و نقل (که «سفر» نیز نامیده می‌شود) به 75 مایل، یک طرفه، و حداکثر چهار سفر یک طرفه در روز محدود می‌شوند، مگر اینکه از قبل توسط طرح 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 دردسترس بودن آن است. حمل و نقل شامل تاکسی، خودروی سواری، ون ویلچردار، و خدمات اشتراکی سواری (مانند Uber یا Lyft) برای رفع نیازهای سلامتی شما هستند. برای اینکه تحت پوشش این طرح قرار بگیرید، باید از مزایا برای رفتن به مراکز درمانی استفاده کنید. در حکل و نقل ممکن است چندین سرنشین به طور همزمان حضور داشته باشند و ممکن است در طول سفر در مکان‌هایی غیر از مقصد عضو توقف صورت گیرد. حتماً به نیازهای اضافی مانند استفاده از ویلچر یا اولویت‌هایی مانند نیاز به زمان اضافی برای رسیدن به وسیله نقلیه هنگام رزرو اشاره کنید.	$0 سهم بیمار برای هر سفر*. یک «سفر»، حمل‌ونقل یک‌طرفه با تاکسی، ون یا خدمات سواری اشتراکی به مکان مراقبت‌های سلامت در نظر گرفته می‌شود. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
خدمات مورد نیاز فوری خدمات مورد نیاز فوری برای درمان شرایط پزشکی غیراورژانسی، بیماری های غیرقابل پیش بینی، یا شرایطی که به مراقبت پزشکی فوری نیاز دارد اما با توجه به شرایط شما امکان دریافت خدمات از ارائه دهنده درون شبکه وجود ندارد یا چنین کاری منطقی نیست. اگر با توجه به شرایطتان دریافت فوری خدمات مراقبت پزشکی از ارائه دهنده درون شبکه منطقی نباشد، طرح خدمات مورد نیاز فوری را از ارائه دهنده خارج از شبکه پوشش می دهد. این خدمات باید واقعا به صورت فوری مورد نیاز باشد و ضرورت پزشکی داشته باشند. نمونه هایی از خدمات مورد نیاز فوری که طرح در صورت دریافت از خارج شبکه پوشش می دهد عبارتند از: اگر موقتاً خارج از منطقه خدماتی طرح باشید و برای وضعیت پزشکی غیرقابل پیش بینی به خدمات پزشکی فوری نیاز پیدا کنید اما از نظر پزشکی وضعیتتان اورژانسی نباشد؛ یا اگر با توجه به شرایط شما دریافت خدمات پزشکی از ارائه دهنده درون شبکه منطقی نباشد. مبلغ تسهیم هزینه برای خدمات فوری ضروری که خارج از شبکه ارائه می شوند مبلغی یکسان با خدمات ارائه شده در شبکه است.	$0 سهم بیمار برای ویزیت خدمات فوری تحت پوشش Medicare.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
خدمات فوری ضروری خارج از ایالات متحده تحت پوشش هستند.	$100 سهم بیمار برای خدمات فوری ضروری خارج از ایالات متحده.* حتی اگر تا 24 ساعت بعد از همین وضعیتتان در بیمارستان پذیرش شوید، باید این مبلغ را پرداخت کنید. برای خدمات اورژانسی و خدمات مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده هر سال تا سقف $50,000 تحت پوشش قرار می گیرید.
مراقبت های بینایی چند نمونه از خدمات تحت پوشش:	
• خدمات پزشکی سرپایی برای تشخیص و درمان بیماری ها و جراحت های چشمی، ازجمله درمان دژنراسیون ماکولا در اثر کهولت سن. Original Medicare معاینه معمولی چشم (ریفرکشن یا توان بازشکنی چشم) را برای عینک/لنز پوشش نمی دهد	$0 سهم بیمار برای تمام معاینات چشمی دیگر برای تشخیص و درمان بیماری‌های چشم. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• 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 می کنیم. افرادی که در معرض افزایش خطر آب سیاه قرار دارند: افرادی که سابقه خانوادگی آب سیاه دارند، افراد دیابتی، نژاد سیاهپوستان آمریکایی که 50 ساله یا بیشتر سن دارند، و آمریکایی های هیسپانیک که 65 ساله یا بیشتر سن دارند	$0 سهم بیمار برای غربالگری گلوکوم تحت پوشش Medicare.
• برای افراد دیابتی، غربالگری برای رتینوپاتی دیابت هر سال یک بار تحت پوشش است	$0 سهم بیمار برای معاینه شبکیه برای اعضای مبتلا به دیابت تحت پوشش Medicar *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• یک عینک یا لنز چشمی بعد از هر جراحی آب مروارید که شامل قرار دادن لنز مصنوعی در چشم است (اگر دو عمل جداگانه آب مروارید داشته باشید، بعد از جراحی اول نمی توانید مزایا را رزرو کنید و بعد از جراحی دوم دو عینک بخرید.)	$0 سهم بیمار برای عینک و لنز تحت پوشش Medicare: ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
علاوه بر این، طرح ما خدمات بینایی تکمیلی (به عنوان مثال، خدمات بینایی معمول) زیر را پوشش می‌دهد: • 1 بار معاینه معمول چشم در هر سال. معاینه معمول چشم شامل آزمایش گلوکوم برای افرادی که در معرض خطر ابتلا به گلوکوم هستند و معاینه شبکیه برای بیماران دیابتی است. • تعداد نامحدود عینک طبی هر سال تا حداکثر مزایای $300 در هر سال. عینک تحت پوشش شامل هر یک از موارد زیر است: ○ عینک (قاب و لنز) یا ○ فقط لنز عینک یا ○ فقط فریم عینک یا ○ لنزهای تماسی به جای عینک یا ○ بروزرسانی سخت افزار بینایی **توجه:** هزینه نصب لنز تحت پوشش این طرح است. حداکثر $300 پوشش مزایای طرح هر سال برای خرید فریم و/یا لنز (شامل موارد مرتبط با لنز مثل رنگ و روکش محافظ). برای هر هزینه ای که بیشتر از سقف مزایای تکمیلی (معمول و روتین) عینک یا لنز باشد باید خودتان مبلغ مازاد را پرداخت کنید. عینک‌های تحت پوشش Medicare در حداکثر مزایای تکمیلی(یعنی معمولی) گنجانده نشده است. اعضا نمی توانند از مزایای عینک و لنز تکمیلی برای افزایش پوشش خود روی عینک و لنز تحت پوشش Medicare استفاده کنند.	**خدمات بینایی تکمیلی (مثل خدمات معمول و روتین):** $0 سهم بیمار برای 1 معاینه معمول چشم در هر سال.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 سهم بیمار برای عینک و لنز.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
توجه: پوشش خدمات معمول بینایی نوعی مزایای تکمیلی ارائه شده توسط این طرح است. نه Medicare و نه Medicaid سهم شما از هزینه های این خدمات را پرداخت نمی کنند. خدمات بینایی باید از طریق شبکه بینایی طرح دریافت شده باشد. اگر درباره نحوه یافتن ارائه دهنده سؤالی دارید یا به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وب سایت ما در این آدرس مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.	

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
ویزیت پیشگیری Welcome to Medicare طرح هزینه یک بار ویزیت پیشگیرانه پیشگیری *Welcome to Medicare* را پوشش می دهد. این ویزیت شامل بررسی وضعیت سلامت، همچنین آموزش و مشاوره درباره خدمات پیشگیری مورد نیاز شما (شامل غربالگری ها و واکسیناسیون های خاص)، و همچنین ارجاع برای دریافت خدمات مراقبتی لازم است. **مهم:** ویزیت به *Welcome to Medicare* را فقط در 12 ماه اول عضویت در Medicare Part B پوشش می دهیم. در زمان تعیین وقت ملاقات، به مطب پزشک اطلاع دهید که می خواهید ویزیت پیشگیری به *Welcome to Medicare* را نیز تعیین کنید.	برای ویزیت پیشگیری به *Welcome to Medicare* هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
• EKG تحت پوشش Medicare پس از خدمات پیشگیری *Welcome to Medicare*.	$0 سهم بیمار برای هر EKG تحت پوشش Medicare پس از خدمات پیشگیری *Welcome to Medicare*.
Wellcare Spendables™ شما **ماهیانه $75** دریافت خواهید کرد که روی کارت Wellcare Spendables™ شما از قبل بارگذاری شده است. حداکثر مزایای سالانه $900 است. • کمک هزینه ماهیانه **در صورت عدم استفاده به ماه بعد منتقل می شود و در پایان سال منقضی می‌شود.**	برای کارت Wellcare Spendables™ هیچگونه بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا کسورات وجود ندارد. از مبلغ کمک هزینه می توانید برای مزایای زیر استفاده کنید: - اقلام بدون نسخه (OTC) - غذای سالم - پرداخت هزینه سوخت در پمپ بنزین - کمک هزینه پرداخت صورتحساب ها - کمک هزینه پرداخت کرایه هزینه ارسال برای خریدهای بیشتر از $35 رایگان است. برای خرید درون فروشگاهی هیچ حداقل شرایط الزامی وجود ندارد.

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
کمک هزینه اضافه شده به کارت را می توانید برای موارد زیر مصرف کنید: **اقلام و داروهای بدون نسخه (OTC)** از کارتتان می توانید در مکان های فروش حاضر در طرحیا برنامه تلفن همراه استفاده کنید، یا برای ثبت سفارش و تحویل در منزل به پورتال عضویتتان مراجعه کنید. اقلام تحت پوشش عبارتند از: • اقلام و داروهای برند و ژنریک بدون نیاز به نسخه • ویتامین ها، مسکن، داروهای سرماخوردگی و آلرژی، اقلام مربوط به دیابت • از اسکنر بارکد درون برنامه برای پیدا کردن اقلام مورد تأیید در فروشگاه ها استفاده کنید، به پورتال عضویتتان بروید، یا می توانید به کاتالوگ مراجعه کنید. **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. **به دلیل اینکه طرح شما در برنامه «طراحی بیمه مبتنی بر ارزش» شرکت کرده است، شما می توانید از موجودی Wellcare Spendables™ خودتان برای هرکدام از مزایای زیر استفاده کنید:** **غذای سالم** می‌توانید از کارت خود برای غذاها و محصولات سالم در خرده‌فروشی‌ها طرف قرارداد 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: • گوشت و مرغ • میوه ها و سبزیجات • نوشیدنی‌های مغذی • از اسکنر بارکد درون برنامه‌ای خود برای یافتن اقلام تایید شده در مکان‌های خرده فروشی استفاده کنید، به پورتال اعضا وارد شوید یا به کاتالوگ خود مراجعه کـ**نید.** **پرداخت هزینه سوخت در پمپ بنزین** می توانید از کارت خود برای پرداخت مستقیم هزینه بنزین در پمپ بنزین استفاده کنید. از کارت نمی توانید برای پرداخت حضوری در صندوق نقدی استفاده کنید. از این کارت فقط می توانید تا سقف مجاز موجودی تان برای بنزین زدن استفاده کنید.	

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
کمک هزینه خدمات شهری می‌توانید از کارت خود برای کمک به پرداخت هزینه‌های خدمات شهری خانه خود استفاده کنید. به پورتال اعضا وارد شوید یا هزینه‌های ارائه‌دهندگان خدمات شهری را مستقیماً جایی که پرداخت پذیرفته می‌شود پرداخت کنید. نمی‌توان از کارت برای تنظیم پرداخت‌های مکرر خودکار استفاده کرد. هزینه‌های تایید شده برای این مزیت عبارتند از: • خدمات برق، گاز، نظافت/زباله و آب • خدمات تلفن ثابت و تلفن همراه • خدمات اینترنت • تلویزیون کابلی (به استثنای خدمات پخش اینترنتی) • برخی هزینه‌های سوخت، مانند نفت برای گرمایش **کمک اجاره** می‌توانید از کارت خود در پرداخت هزینه اجاره خانه خود استفاده کنید. برای پرداخت به ارائه‌دهندگان وارد پورتال اعضا شوید یا به صورت مستقیم به ارائه‌دهندگانی که پرداخت را می‌پذیرند، پرداخت کنید.	

خدماتی که برای شما تحت پوشش هستند	**آنچه شما باید بپردازید** وقتی این خدمات را دریافت می‌کنید
نحوه استفاده از کارت: 1. قبل از استفاده کارت خود را فعال کنید. دستورالعمل ها در نامه ای که همراه با کارت دریافت کرده اید موجود است. 2. به یک خرده‌فروش عضو طرح مراجعه کنید، به لینک پورتال فهرست شده در زیر وارد شوید، یا برنامه تلفن همراه را دانلود کنید. 3. موارد/خدمات مورد تایید خود را انتخاب کنید. 4. به تسویه‌حساب خرده‌فروش بروید و با کارت Wellcare Spendables™ خود پرداخت کنید. برای سفارش های آنلاین یا از طریق برنامه تلفن همراه، شماره کارتتان را در محل محاسبه و پرداخت وارد کنید. 5. کارت شما یک کارت اعتباری نیست، اما ممکن است به عنوان «اعتبار» برای پرداخت در صندوق پرداخت به کار رود. اگر از شما خواسته شد، کد پین را که 4 رقم آخر شماره کارت است وارد کنید. **توجه:** • بعد از استفاده از کمک هزینه، برای هزینه باقیمانده خریدهایتان باید شخصاً خودتان پرداخت کنید. • اقلام خریداری شده در فروشگاه را می‌توانید با توجه به قوانین مربوط به تعویض و پس دادن برگردانید. • اگر کارتتان درست کار نمی‌کند یا در صورت بروز مشکل فنی، لطفاً با شماره زیر با ما تماس بگیرید. • Wellcare مسئولیتی در قبال کارت های گم شده یا دزدیده شده ندارد. • کارت Wellcare Spendables™ فقط برای استفاده شخصی شما است، قابل فروش یا انتقال نیست و ارزش نقدی ندارد. • ممکن است محدودیت ها و ممنوعیت هایی اعمال شود. • این نوعی از مزایای Medicaid نیست. **برای اطلاعات بیشتر درباره کارت Wellcare Spendables™ یا برای درخواست کاتالوگ، با شماره** 1-855-744-8550، TTY: 711 تماس بگیرید. ساعات کاری: 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، ساعت 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. **همچنین می‌توانید از این وب‌سایت به صورت آنلاین دیدن کنید:** member.membersecurelogin.com.	

بخش 3 کدام خدمات خارج از طرح تحت پوشش هستند؟

بخش 3.1 خدماتی که تحت پوشش طرح نیستند

بعضی از خدمات تحت پوشش Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) نیستند اما از طریق California Medi-Cal (Medicaid) قابل دسترسی هستند. اگر سؤالی درباره کمک و حمایت دریافتی از California Medi-Cal (Medicaid) دارید، روزهای دوشنبه تا جمعه به وقت اقیانوس آرام (PT) از ساعت 8 صبح تا 5 عصر از طریق شماره 1-800-541-5555 با California Medi-Cal (Medicaid) تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید.

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
- دنچرهای کامل و جزئی، تنظیمات، ترمیم‌ها و ریلاین

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

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 بگیرید. این تماس رایگان است.

بخش 4 کدام خدمات تحت پوشش طرح نیستند؟

بخش 4.1 خدماتی که تحت پوشش طرح نیستند (موارد استثنا)

در این بخش درباره خدماتی که مستثنی هستند توضیح داده می شود.

در جدول زیر درباره بعضی از خدمات و اقلام که تحت هیچ شرایطی تحت پوشش طرح نیستند، یا فقط در شرایطی خاص تحت پوشش طرح قرار می گیرند توضیح داده شده است.

اگر خدمات مستثنی شده (مواردی که تحت پوشش نیستند) را دریافت می کنید، باید خودتان هزینه آن را بپردازید بجز در شرایطی خاص که در زیر ارائه شده است. حتی اگر خدمات مستثنی شده را در مراکز اورژانسی دریافت کنید، این خدمات همچنان تحت پوشش نیستند و طرح ما هزینه آنها را پرداخت نمی کند. تنها استثنا زمانی است که خدمات مورد بررسی قرار بگیرند و تصمیم جدیدی گرفته شود: بعد از بررسی خدمات پزشکی که به خاطر وضعیت خاص شما باید هزینه آن را پرداخت می کردیم یا تحت پوشش قرار می دادیم. (برای اطلاع از نحوه درخواست بررسی برای تصمیم ما نسبت به عدم پوشش دهی خدمات پزشکی، به فصل 9 بخش 6.3 این دفترچه راهنما مراجعه کنید.)

خدماتی که تحت پوشش Medicare نیستند	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند	فقط در شرایطی خاص تحت پوشش قرار می گیرند
جراحی یا اقدامات زیبایی		• در صورتی تحت پوشش هستند که به دلیل جراحت ناشی از تصادف یا برای بهبود عملکرد عضوی از بدن باشد که شکل ظاهری معمولی اش را از دست داده است. • برای همه مراحل ترمیم و بازسازی بعد از ماستکتومی (برداشتن) سینه، و همچین برای ایجاد تقارن در شکل سینه هایی که تحت عمل قرار گرفته اند تحت پوشش است.
مراقبت غیرپزشکی مراقبت غیرپزشکی به مراقبت شخصی گفته م یشود که نیاز به توجه مداوم پرسنل پزشکی و پیراپزشکی تعلیم دیده وجود ندارد، مانند خدمات مراقبتی برای کمک به شما در انجام زندگی روزمره، مانند حمام کردن و لباس پوشیدن.	**تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند**	
خدمات مراقبتی دندانپزشکی مانند: • خدمات تشخیصی • اندودنتیکس (درمان ریشه) • پریودنتیکس (بافت های پیرامون دندان) • کشیدن دندان	**تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند**	

خدماتی که تحت پوشش Medicare نیستند	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند	فقط در شرایطی خاص تحت پوشش قرار می گیرند
عمل های جراحی و عمل های پزشکی تجربی، تجهیزات و داروهای مربوطه. روندها و اقلام تجربی شامل اقلام و روندهایی است که به تشخیص Original Medicare به طور کلی در انجمن پزشکی پذیرفته نیست.		• ممکن است در صورت تأیید پژوهش مطالعاتی بالینی توسط Medicare یا طرح، توسط Original Medicare پوشش داده شوند. (برای کسب اطلاعات در مورد پژوهش های تحقیقاتی بالینی به فصل 3، بخش 5 مراجعه کنید.)
هزینه های دریافت شده از بستگان نزدیک شما یا اعضای خانواده تان.	**تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند**	
مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل شما.	**تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند**	
غذاهای تحویل داده شده در منزل		✓
خدمات خانه داری شامل کمک در کارهای ابتدایی منزل، مانند کارهای سبک خانه یا تهیه غذا.		✓
خدمات متخصص طب سنتی (استفاده از درمان های طبیعی یا جایگزین).	**تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند**	
مراقبت غیر روتین (غیرمعمول) دندانپزشکی		• خدمات مراقبتی برای درمان جراحتی یا بیماری ممکن است به صورت مراقبت بستری یا سرپایی تحت پوشش قرار بگیرد.
کفش های ارتوپدی یا وسیله های کمکی برای پا		• کفش‌هایی که بخشی از بریس (ساپورت) پا هستند و مبلغ آن در هزینه بریس لحاظ شده است. کفش های ارتوپدی یا طبی برای افراد مبتلا به بیماری پای دیابتی.

خدماتی که تحت پوشش Medicare نیستند	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند	فقط در شرایطی خاص تحت پوشش قرار می گیرند
اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی، مانند تلفن یا تلویزیون.	**تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند**	
اتاق خصوصی در بیمارستان.		• فقط زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد تحت پوشش هستند.
کراتوتومی رادیال (برش شعاعی قرنیه)، جراحی LASIK و سایر وسایل کمکی کم بینایی.	**تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند**	
معکوس سازی روال های عقیم سازی و/یا لوازم جلوگیری از بارداری بدون نسخه.	**تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند**	
درمان‌های معمول دندان‌پزشکی، مانند جرم‌گیری.	**تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند**	
خدماتی که با توجه به استانداردهای Original Medicare منطقی و ضروری نیستند	**تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند**	

فصل 5:

استفاده از پوشش طرح برای داروهای تجویزی Part D

چطور می توانید اطلاعاتی درباره هزینه داروها کسب کنید؟

به دلیل اینکه برای Medicaid واجد شرایط هستید، واجد شرایط دریافت «Extra Help» از Medicare هستید و این کمک هزینه را برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی دریافت می کنید. به دلیل اینکه در برنامه «Extra Help» هستید **بعضی از اطلاعات در این گواهی پوشش دهی درباره هزینه های داروهای تجویزی Part D ممکن است برای شما اعمال نشود.** ما یک الحاقیه جداگانه با عنوان *«الحاقیه گواهی پوشش دهی برای افرادی که Extra Help برای پرداخت هزینه داروهای نسخه ای دریافت می کنند»* برایتان ارسال می کنیم (همچنین به آن «الحاقیه یارانه افراد کم درآمد» یا «الحاقیه LIS») نیز گفته می شود می شود که درباره پوشش داروهابه شما اطلاع می دهد. اگر این الحاقیه را ندارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید «الحاقیه LIS» برایتان ارسال شود. (شماره تلفن خدمات اعضا در پشت جلد این دفترچه راهنما درج شده است.)

بخش 1 مقدمه

در این فصل درباره **قوانین مربوط به استفاده از پوشش داروهای Part D توضیح داده می شود.** برای اطلاع از مزایای داروی Medicare Part B و مزایای داروی بیماری های لاعلاج به فصل 4 مراجعه کنید.

علاوه بر داروهای تحت پوشش Medicare، بعضی از داروهای تجویزی نیز به موجب مزایای California Medi-Cal (Medicaid) برای شما تحت پوشش هستند. برای اطلاع درباره پوشش دارویی California Medi-Cal (Medicaid) با خدمات اعضات تماس بگیرید.

بخش 1.1 قوانین اولیه برای پوشش داروی Part D در طرح

این طرح به طور کلی تا زمانی که از این قوانین اولیه تبعیت کنید، داروهایتان را پوشش می دهد:

- باید از یک ارائه دهنده (پزشک، دندانپزشک، یا هر تجویزکننده دیگری) بخواهید برایتان نسخه بنویسد که باید طبق قانون قابل اجرا ایالتی معتبر باشد.
- تجویزکننده نباید در فهرست های موارد استثنا یا پیشگیری Medicare باشد.
- معمولاً برای پیچیدن نسخه خود باید از یک داروخانه داخل شبکه استفاده کنید. (به بخش 2، *دریافت داروی نسخه در داروخانه شبکه یا از طریق خدمات سفارش پستی طرح*مراجعه کنید.
- دارویتان باید در *فهرست داروهای تحت پوشش (لیست دارو)* (که به آن به صورت کوتاه «لیست دارو» می گوییم) طرح باشد. (به بخش 3، *داروهایتان باید در «لیست دارو» در طرح باشد*) مراجعه کنید.
- داروی شما باید برای عارضه پزشکی پذیرفته‌شده مصرف شود. «موارد مصرف پزشکی پذیرفته شده» یعنی استفاده از دارویی که توسط سازمان غذا و دارو تأیید شده است، یا مورد تأیید مراجع پزشکی خاصی قرار گرفته است. (برای اطلاعات بیشتر درباره مصرف داروی پذیرفته شده به بخش 3 مراجعه کنید.)

بخش 2 دریافت داروی نسخه در داروخانه شبکه یا از طریق خدمات سفارش پستی طرح

بخش 2.1 استفاده از داروخانه شبکه

در اکثر مواقع، نسخه های شما *تنها* در صورتی تحت پوشش قرار می گیرند که در یکی از داروخانه های شبکه ما تهیه شوند. (برای اطلاعات بیشتر درباره اینکه ما چه زمانی داروهای تهیه شده تجویزی در داروخانه‌های خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم به بخش 2.5 مراجعه کنید.)

«داروخانه شبکه» به داروخانه ای گفته می شود که با طرح قرارداد دارد تا داروهای تجویزی تحت پوشش شما را ارائه کند. عبارت «داروهای تحت پوشش» به معنی همه داروهای تجویزی Part D در «لیست دارو» در طرح است.

بخش 2.2 داروخانه های شبکه

چطور می توانید داروخانه شبکه را در منطقه تان پیدا کنید؟

برای یافتن یک داروخانه شبکه می توانید به *فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها*مراجعه کنید، از وب‌سایت ما (www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید، یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

شما می‌توانید به هر کدام از داروخانه‌های شبکه ما مراجعه کنید.

اگر داروخانه مورد استفاده تان از شبکه خارج شد چطور؟

اگر داروخانه مورد استفاده شما شبکه این طرح را ترک کند، باید یک داروخانه جدید را در طرح پیدا کنید. برای یافتن یک داروخانه دیگر در منطقه خودتان، می توانید از خدمات اعضا کمک بگیرید، یا از *فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها*استفاده کنید. همچنین می توانید این اطلاعات را در وب‌سایت ما در این آدرس پیدا کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

اگر به داروخانه تخصصی نیاز داشته باشید باید چه کار کنید؟

بعضی مواقع نسخه‌ها باید در داروخانه تخصصی تهیه شوند. برخی از داروخانه‌های تخصصی:

- داروخانه‌هایی که داروهایی را برای تزریق در منزل تأمین می‌کنند.
- داروخانه هایی که داروهایی را برای ساکنین مراکز مراقبت طولانی مدت (LTC) ارائه می کند. معمولاً مرکز LTC (مانند خانه سالمندان) داروخانه های خودش را دارد. اگر مشکلی در دسترسی به مزایای Part D در مرکز LTC داشتید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروخانه‌هایی که برنامه خدمات سلامت سرخپوستان / برنامه سلامت قبیله‌ای/ شهری سرخپوستان را ارائه می‌کنند (که در Puerto Rico موجود نیست). به غیر از موارد اورژانسی، فقط بومیان آمریکایی یا بومیان Alaska می‌توانند از این داروخانه‌ها در شبکه ما استفاده کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهایی را که توسط FDA محدود شده‌اند به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا داروهایی که نیاز به رسیدگی خاص، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد استفاده از آنها دارند. (**توجه**: این سناریو به ندرت اتفاق می افتد.)

برای یافتن داروخانه تخصصی، به *فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

بخش 2.3 استفاده از خدمات سفارش پستی طرح

برای انواع خاصی از داروها، می توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح استفاده کنید. معمولاً داروهایی از طریق سفارش پستی موجود هستند که مرتباً برای بیماری حاد یا بیماری های مزمن مدت مصرف می کنید. داروهایی که از طریق سرویس سفارش پستی طرح در دسترس نیستند در «لیست دارو» با علامت «**NM**» مشخص شده اند.

با خدمات سفارش پستی طرح ما می توانید **برای حداکثر 100 روز مصرف**دارو دریافت کنید.

برای دریافت فرم های سفارش و اطلاعات مربوط به دریافت داروهای تجویزی از طریق پست، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با خدمات اعضا و خدمات سفارش پستی به شماره 1-833-750-0201 (TTY: 711) تماس بگیرید. یا در این سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx.

اگر از داروخانه سفارش پستی استفاده می کنید که در شبکه طرح نیست، نسخه تان تحت پوشش نخواهد بود.

معمولاً سفارش داروخانه های پستی در کمتر از 14 روز برایتان ارسال می شود. اما بعضی مواقع ممکن است سفارش پستی نسخه با تأخیر همراه باشد. برای داروهایی که طولانی مدت مصرف می کنید و فوراً به آنها نیاز دارید، از پزشکتان بخواهید دو نسخه بنویسد: یک نسخه برای 30 روز دوز دارو که در داروخانه حاضر در طرح دریافت می کنید، و دیگری برای دوز مصرف طولانی مدت که از طریق پست دریافت خواهید کرد. اگر سفارش پستی داروی تجویزی تأخیر دارد و مشکلی در دریافت دوز مصرفی 30 روزه در داروخانه حاضر در طرح دارید، از داروخانه محل فروش دارو بخواهید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته برای دریافت کمک و راهنمایی از طریق شماره 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252) با مرکز خدمات ارائه دهنده ما تماس بگیرید. اعضا می توانند 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-833-750-0201 (TTY: 711) با خدمات اعضا تماس بگیرند. یا در این سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx

نسخه های جدیدی که داروخانه مستقیماً از مطب پزشک شما دریافت می کند.
در موارد زیر داروخانه به طور خودکار نسخه های جدیدی را که از ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت دریافت می کند آماده می کند و تحویل می دهد، بدون اینکه ابتدا با شما هماهنگ کند:

- اگر در گذشته از خدمات سفارش پستی با طرح ما استفاده کرده باشید، یا
- برای تحویل خودکار تمام نسخه های جدیدی که مستقیماً از ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت دریافت می کنید ثبت‌نام کرده باشید. در هر زمان از 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق تماس با سفارش پستی خدمات اعضا به شماره 1-833-750-0201، (TTY: 711) درخواست کنید تحویل دارو به صورت خودکار برای همه نسخه‌های جدید انجام شود. یا در این سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx.

اگر دارویی را به صورت خودکار از طریق پست دریافت می کنید اما چنین درخواستی نداشته اید و قبل از ارسال با شما تماس گرفته نشده است تا تأیید کنید، می توانید درخواست برگشت هزینه را داشته باشید.

اگر از پست سفارشی در گذشته استفاده کرده اید و نمی خواهید داروخانه به صورت خودکار نسخه های جدید را برایتان ارسال کند، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق تماس با سفارش پستی خدمات اعضا به شماره 1-833-750-0201، (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. یا در این سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx.

اگر هرگز از تحویل سفارش پستی ما استفاده نکرده اید و/یا تصمیم به توقف دریافت خودکار داروی نسخه های جدید گرفته اید، داروخانه هر بار که نسخه جدیدی از یک ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت دریافت می کند با شما تماس می گیرد تا ببیند آیا می خواهید دارو فوراً ارسال شود یا خیر. مهم است که هر بار که از طرف داروخانه با شما تماس گرفته می شود پاسخ دهید و اطلاع دهید که آیا داروی نسخه جدید ارسال شود، با تأخیر ارسال شود، یا لغو شود.

دریافت مجدد داروی نسخه از طریق سفارش پستی برای دریافت مجدد نسخه های خود، می توانید در یک طرح «دریافت مجدد خودکار نسخه ها» ثبت‌نام کنید. در این برنامه به صورت خودکار و هرگاه در سوابق ما نشان داده شود که داروهایتان رو به اتمام هستند، به صورت خودکار دوباره نسخه‌تان تجدید می‌شود. داروخانه قبل از تجدید هر نسخه و ارسال داروها با شما تماس خواهد گرفت تا اطمینان حاصل کند باز هم آن داروها را نیاز دارید و اگر داروی کافی داشته باشید یا داروهایتان تغییر کرده باشد، می توانید تجدید نسخه را لغو کنید.

اگر نمی خواهید از برنامه تجدید خودکار استفاده کنید اما همچنان می خواهید از ارسال پستی داروخانه برای ارسال داروی نسخه تان استفاده کنید، 21 روز قبل از تمام شدن داروهای فعلی تان با داروخانه تماس بگیرید. با این کار مطمئن می شوید که دارو به موقع برایتان ارسال می شود.

برای خروج از برنامه ما که به صورت خودکار نسخه ها را تجدید و از طریق پست ارسال می کند، می توانید با داروخانه ارسال کننده پستی تماس بگیرید:

- **داروخانه Express Scripts®: 1-833-750-0201 (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید).**

اگر داروی مجدد را به صورت خودکار از طریق پست دریافت کرده اید در صورتی که درخواست نکرده بودید، واجد شرایط برگشت هزینه هستید.

بخش 2.4 چگونه می‌توانید از تامین طولانی‌مدت دارو برخوردار شوید؟

این طرح دو راه برای تامین طولانی‌مدت داروهای مصرفی مداوم شما (که به آن تامین طولانی‌مدت نیز می‌گویند) دارد که در «لیست دارو» طرح ما ارائه می‌دهد. (داروهای مصرفی مداوم داروهایی هستند که به طور منظم برای یک بیماری مزمن یا طولانی‌مدت مصرف می‌کنید.)

1. برخی داروخانه‌های خرده‌فروشی شبکه ما به شما این امکان تامین بلندمدت داروهای حفظ سلامت خود را می‌دهند. فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها حاوی اطلاعاتی در مورد داروخانه‌هایی است که می‌توانند امکان تامین طولانی‌مدت داروهای حفظ سلامت را برای شما فراهم کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با مرکز خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

2. شما همچنین ممکن است داروهای مصرفی مداوم را از طریق برنامه سفارش پستی ما دریافت کنید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 2.3 مراجعه کنید.

بخش 2.5 چه وقت می‌توانید از داروخانه ای که در شبکه طرح نیست استفاده کنید؟

در بعضی شرایط خاص ممکن است نسخه تان تحت پوشش باشد

ما معمولاً هزینه داروهای دریافت شده در داروخانه خارج از شبکه را *تنها* در صورتی پرداخت می کنیم که شما قادر به استفاده از داروخانه شبکه نباشید. برای کمک به شما، در خارج منطقه خدماتی خود چند داروخانه شبکه داریم که در آنجا

می توانید نسخه های خود را به عنوان عضو طرح ما دریافت کنید. **لطفاً ابتدا با خدمات اعضا تماس بگیرید** و مطمئن شوید آیا داروخانه شبکه در نزدیکی تان وجود دارد. به احتمال زیاد باید تفاوت بین مبلغی که برای دارو در داروخانه خارج از شبکه پرداخت می کنید و هزینه ای که در داروخانه درون شبکه پوشش می دهیم را پرداخت کنید.

شرایطی که در آن ما داروهای نسخه ای دریافت شده از داروخانه خارج از شبکه را پوشش می دهیم عنوان شده است:

سفر: دریافت پوشش طرح هنگامی که در سفر هستید یا از منطقه خدماتی طرح دور هستید.

- اگر نسخه تان را مرتباً دریافت می کنید و می خواهید به سفر بروید، حتماً میزان داروی باقیمانده را قبل از ترک محلتان بررسی کنید. در صورت امکان کل داروی مورد نیازتان را با خودتان ببرید. از طریق سفارش پستی داروخانه می توانید داروهای تجویزی را از قبل سفارش دهید.
- اگر در ایالات متحده و قلمروهای این کشور سفر می کنید و بیمار شدید، یا اگر داروهای تجویزی را گم کردید یا تمام کردید، داروهای تجویزی که در داروخانه های خارج از طرح دریافت می شوند را پوشش می دهیم. در این شرایط باید هزینه کامل را هنگام دریافت دارو پرداخت کنید (بجز مبلغ پرداخت مشترک یا بیمه مشترکی که پرداخت می کنید). با ارسال فرم بازپرداخت می توانید از ما درخواست کنید سهممان از هزینه را به شما برگردانیم. اگر به داروخانه خارج از شبکه مراجعه کنید ممکن است خودتان ملزم به پرداخت تفاوت بین مبلغی که ما برای دریافت نسخه تجویزی در داروخانه درون شبکه پرداخت می کنیم و مبلغی که برای دریافت دارو از داروخانه خارج از شبکه پرداخت می کنید باشید. برای اطلاع از نحوه ارسال فرم درخواست بازپرداخت، به فصل 7 بخش 2، «*نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده اید*» مراجعه کنید.
- همچنین می توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید و ببینید آیا داروخانه شبکه در منطقه ای که به آن سفر می کنید وجود دارد.
- ما نمی توانیم برای نسخه هایی بپردازیم که توسط داروخانه های خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن پیچیده شده اند، حتی در وضعیت اورژانسی پزشکی.

وضعیت اورژانسی پزشکی: اگر به خاطر اورژانس پزشکی یا به دلیل نیاز به مراقبت فوری نیاز به تجویز داشته باشم چطور؟

- ما فقط در صورتی نسخه های پیچیده شده در داروخانه خارج از شبکه را تحت پوشش قرار می دهیم که نسخه ها مربوط به مراقبت در وضعیت اورژانسی پزشکی یا مراقبت فوری باشند. در این شرایط باید هزینه کامل را هنگام دریافت دارو پرداخت کنید (بجز مبلغ پرداخت مشترک یا بیمه مشترکی که پرداخت می کنید). با ارسال فرم بازپرداخت می توانید از ما درخواست کنید سهممان از هزینه را به شما برگردانیم. اگر به داروخانه خارج از شبکه مراجعه کنید ممکن است خودتان ملزم به پرداخت تفاوت بین مبلغی که ما برای دریافت نسخه تجویزی در داروخانه درون شبکه پرداخت می کنیم و مبلغی که برای دریافت دارو از داروخانه خارج از شبکه پرداخت می کنید باشید. برای اطلاع از نحوه ارسال فرم درخواست بازپرداخت، به فصل 7 بخش 2، «*نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده اید*» مراجعه کنید.

سایر شرایط: در سایر مواقع اگر به داروخانه خارج از شبکه مراجعه کنید، نسخه تان تحت پوشش خواهد بود.

- اگر حداقل یکی از موارد زیر محقق شود، نسخه تان در داروخانه خارج از طرح تحت پوشش خواهد بود.
  - اگر نمی‌توانید داروی تحت پوشش را به موقع در منطقه خدماتی ما تهیه کنید زیرا هیچ داروخانه شبکه ای در فاصله رانندگی معقول وجود ندارد، که خدمات 24 ساعته ارائه دهد.
  - اگر سعی کرده اید داروی تجویزی‌ای را دریافت کنید که مرتباً در داروخانه سفارش پستی یا داروخانه محل فروش در شبکه توزیع نمی شود (مثلاً به خاطر قیمت بسیار بالا یا خاص بودن دارو).
  - اگر واکسنی می زنید که از نظر پزشکی ضروری است اما تحت پوشش Medicare Part B نیست و بعضی از داروهای تحت پوشش که در مطب پزشک خودتان ارائه می شوند.
- در همه شرایط عنوان شده در بالا ممکن است بتوانید دوز داروی تجویزی را برای مدت 30 روز دریافت کنید. همچنین احتمالاً باید خودتان هزینه داروخانه خارج از شبکه را برای دارو پرداخت کنید، و برای بازپرداخت هزینه توسط طرح ما باید اسناد لازم را ارائه کنید. حتماً توضیح دهید چه شرایطی در زمان استفاده از داروخانه خارج از شبکه وجود داشته است. با این کار به روند رسیدگی به درخواست بازپرداخت هزینه تان بهتر رسیدگی می شود.

چطور می توانید از طرح درخواست بازپرداخت کنید؟

اگر باید از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، معمولاً در هنگام دریافت داروهای خود باید هزینه کامل را پرداخت کنید. می‌توانید از ما بخواهید هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. (در فصل 7، بخش 2 درباره نحوه درخواست طرح برای بازپرداخت هزینه توضیح داده شده است.)

بخش 3 داروهایتان باید در «لیست دارو» در طرح باشد

بخش 3.1 در «لیست دارو» درباره داروهای Part D که تحت پوشش هستند توضیح داده می شود

این طرح شامل *فهرست داروهای تحت پوشش (لیست دارو)* است. در این *گواهی پوشش دهی*، **به اختصار به آن «لیست دارو» گفته می شود.**

داروهای موجود در این لیست توسط این طرح با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌شوند. این فهرست منطبق بر شرایط Medicare است و توسط Medicare تأیید شده است.

«فلیست دارو» شامل داروهای تحت پوشش Medicare Part D است. علاوه بر داروهای تحت پوشش Part D، بعضی از داروهای تجویزی نیز به موجب مزایای California Medi-Cal (Medicaid) برای شما تحت پوشش هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش دارویی Medicaid با خدمات اعضا تماس بگیرید.

ما به طور کلی داروهای موجود در «لیست دارو» را تا زمانی که از سایر قوانین پوشش دهی که در این فصل توضیح داده شده است پیروی کنید و موارد مصرف پزشکی پذیرفته شده باشد، معمولاً داروها را پوشش می دهیم. موارد مصرف پزشکی پذیرفته شده به معنی استفاده از دارویی است که *شامل شرایط زیر باشد:*

- از طرف سازمان غذا و دارو برای بیماری تشخیص داده شده یا شرایطی که بر اساس آن دارو تجویز شده است، تأیید شده باشد.
- *یا* -- از حمایت مراجع خاصی مانند «اطلاعات دارویی خدمات فهرست داروی بیمارستانی آمریکا» و «سیستم اطلاعات DRUGDEX» برخوردار باشد.

«لیست دارو» شامل داروهای برند، داروهای ژنریک، و بیوسیمیلارها است.

یک داروی برند، 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 بیولوژیک نامیده می‌شوند. در «لیست دارو»، وقتی به «داروها» اشاره می‌کنیم، ممکن است به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیک باشد.

داروی ژنریک همان ترکیبات داروی برند را دارد. از آنجایی که اینکه 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 برند یا محصولات بیولوژیک اثر می‌کنند و معمولاً هزینه کمتری دارند. جایگزین های داروهای ژنریک برای بسیاری از داروهای برند موجود است. جایگزین های بیوسیمیلار برای بعضی از محصولات بیولوژیک موجود است.

چه مواردی در «لیست دارو» وجود ندارد؟

طرح همه داروهای تجویزی را پوشش نمی دهد.

- بعضی مواقع هیچکدام از طرح های Medicare بر اساس قانون نمی توانند بعضی داروهای خاص را پوشش دهند (برای اطلاع در این مورد به بخش 7.1 این فصل مراجعه کنید).
- در موارد دیگر تصمیم گرفته ایم دارویی خاص را در «لیست داروا» اضافه نکنیم. بعضی مواقع ممکن است بتوانید دارویی را که در «لیست دارو» وجود ندارد تهیه کنید. برای اطلاعات بیشتر به فصل 9 مراجعه کنید.
- داروهای تجویزی تحت پوشش California Medi-Cal (Medicaid) در فهرست داروها نیستند. برای اطلاع درباره داروهای تحت پوشش Medicaid با خدمات اعضا تماس بگیرید.

بخش 3.2 چطور می توانید متوجه شوید دارویی خاص در «لیست دارو» نیست؟

چهار روش برای اطلاع از این موضوع وجود دارد:

1. جدیدترین «لیست دارو» را که به صورت الکترونیکی ارائه کرده‌ایم بررسی کنید.
2. به وب سایت طرح در این آدرس مراجعه کنید: (www.wellcare.com/healthnetCA) «لیست دارو» در وبسایت همیشه جدیدترین فهرست است.

3. برای اطلاع از وجود یک دارو در «لیست داروی» ما یا درخواست کپی از این لیست، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

4. از «Real-Time Benefit Tool» طرح (www.wellcare.com/healthnetCA استفاده کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید). با این ابزار می توانید داروهای موجود در «لیست دارو» را جستجو کنید و متوجه شوید که باید چه مبلغی را پرداخت کنید، و آیا داروهای جایگزینی در «لیست دارو» وجود دارد که بتواند بیماری شما را درمان کند.

بخش 4 محدودیت هایی برای پوشش دهی بعضی از داروها وجود دارد

بخش 4.1 چرا بعضی از داروها دارای محدودیت هستند؟

برای بعضی داروهای نسخه‌ای خاص، مقررات ویژه‌ای برای نحوه و زمان پوشش آن توسط طرح وجود دارد. گروهی از پزشکان و داروسازان این قوانین را طرح کرده اند تا شما و ارائه دهنده تان از داروها به مؤثرترین شکل ممکن استفاده کنید. برای اطلاع از هرگونه محدودیت اعمال شده روی دارویی که مصرف می کنید یا می خواهید مصرف کنید، به «لیست دارو» مراجعه کنید.

اگر دارویی ارزان تر و ایمن بتواند تأثیر یکسانی در مقایسه با دارویی با هزینه بالاتر داشته باشد، بر اساس قوانین طرح از شما و ارائه دهنده تان خواسته می شود که داروی کم هزینه تر را مصرف کنید.

توجه داشته باشید که بعضی مواقع داروها ممکن است بیش از یک بار در «لیست دارو» نوشته شده باشند زیرا یک داروی یکسان ممکن است بسته به قدرت دارو، مقدار، یا فرم داروی تجویز شده توسط ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت متفاوت باشد، در نتیجه محدودیت های متفاوتی وجود دارد و مبلغ تسهیم هزینه متفاوتی ممکن است برای انواع مختلف یک دارو اعمال شود (مثلاً 10 میلی‌گرم و 100 میلی‌گرم، یا یک بار در روز و دو بار در روز، یا قرص و شربت).

بخش 4.2 چه محدودیت هایی وجود دارد؟

در قسمت های زیر اطلاعات بیشتری درباره انواع محددیت های مورد استفاده برای داروهایی خاص توضیح داده می شود.

اگر محدودیت خاصی برای داروی شما وجود دارد، معمولاً به معنی است که شما و ارائه دهنده تان باید اقدامات اضافی را انجام دهید تا ما بتوانیم دارو را پوشش دهیم. برای اطلاع از اینکه لازم است شما یا ارائه دهنده تان برای پوشش دهی دارو چه کارهایی را انجام دهید با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر می خواهید محدودیت ها را لغو کنیم، لازم است از روند تصمیم پوشش دهی استفاده کنید و از ما درخواست کنید استثنایی را اعمال کنیم. ممکن است ما با محدودیت های اعمال شده برای شما موافق یا مخالف باشیم. (به فصل 9 مراجعه کنید)

محدود کردن داروهای برند یا محصولات بیولوژیک اصلی هنگامی که یک نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزینی وجود داشته باشد.

معمولا یک دارو **ژنریک** یا *بیوسیمیلار قابل جایگزینی* به همان اندازه داروی برند *یا داروی بیوسیمیلار اصل* مؤثر بوده و عموماً ارزان‌تر است. **در اکثر موارد وقتی یک داروی ژنریک** *یا نسخه بیوسیمیلار قابل جایگزینی* **داروی برند** *یا محصول بیولوژیکی اصلی* **در دسترس باشد، داروخانه های شبکه ما داروی ژنریک** *یا داروی بیوسیمیلار اصلی* **را به جای داروی**

برند *یا محصول بیولوژیک اصلی ارائه می کنند*. اما اگر ارائه‌دهنده شما دلیل پزشکی را عنوان کرده باشد که نشان دهد داروی ژنریک یا سایر داروهای تحت پوششی که همان بیماری را درمان می‌کنند برای شما مؤثر نخواهند بود، ما داروی برند یا محصول بیولوژیک اصلی را پوشش می‌دهیم. (مبلغ تسهیم هزینه ممکن است برای داروهای برند یا محصولات بیولوژِک اصلی نسبت به داروهای ژنریک یا داروهای بیوسیمیلار قابل جایگزینی بیشتر باشد.)

دریافت اجازه قبلی از طرح

برای بعضی از داروهای خاص، لازم است شما یا ارائه دهنده تان قبل از توافق ما نیست به پوشش دهی طرح، از طرح اجازه دریافت کنید. به این کار دریافت **مجوز قبلی**گفته می شود. این کار برای اطمینان از ایمنی دارو و راهنمایی استفاده صحیح بعضی از داروهای خاص است. اگر این مجوز را دریافت نکنید، ممکن است دارویتان تحت پوشش طرح نباشد.

ابتدا داروی متفاوتی را امتحان کنید

در این شرایط از شما خواسته می شود قبل از اینکه طرح داروی دیگری را پوشش دهد، داروی ارزان تری را مصرف کنید که معمولاً کارآیی یکسانی دارد. برای مثال، اگر داروی A و داروی B یک بیماری یکسان را مداوا می‌کنند و داروی A ارزان‌تر از داروی B است، ممکن است طرح از شما بخواهد ابتدا داروی A را مصرف کنید. اگر داروی A برای شما مؤثر نبود، سپس طرح داروی B را پوشش می دهد. به این شرایط الزامی که ابتدا باید داروی متفاوتی را مصرف کنید، **درمان مرحله‌ای**گفته می شود.

محدودیت مقدار

برای بعضی داروهای خاص ممکن است مقدار دارویی را که در هر بار تهیه نسخه دریافت می کنید محدود کنیم. مثلاً اگر معمولاً مصرف یک قرص خاص در روز ایمن باشد، ممکن است داروی تجویزی تان را محدود کنیم تا بیش از یک قرص برای هر روز دریافت نکنید.

بخش 5 اگر یکی از داروهایتان طوری که تمایل دارید پوشش داده نشود باید چه کار کرد؟

بخش 5.1 اگر داروی شما به شیوه ای که مایلید تحت پوشش نیست، کارهایی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید

بعضی مواقع داروی تجویزی که مصرف می کنید یا دارویی که شما یا ارائه دهنده تان فکر می کنید باید مصرف کنید در لیست داروی ما نیست یا در لیست دارو وجود دارد اما محدودیت هایی برای آن در نظر گرفته شده است. به عنوان مثال:

- ممکن است دارو اصلاً پوشش داده نشود. یا ممکن است نوع ژنریک دارو تحت پوشش باشد ولی نوع برندی که می‌خواهید مصرف کنید تحت پوشش نباشد.
- یا دارو تحت پوشش است ولی مقررات و محدودیت های ویژه ای در مورد پوشش برای آن دارو وجود دارد که در بخش 4 توضیح داده شده است.
- اگر داروی شما به شیوه‌ای که مایلید تحت پوشش نیست کارهایی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.

- اگر دارویتان در «لیست دارو» نیست یا اگر دارویتان محدودیت خاصی دارد، برای اطلاع از کارهایی که می توانید انجام دهید به بخش 5.2 مراجعه کنید.

بخش 5.2 اگر دارویتان در «لیست دارو» نیست یا اگر دارویتان محدودیت خاصی دارد، چه کاری می توانید انجام دهید؟

اگر دارویتان در «لیست دارو» نیست یا اگر دارویتان محدودیت خاصی دارد چند گزینه در اختیار دارید:

- ممکن است بتوانید دوز مصرف موقت دارو را دریافت کنید.
- می‌توانید از داروی دیگری استفاده کنید.
- می توانید درخواست اعمال استثنا کنید و از طرح بخواهید دارویی را پوشش دهد، یا محدودیت های یک دارو را لغو کند.

ممکن است بتوانید دوز مصرف موقت دارو را دریافت کنید

در بعضی شرایط خاص، طرح باید دوز مصرف موقت دارویی را که از قبل در حال مصرف هستید تأمین کند. با دریافت این دوز مصرف موقت فرصت خواهید داشت درباره تغییر در پوشش دارو و تصمیم گیری درباره کاری که باید انجام دهید با ارائه دهنده صحبت کنید.

برای اینکه واجد شرایط دریافت دوز موقت دارو باشید، دارویی که مصرف می کنید **نباید دیگر در «لیست دارو» باشد یا در حال حاضر به هر شکل محدودیتی داشته باشد.**

- **اگر عضو جدیدی هستید،** ما هزینه دوز موقت دارو را در طول **90 روز** اول عضویتتان در طرح پوشش خواهیم داد.
- **اگر سال گذشته عضو طرح بوده اید،** ما هزینه دوز مصرف موقت شما را برای **90** روز اول سال پوشش خواهیم داد.
- این دوز مصرف موقت برای حداکثر 30 روز در داروخانه های محل فروش، یا 31 روز برای داروخانه های مراکز مراقبت طولانی مدت است. اگر نسخه برای تعداد روزهای کمتری است، ما چند بار تمدید نسخه برای حداکثر 30 روز دوز دارو در داروخانه های محل فروش، یا 31 روز برای داروخانه های مراکز مراقبت طولانی مدت را مجاز خواهیم کرد. داروی تجویزی باید در داروخانه شبکه تهیه شود. (لطفاً توجه داشته باشید که داروخانه مراکز مراقبت طولانی مدت ممکن است مقدار کمتری از دارو را هر بار ارائه کند تا از اتلاف جلوگیری شود.)
- **اعضایی که بیش از 90 روز عضو طرح هستند و در مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می کنند و فوراً به دوز دارویی شان نیاز دارند:**

  دوز مصرف اورژانسی 31 روزه از دارویی خاص را پوشش می دهیم، و اگر دارو برای تعداد روزهای کمتری تجویز شده باشد، تعداد روزهای کمتری را پوشش خواهیم داد. این دوز مصرفی علاوه بر دوز مصرف موقت است که در بالا عنوان شده است.

- **برای اعضای فعلی طرح که از مرکز مراقبت طولانی مدت (LTC) یا پس از دوران بستری در بیمارستان به خانه جابجا می شوند و فوراً به دوز مصرف موقت دارو نیاز دارند:**

  اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، میزان لازم برای مصرف 30 روزه یا کمتر تحت پوشش قرار می‌گیرد (در این صورت دارو در چندین نوبت تهیه می‌شود تا میزان لازم برای مصرف 30 روزه دارو فراهم شود).

- **برای اعضای فعلی طرح که از خانه یا پس از دوران بستری در بیمارستان به مرکز مراقبت طولانی مدت (LTC) جابجا می شوند و فوراً به دوز مصرف موقت دارو نیاز دارند:**

اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، میزان لازم برای مصرف 30 روزه یا کمتر تحت پوشش قرار می‌گیرد (در این صورت دارو در چندین نوبت تهیه می‌شود تا میزان لازم برای مصرف 30 روزه دارو فراهم شود).

اگر درباره دوز مصرف موقت سؤالی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

در مدت زمانی که دوز مصرف موقت دارو را مصرف می کنید، باید با ارائه دهنده تان صحبت کنید و تصمیم بگیرید پس از پایان این دوز مصرف موقت باید چه کار کنید. دو گزینه برای انتخاب دارید:

1) می‌توانید از داروی دیگری استفاده کنید.

درباره داروی متفاوتی که برایتان فایده یکسانی دارد و توسط طرح پوشش داده می شود با ارائه دهنده تان صحبت کنید. می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید و فهرست داروهای تحت پوشش مورد استفاده برای همان عارضه را درخواست کنید. این فهرست به ارائه دهنده کمک می کند داروی تحت پوششی را که ممکن است برایتان مفید باشد پیدا کند.

2) می‌توانید برای اعمال استثنا درخواست کنید.

شما و ارائه دهنده تان می توانید از طرح درخواست کنید استثنا قائل شود و داروی مورد نظرتان را به روش دلخواهتان پوشش دهد. اگر ارائه دهنده اعلام کند دلایل پزشکی‌ای دارد که توجیه کننده درخواست اعمال استثنا هستند، می تواند به شما کمک کند درخواست اعمال استثنا کنید. مثلاً می توانید از طرح درخواست کنید دارویی که حتی در «لیست دارو» وجود ندارد را پوشش دهد. یا می توانید از طرف درخواست کنید استثنایی اعمال کند و دارو را بدون محدودیت پوشش دهد.

اگر عضو فعلی طرح هستید و دارویی که مصرف می کنید سال آینده به هر شکل از لیست دارو حذف می شود یا دچار محدودیت خواهد شد، درباره هرگونه تغییر قبل از سال جدید به شما اطلاع خواهیم داد. می توانید قبل از شروع سال آینده درخواست اعمال استثنا کنید، و ما در مدت زمان 72 ساعت پس از دریافت درخواستتان (یا توضیحات تکمیلی و تأییدکننده از طرف تجویزکننده) پاسخ خواهیم داد. اگر درخواستتان را تأیید کنیم، قبل از اعمال تغییرات جدید پوشش دهی دارویتان را تأیید می کنیم.

اگر شما یا ارائه دهنده تان می خواهید برای اعمال استثنا درخواست کنید، در فصل 9، بخش 7.4 توضیح داده شده است. در این قسمت درباره روندهای مختلف و موعدهای مقرر که توسط Medicare تعیین شده توضیح داده شده است تا مطمئن شوید درخواستتان به سرعت و منصفانه رسیدگی خواهد شد.

بخش 6 اگر پوشش طرح برای داروهایتان تغییر کرد باید چه کار کنید؟

بخش 6.1 «لیست دارو» ممکن است در طول سال تغییر کند.

اکثر تغییرات در پوشش دهی داروها در ابتدای هر سال (1 ژانویه) روی می دهد.
اما طرح ممکن است در طول سال نیز تغییراتی را در «لیست دارو» اعمال کند. مثلاً طرح ممکن است این کارها را انجام دهد:

- **دارویی را به «لیست دارو» اضافه کند یا از آن حذف کند.**
- **محدودیتی را در مورد پوشش یک دارو اضافه یا حذف کند.**
- **یک داروی برند را با نمونه ژنریک آن جایگزین کند.**
- محصول بیولوژیک اصلی را با یک نمونه بیوسیمیلار قابل جایگزینی از همان محصول بیولوژیک جایگزین کند.

ما قبل از تغییر «لیست دارو» در طرح باید از الزامات Medicare پیروی کنیم.

بخش 6.2 اگر پوشش طرح برای دارویی که درحال مصرف هستید تغییر کند چه اتفاقی می افتد؟

اطلاعاتی درباره تغییرات پوشش دهی داروها

در صورت تغییر در «لیست دارو»، اطلاعاتی را در وب‌سایتمان درباره این تغییرات پست می کنیم. همچنین مرتباً «لیست دارو» را به صورت آنلاین به روز رسانی خواهیم کرد. در زیر زمان‌های مختلفی اعلام شده است که در صورت ایجاد تغییر در داروهای در حال مصرفتان مستقیماً به شما اطلاع خواهیم داد.

تغییراتی در پوشش دهی دارو که در طول سال فعلی طرح شما را تحت تأثیر قرار می دهد

- **اگر یک داروی ژنریک جدید با یک داروی برند در «لیست دارو» جایگزین شود (یا اگر ردیف تسهیم هزینه را تغییر دهیم، یا محدودیت جدیدی را برای داروی برند در نظر بگیریم، یا هر دو)**
  - اگر داروی برندی را در «لیست دارو» را نمونه ژنریک مورد تأیید جایگزین کنید، فوراً آن داروی برند را از فهرست داروها حذف خواهیم کرد. داروی ژنریک در ردیف تسهیم هزینه یکسان یا پایین تری نمایش داده می شود و محدودیت های یکسان یا کمتری خواهد داشت. ممکن است تصمیم بگیریم داروی برند را در «لیست دارو» نگهداریم، اما هنگام افزودن داروی ژنریک جدید، فوراً آن را به ردیف تسهیم هزینه بالاتری منتقل می کنیم، یا محدودیت های جدیدی را اضافه خواهیم کرد، یا هر دو.
  - قبل از ایجاد این تغییر حتی اگر در حال حاضر از آن داروی برند استفاده می کنید به شما اطلاع نخواهیم داد. اگر داروی برند را همزمان با ایجاد تغییرات ما مصرف می کنید، اطلاعات مربوط به این تغییرات خاص را در اختیارتان قرار می دهیم. این مورد شامل اطلاعات درباره مراحل درخواست اعمال استثنا برای پوشش دهی آن داروی برند است. قبل از ایجاد تغییرات ممکن است این اعلامیه را دریافت نکنید.
  - شما یا تجویزکننده می توانید از ما درخواست کنید استثنا قائل شویم و همچنان آن داروی برند را برایتان تحت پوشش قرار دهیم. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست استثنا، به فصل 9 مراجعه کنید.
- **داروهای غیرایمن و سایر داروها در «لیست دارو» که از بازار جمع آوری شده اند**
  - بعضی مواقع دارویی غیرایمن تشخیص داده می شود یا به هر دلیل دیگری از بازار جمع می شود. در این صورت ما فوراً آن دارو را از «لیست دارو» حذف می کنیم و اگر در حال مصرف آن دارو باشید، فوراً به شما اطلاع خواهیم داد.
  - تجویزکننده نیز از این تغییر مطلع می شود و می تواند به شما کمک کند داروی دیگری را برای بیماری تان پیدا کنید.

- **سایر تغییرات در داروهای موجود در «لیست دارو»**
  - ممکن است با شروع سال تغییرات دیگری را ایجاد کنیم که بر داروهای در حال مصرف شما تأثیر بگذارد. مثلاً ممکن است یک داروی ژنریک را که در بازار جدید نیست برای جایگزین شدن با یک داروی ژنریک در «لیست دارو» اضافه کنیم، یا ردیف تسهیم هزینه را تغییر دهیم، یا محدودیت های جدیدی را در داروی برند ایجاد کنیم، یا هر دو. همچنین ممکن است بسته به هشدارهای روی دارو توسط سازمان FDA یا دستورالعمل های بالینی جدید که به تأیید Medicare رسیده است، تغییراتی را ایجاد کنیم.
  - برای این تغییرات باید حداقل از 30 روز قبل اعلامیه تغییرات را در اختیارتان قرار دهیم، یا با اعلام این تغییرات برای مصرف 30 روزتان دارو در اختیارتان قرار دهیم، یا اگر از داروخانه مراکز مراقبت طولانی مدت استفاده می کنید، هنگام تمدید نسخه دوز مصرفی برای 31 روز در داروخانه شبکه در اختیارتان قرار می گیرد.
  - بعد از دریافت اعلامیه تغییرات، باید با همکاری تجویزکننده از داروی دیگری استفاده کنید که پوشش می دهیم، یا هرگونه محدودیت جدید در مورد داروی مصرفی تان را بپذیرید.
  - شما یا تجویزکننده می توانید از ما درخواست کنید استثنا قائل شویم و همچنان آن دارو را برایتان تحت پوشش قرار دهیم. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست استثنا، به فصل 9 مراجعه کنید.

تغییراتی در «لیست دارو» که در طول این سال طرح شما را تحت تأثیر قرار نمی دهد

ممکن است تغییرات خاصی را در «لیست دارو» ایجاد کنیم که در بالا توصیف نشده است. در این موارد اگر هنگام ایجاد این تغییرات در حال مصرف آن دارو بوده اید این تغییرات در مورد شما اعمال نخواهد شد؛ اما اگر همچنان در طرح بمانید، این تغییرات از 1 ژانویه سال بعدی طرح برای شما اعمال می شود.

به طور کلی تغییراتی که در طول سال فعلی طرح روی شما تأثیری نمی گذارند عبارتند از:

- زمانی که محدودیت جدیدی را برای مصرف دارویتان در نظر بگیریم.
- اگر دارویتان را از «لیست دارو» حذف کنیم.

اگر هرکدام از این تغییرات برای دارویی که در حال مصرف هستید روی دهد (بجز جمع شدن دارو از بازار، جایگزین شدن داروی ژنریک با داروی برند، یا هر تغییر دیگری که در قسمت های بالا عنوان شده است)، این تغییر تا 1 ژانویه سال بعد روی مصرف شما یا مبلغی که به عنوان تسهیم هزینه پرداخت می کنید تأثیری ندارد. تا این تاریخ احتمالاً هیچ تغییر قیمتی در پرداختی هایتان مشاهده نمی کنید یا هیچ محدودیتی برای مصرف دارویتان اعمال نخواهد شد.

در طول سال فعلی طرح درباره این تغییرات مستقیماً به شما اطلاع نخواهیم داد. لازم است «لیست دارو» را برای سال بعدی طرح بررسی کنید (وقتی فهرست در طول دوره ثبت‌نام در دسترس قرار گرفت) و ببینید آیا داروهای مصرفی تان تغییر کرده است که در سال بعدی طرح شما را تحت تأثیر قرار دهد.

بخش 7 چه نوع داروهایی توسط طرح پوشش داده نمی شود ؟

بخش 7.1 انواع داروهایی که ما پوشش نمی دهیم

در این بخش درباره انواع داروهای تجویزی که مستثنی هستند توضیح داده می شود. به این معنی که Medicare برای این داروها هزینه ای را پرداخت نمی کند.

اگر درخواست بررسی مجدد دهید و داروی درخواستی از Part D مستثنی نشده باشد، ما هزینه آن را پرداخت می کنیم یا آن را پوشش می دهیم. (برای اطلاعات درباره درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم اتخاذ شده، به فصل 9 مراجعه کنید.) اگر دارویی که از طرح مستثنی شده است توسط California Medi-Cal (Medicaid) نیز مستثنی شود، باید خودتان هزینه آن را بپردازید.

در اینجا سه قانون کلی درباره داروهایی که طرح های دارویی Medicare تحت Part D آنها را پوشش نمی دهد عنوان شده است:

- پوشش داروهای Part D طرح ما نمی تواند طرحی را پوشش دهد که تحت پوشش Medicare Part A یا Part B است.
- طرح ما دارویی که در خارج از ایالات متحده و قلمرو های آن خریده شده باشد را پوشش نمی‌دهد.
- طرح ما معمولاً نمی تواند موارد مصرف بجز موارد تجویز درج شده روی بسته دارو را پوشش دهد. موارد مصرف بجز موارد تجویز درج شده روی بسته دارو یعنی هر نوع مصرف دارو بجز روش استفاده درج شده روی برچسب دارو که به تأیید سازمان غذا و دارو رسیده است.
  - پوشش موارد مصرف بجز موارد تجویز درج شده روی بسته دارو فقط زمانی امکان پذیر است که مورد مصرفتان توسط مراجعی مانند «اطلاعات دارویی خدمات فهرست داروی بیمارستانی آمریکا» و «سیستم اطلاعات DRUGDEX» تأیید شده باشد.

علاوه بر این، دسته بندی های دارویی زیر بر اساس قانون تحت پوشش Medicare نیستند. اما بعضی از این داروها ممکن است تحت پوشش دارویی Medicaid برایتان پوشش داده شوند. برای اطلاع درباره داروهای تحت پوشش Medicaid با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- داروهای بدون نسخه
- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
- داروهای تسکین علائم سرماخوردگی و سرفه
- داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا تقویت رشد مو
- ویتامین ها و محصولات معدنی تجویزی، بجز ویتامین های مربوط به دوران پیش از زایمان و ترکیبات فلوراید
- داروهای مورد استفاده برای درمان جنسی یا اختلال در نعوظ
- داروهای استفاده شده برای درمان پرخوری، کاهش وزن، یا افزایش وزن
- داروهای بدون نسخه که تولید کننده فروش تست های همراه یا خدمات کنترل و نظارت را در قالب بخشی از شرایط دریافت تخفیف الزامی کرده است و باید از همان تولید کننده خریداری شوند.

اگر «Extra Help» را برای نسخه هایتان دریافت می کنید، برنامه «Extra Help» برای داروهایی که به طور معمول تحت پوشش نیستند مبلغی را پرداخت نخواهد کرد. اما اگر پوشش دارویی را از طریق Medicaid دریافت می کنید، برنامه Medicaid ایالتی شما ممکن است بعضی از داروهای تجویزی که به طور معمول در طرح داروی Medicare تحت پوشش نیستند را پوشش دهد. برای اطمینان از اینکه کدام پوشش دارویی را در اختیار دارید با برنامه Medicaid ایالت خودتان تماس بگیرید. (می توانید شماره تلفن و اطلاعات تماس Medicaid را در فصل 2، بخش 6 پیدا کنید.)

بخش 8 دریافت نسخه های تجویزی در نسخه

بخش 8.1 اطلاعات عضویتتان را ارائه کنید

برای دریافت داروهای نسخه، اطلاعات عضویت در طرح را که روی کارت عضویتتان درج شده است در داروخانه شبکه انتخابی تان ارائه کنید. داروخانه شبکه به صورت خودکار صورتحساب هزینه داروهایتان را برای طرح صادر می کند.

بخش 8.2 اگر اطلاعات عضویتتان را نداشتید باید چه کار کنید؟

اگر اطلاعات عضویت طرحتان را هنگام دریافت داروی تجویزی همراه نداشتید، شما یا داروخانه می توانید با طرح تماس بگیرید و اطلاعات ضروری را دریافت کنید، یا می توانید از داروخانه درخواست کنید اطلاعات ثبت‌نام شما را در طرح جستجو کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، **ممکن است لازم باشد کل هزینه داروی تجویزی را هنگام دریافت آن پرداخت کنید.** (می‌توانید **از ما بخواهید هزینه را به شما بازپرداخت کنیم.** برای اطلاع از نحوه درخواست از طرح برای بازپرداخت هزینه به فصل 7 بخش 2 مراجعه کنید.)

بخش 9 پوشش داروی Part D در شرایط خاص

بخش 9.1 اگر در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی اقامت دارید که تحت پوشش برنامه ما است چطور؟

اگر در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برای بستری شدن تحت پوشش برنامه ما پذیرش شوید، ما معمولاً هزینه داروهای تجویزی‌تان را در طول مدت بستری بودن شما پوشش خواهیم داد. وقتی بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی را ترک کنید، تا زمانی که داروهای تجویزی تان منطبق بر همه قوانین پوشش دهی توسط طرح که در این فصل توضیح داده شده است، طرح آنها را پوشش می دهد.

بخش 9.2 اگر در مرکز مراقبت طولانی مدت (LTC) زندگی می کنید چطور؟

معمولاً مرکز مراقبت طولانی مدت (LTC) (مانند خانه سالمندان)، داروخانه مخصوص به خود یا داروخانه‌ای دارد که برای همه ساکنانش دارو فراهم می‌کند. اگر در مرکز مراقبت طولانی مدت (LTC) زندگی می‌کنید، می‌توانید داروهای نسخه‌ای خود را چنانچه بخشی از شبکه ما باشند از طریق داروخانه آن مرکز دریافت کنید.

برای اطلاع از اینکه داروخانه مرکز LTC شما یا داروخانه مورد استفاده این مرکز بخشی از شبکه ما است، به فهرست *ارائه کنندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید. اگر این طور نیست یا به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر در مرکز LTC هستید، ما باید مطمئن شویم که می توانید مرتباً مزایای Part D را از طریق داروخانه های LTC درون شبکه ما دریافت کنید.

اگر در مرکز مراقبت طولانی مدت (LTC) زندگی می کنید و به دارویی نیاز دارید که در «لیست دارو» نیست یا به نوعی محدودیت دارد باید چه کار کنید؟

برای اطلاع از دوز مصرف موقت یا دوز اورژانسی به بخش 5.2 مراجعه کنید.

بخش 9.3 اگر همچنان پوشش دارو را از کارفرما یا طرح گروه بازنشستگی دریافت می کنید باید چه کار کنید؟

اگر در حال حاضر خودتان (یا همسر یا شریک همخانه‌تان) پوشش داروی تجویزی دیگری از طریق کارفرما یا گروه بازنشستگی دارید، با **مسئول مزایای آن گروه**تماس بگیرید. این فرد درباره اینکه پوشش داروی تجویزی فعلی شما چطور با طرح ما همکاری دارد به شما کمک می کند.

به طور کلی اگر از پوشش کارفرما یا گروه بازنشستگی استفاده می کنید، پوشش دارویی که از ما دریافت می کنید در اولویت دوم نسبت به پوشش گروه خودتان قرار دارد. به این معنی که پوشش گروهتان دارای اولویت اصلی است.

نکات ویژه درباره پوشش معتبر:

هر سال کارفرما یا گروه بازنشستگی تان باید اعلامیه ای برایتان ارسال کند که در آن عنوان شده پوشش داروی تجویزی برای سال بعد معتبر است.

اگر پوشش طرح گروه معتبر باشد، به این معنی است که آن طرح یک پوشش دارویی دارد که انتظار می رود به طور متوسط حداقل به همان اندازه که در پوشش داروی تجویزی Medicare پرداخت می شود، هزینه را تقبل کند.

این اعلامیه مربوط به پوشش معتبر را نزد خودتان نگهدارید، زیرا بعداً ممکن است به آن نیاز پیدا کنید. اگر در طرح Medicare ثبت‌نام کرده اید که شامل پوشش داروهای Part D است، ممکن است لازم باشد این اعلامیه را نشان دهید تا ثابت کنید که پوشش معتبری دارید. اگر این اعلامیه پوشش معتبر را دریافت نکرده اید، از مسئول مزایای طرح کارفرما یا طرح بازنشستگی، یا از کارفرما و اتحادیه درخواست کنید یک نسخه برایتان ارسال کنند.

بخش 9.4 اگر در آسایشگاه بیماران لاعلاج مورد تأیید Medicare هستید چه طور؟

طرح ما و آسایشگاه همزمان داروی یکسانی را پوشش نمی دهند. اگر در آسایشگاه بیماران لاعلاج Medicare ثبت‌نام کرده‌اید و به داروی های خاصی (مانند داروی ضد تهوع، مسهل یا ضد اضطراب) نیاز دارید که به دلیل عدم ارتباط با بیماری لاعلاج شما و شرایط مربوط به آن تحت پوشش آسایشگاه بیماران لاعلاج شما نیست، طرح ما باید ابتدا اعلامیه‌ای از تجویزکننده یا ارائه دهنده آن آسایشگاه بیماران لاعلاج دریافت کند مبنی بر اینکه دارو غیرمرتبط است تا بتوانیم آن را پوشش دهیم. برای اینکه دریافت این داروها که باید تحت پوشش طرح ما قرار بگیرند تأخیری نداشته باشد، از ارائه دهنده خدمات ویژه بیماری های لاعلاج یا تجویزکننده تان بخواهید قبل از دریافت داروی نسخه، اعلامیه ای ارائه کنند.

در صورتی که خودتان از استفاده از خدمات ویژه بیماری های لاعلاج انصراف دهید یا اگر از آسایشگاه بیماران لاعلاج ترخیص شوید، طرح ما همانطور که در این دفترچه توضیح داده شده است باید داروهایتان را پوشش دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه با تمام شدن مزایای ویژه بیماری های لاعلاج Medicare، اسناد مورد نیاز را به داروخانه ببرید تا مشخص شود خودتان از دریافت این خدمات انصراف داده اید یا از این مرکز ترخیص شده اید.

بخش 10 برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها

بخش 10.1 برنامه‌هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها

ما موارد مصرف داروها را بررسی می کنیم تا اعضا بتوانند با اطمینان مراقبت ایمن و مناسب خودشان را دریافت کنند.

هر بار که داروی تجویزی را دریافت می کنید، بررسی لازم را انجام می دهیم. همچنین سوابقمان را مرتباً بررسی خواهیم کرد. در این بررسی ها به مشکلات احتمالی مانند این موارد رسیدگی می کنیم:

- خطاهای احتمالی در تجویز دارو
- داروهایی که به دلیل مصرف دارویی دیگر برای درمان بیماری مشابه ضرورتی ندارند
- داروهایی که به دلیل سن یا جنسیت شما ممکن است ایمن یا مناسب نباشند
- بعضی از ترکیبات خاص داروها ممکن است در صورت مصرف همزمان برایتان مضر باشد
- تجویز داروهایی که به ترکیبات آنها حساسیت دارید
- خطاهای احتمالی در مقدار (دوز) داروی مصرفی شما
- داروهای مخدر مسکن که مقدار مواد مخدر آن ایمن نیست

اگر متوجه مشکل احتمالی در مصرف داروهای تجویزی شویم، برای برطرف کردن این مشکل با ارائه دهنده تان همکاری خواهیم کرد.

بخش 10.2 برنامه مدیریت دارو (DMP) برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروهای مخدر

ما برنامه ای داریم که به اعضا کمک می کند بتوانند داروهای مخدر تجویزی و سایر داروهایی که معمولاً با سوء مصرف همراه هستند را به صورت ایمن مصرف 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 پزشک به این نتیجه برسیم که شما درحال سوءمصرف مخدر دارویی یا داروهای بنزودیازپین (benzodiazepine) هستید، ممکن است نحوه دسترسی شما به این داروها را محدود کنیم. اگر شما را در برنامه DMP خودمان قرار دهیم، محدودیت های موجود ممکن است به این صورت باشند:

- لازم باشد همه داروهای مخدر تجویزی یا بنزودیازپین را از داروخانه ای خاص دریافت کنید
- لازم باشد همه داروهای مخدر تجویزی یا بنزودیازپین را از پزشکی خاص دریافت کنید
- میزان داروهای مخدر یا بنزودیازپین را که تحت پوشش قرار می‌دهیم محدود کنیم

اگر برنامه ای برای محدود کردن نحوه دریافت این داروها یا دوز دریافتی شان داشته باشیم، از قبل برایتان نامه ای ارسال خواهیم کرد. در این نامه توضیح داده می شود آیا پوشش این داروها را برایتان محدود می کنیم، یا لازم است این داروهای تجویزی را فقط از یک پزشک یا داروخانه خاص دریافت کنید. 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. بعد از اینکه فرصت پاسخ دهی به شما داده شد اگر تصمیم بگیریم پوشش این داروها را برای شما محدود کنیم، نامه دیگری برای تأیید این محدودیت برایتان ارسال می کنیم. اگر فکر می کنید اشتباه کرده ایم یا اگر با تصمیم ما یا محدودیت ایجاد شده مخالف هستید، شما و تجویزکننده تان حق دارید درخواست تجدیدنظر بدهید. در صورت درخواست تجدیدنظر، پرونده شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم را به شما اطلاع می‌دهیم. اگر همچنان بخشی از درخواست شما در مورد محدودیت دسترسی‌تان به این داروها را رد کنیم، به طور خودکار پرونده شما را به یک سازمان بازنگری مستقل در خارج از طرحمان ارسال خواهیم کرد. برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر به فصل 9 مراجعه کنید.

اگر بیماری خاصی داشته باشید، مانند درد مرتبط با سرطان فعال یا کم خونی داسی شکل، اگر خدمات ویژه بیماری های لاعلاج دریافت می کنید، مراقبت تسکینی یا مراقبت مخصوص دوران پایان عمر را دریافت می کنید، یا اگر در مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می کنید، ممکن است در DMP ما قرار نگیرید.

بخش 10.3 برنامه Medication Therapy Management (MTM) برای کمک به اعضا در مدیریت داروهایشان

برنامه ای داریم که به اعضا کمک می کند نیازهای پیچیده سلامتشان را برطرف کنند. نام این برنامه، Medication Therapy Management (MTM) است. استفاده از این برنامه داوطلبانه و رایگان است. گروهی از پزشکان و داروسازان این برنامه را تشکیل داده اند تا ما مطمئن شویم که اعضایمان با مصرف داروها بیشترین فایده را ببرند.

بعضی از اعضا که داروها را برای سایر بیماری‌ها مصرف می‌کنند و هزینه دارویی بالایی دارند، یا کسانی که در DMP هستند برای اینکه بتوانند از داروهای مخدر به صورت ایمن استفاده کنند ممکن است لازم باشد خدمات را از طریق برنامه MTM دریافت کنند. اگر واجد شرایط حضور در این برنامه باشید، یک داروساز یا متخصص امور سلامت بررسی جامعی را درباره داروهایتان انجام می دهد. در طول این بررسی، می توانید درباره داروهای مصرفی، هزینه ها، و هر مشکل یا مسئله دیگری درباره داروهای تجویزی و داروهای بدون نسخه سؤال کنید. یک خلاصه کتبی حاوی فهرست کارهای توصیه شده دریافت می کنید که شامل مراحل مختلفی است که برای دریافت بهترین نتایج از داروها باید آنها را اجرا کنید. همچنین یک فهرست دارویی دریافت خواهید کرد که شامل همه داروهای مصرفی شما، میزان دوز مصرفی، و زمان و دلیل مصرف دارو است. همچنین اعضا در برنامه MTM اطلاعاتی درباره دور ریختن ایمن داروهای تجویزی که جزء مواد (مخدر) تحت کنترل هستند دریافت خواهند کرد.

بهتر است درباره فهرست کارهای توصیه شده و فهرست داروها با پزشکتان صحبت کنید. خلاصه کتبی را در هر ویزیت و هربار که با پزشک، داروسازها و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت صحبت می‌کنید به همراه ببرید. همچنین فهرست داروها را به روز نگهدارید و با خودتان داشته باشید (مثلاً در کنار کارت شناسایی) تا در صورت مراجعه به بیمارستان یا بخش اورژانس در دسترس باشند.

اگر برنامه‌ای وجود دارد که با نیازهای شما سازگاری دارد، شما را به صورت خودکار در این برنامه ثبت‌نام می کنیم و اطلاعات را برایتان ارسال خواهیم کرد. اگر تصمیم می گیرید در آن طرح شرکت نکنید، به ما اطلاع دهید تا عضوتتان را لغو کنیم. اگر سؤالی درباره این برنامه دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

بخش 11 گزارش هایی برایتان ارسال می کنیم که در آنها درباره پرداخت هزینه های داروها و اینکه در چه مرحله ای از پرداخت هستید توضیح داده شده است

بخش 11.1 یک خلاصه ماهانه با نام «*توضیح مزایای Part D*» (Part D EOB) برایتان ارسال می کنیم

طرح ما سوابق مربوط به هزینه های داروهای تجویزی شما و پرداخت هایی را که هنگام دریافت داروها برای اولین بار یا دفعات بعدی از داروخانه انجام می دهید ثبت می کند. با این روش هروقت از یک مرحله پرداخت دارویی به مرحله ای دیگر جابجا شوید به شما اطلاع می دهیم. به طور خاص دو نوع هزینه را پیگیری می کنیم:

- میزان مبلغ پرداختی شما را پیگیری می کنیم. به این مبالغ «**پرداخت های شخصی**» گفته می شود.
- **کل مبلغ هزینه دارویی** شما را نیز پیگیری می کنیم. این مبلغ پرداخت شخصی شما یا پرداخت از طرف سایر افراد از طرف شما بعلاوه مبلغی است که طرح پرداخت می کند.

اگر یک یا تعداد بیشتری داروی تجویزی (نسخه) را در ماه گذشته از طریق طرح ما دریافت کرده‌اید، *توضیح مزایا Part D* (به اختصار Part D EOB) را برایتان ارسال می‌کنیم. Part D EOB شامل موارد زیر است:

- **اطلاعات مربوط به همان ماه.** در این گزارش جزئیات پرداخت مربوط به داروهای تجویزی (نسخه) که در ماه گذشته دریافت کرده اید ارائه شده است. در این گزارش کل هزینه دارویی، مبلغ پرداختی از طرف طرح و مبلغی که شما یا شخصی دیگر از طرف شما پرداخت کرده است عنوان شده است.
- **مبالغ کل برای همان سال از 1 ژانویه.** به این مقدار «اطلاعات از اول سال تا امروز» گفته می شود. کل هزینه دارویی و کل پرداخت ها برای داروها از شروع همان سال را نشان می دهد.
- **اطلاعات قیمت دارو.** این اطلاعات شامل کل مبلغ دارو و اطلاعاتی درباره افزایش قیمت از اولین دفعه ای است که داروی هر نسخه را با همان دوز یکسان دریافت کرده اید.
- **داروهای تجویزی جایگزین و قابل استفاده با هزینه کمتر.** حاوی اطلاعاتی درباره سایر داروهایی است که برای هر دعوی مربوط به نسخه با هزینه کمتر در دسترس هستند.

بخش 11.2 به ما کمک کنید اطلاعات مربوط به پرداخت های دارویی تان را به روز نگهداریم

برای حفظ سوابق مربوط به هزینه‌های دارویی شما و مبالغی که پرداخت می‌کنید، ما از مدارک دریافتی از داروخانه ها استفاده می‌کنیم. در اینجا عنوان شده است چطور می توانید به ما کمک کنید اطلاعاتتان را صحیح و به روز حفظ کنیم:

- **کارت عضویتتان را هربار که داروی تجویزی دریافت می کنید نشان دهید.** با این کار مطمئن می شویم از داروهای نسخه ای که دریافت می کنید و مبلغی که پرداخت می کنید مطلع هستیم.
- **مطمئن شوید ما اطلاعات مورد نیاز را در اختیار داشته باشیم.** بعضی مواقع شما کل هزینه داروهای نسخه ای را پرداخت می کنید. در این مواقع نمی توانیم به صورت خودکار اطلاعات مورد نیاز را برای پیگیری وضعیت پرداخت های شخصی تان دریافت کنیم. برای اینکه وضعیت پرداخت های شخصی تان را پیگیری کنیم، کپی رسیدهایتان را در اختیارمان قرار دهید. در اینجا چند مثال ارائه شده است که چه وقت باید کپی رسیدهای دارویی (نسخه ها) را در اختیارمان قرار دهید:

- وقتی داروی تحت پوشش را در داروخانه شبکه با قیمتی ویژه خریداری می‌کنید یا از کارت تخفیف استفاده می‌کنید که بخشی از مزایای طرح ما نیست.
- وقتی پرداخت مشترک برای داروهایی انجام می دهید که تحت یک «برنامه کمک تولیدکننده دارو به بیماران» ارائه شده است
- بعضی مواقع داروهای تحت پوشش را از داروخانه های خارج از شبکه خریداری می کنید، یا ممکن است کل مبلغ داروهای تحت پوشش را در شرایطی خاص پرداخت کنید
- اگر برای یک داروی تحت پوشش برایتان صورتحساب صادر شده است، می توانید از طرح ما درخواست کنید سهممان را از هزینه پرداخت کنیم. برای اطلاع از دستورالعمل های مربوط به نحوه انجام این کار به فصل 7، بخش 2 مراجعه کنید.

- **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 جزء پرداخت های شخصی شما محسوب می‌شوند. برای مثال مبالغی که توسط «برنامه کمک هزینه دارویی ایالتی»، «برنامه کمک‌های دارویی ایدز» (ADAP)، «خدمات سلامت سرخپوستان» و اکثر خیریه‌ها پرداخت می شوند به حساب پرداخت های شخصی شما گذاشته می‌شوند. سوابق مربوط به این پرداخت ها را نگهدارید و آنها را برای ما ارسال کنید تا بتوانیم هزینه هایتان را پیگیری کنیم.
- **گزارش‌های کتبی را که برایتان ارسال می کنیم بررسی کنید.** وقتی Part D EOB دریافت می کنید، آن را بررسی کنید و مطمئن شوید اطلاعات موجود در آن کامل و صحیح باشد. اگر فکر می‌کنید موضوعی لحاظ نشده است یا اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. به جای دریافت نسخه کاغذی *توضیح مزایای Part D (Part D EOB)* از طریق پست، اکنون می توانید نسخه الکترونیکی Part D EOB را دریافت کنید. می‌توانید آن را از طریق این سایت درخواست کنید https://www.express-scripts.com/. اگر انتخاب کنید که به این شکل اقدام کنید، هنگامی که Part D eEOB شما آماده مشاهده، چاپ یا دانلود شود ایمیلی دریافت خواهید کرد. نسخه های الکترونیکی Part D EOB نیز با نام «Part D غیرکاغذی EOB» شناخته می شود. نسخه‌های غیرکاغذی Part D EOB کپی دقیق (تصویر) نسخه چاپی Part D EOB هستند. حتماً این گزارش‌ها را نگه دارید.

فصل 6:

آنچه برای داروهای نسخه ای Part D می پردازید

چطور می توانید اطلاعاتی درباره هزینه داروها کسب کنید؟

به دلیل اینکه برای Medicaid واجد شرایط هستید، واجد شرایط دریافت «Extra Help» از Medicare هستید و این کمک هزینه را برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی دریافت می کنید. به دلیل اینکه در برنامه «Extra Help» هستید **بعضی از اطلاعات در این *گواهی پوشش دهی* درباره هزینه های داروهای تجویزی Part D ممکن است برای شما اعمال نشود**. ما یک الحاقیه جداگانه با عنوان *«الحاقیه گواهی پوشش دهی برای افرادی که Extra Help برای پرداخت هزینه داروهای نسخه ای دریافت می کنند»* برایتان ارسال می کنیم (همچنین به آن «الحاقیه یارانه افراد کم درآمد» یا «الحاقیه LIS») نیز گفته می شود که درباره پوشش داروهابه شما اطلاع می دهد. اگر این الحاقیه را ندارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید، و درخواست کنید «الحاقیه LIS» برایتان ارسال شود.

فصل 7:

درخواست از ما برای پرداخت صورت‌حساب‌هایی که برای خدمات پزشکی یا داروهای تحت پوشش دریافت می‌کنید.

فصل 7 درخواست از ما برای پرداخت سهم هزینه از مبلغ صورتحساب‌هایی که برای خدمات پزشکی یا داروهای تحت‌پوشش دریافت می‌کنید

بخش 1 شرایطی که در آن باید از ما درخواست کنید هزینه خدمات یا داروهای تحت پوشش شما را پرداخت کنیم

ارائه دهندگان شبکه ما برای داروها و خدمات تحت پوشش شما مستقیماً برای طرح صورتحساب صادر می کنند - برای خدمات یا داروهای تحت پوشش نباید هیچ صورتحسابی دریافت کنید. اگر برای مراقبت پزشکی یا دارویی که دریافت کرده اید برایتان صورتحساب صادر شده است، باید این صورتحساب را برایمان ارسال کنید تا بتوانیم آن را پرداخت کنیم. وقتی صورتحساب را برایمان ارسال می کنید، آن را بررسی می کنیم و تصمیم گیری می کنیم آیا خدمات باید پوشش داده شوند یا خیر. اگر تصمیم بگیریم خدمات باید تحت پوشش باشند، هزینه را مستقیماً به ارائه دهنده پرداخت خواهیم کرد.

اگر قبلاً برای خدمات Medicaid یا اقلام تحت پوشش طرح هزینه ای پرداخت کرده اید، می توانید از طرح ما درخواست کنید این مبلغ را به شما برگرداند (برگرداندن هزینه پرداختی به شما **بازپرداخت** نام دارد). هروقت برای خدمات یا داروهای پزشکی تحت پوشش طرح ما هزینه ای پرداخت کردید، حق دارید درخواست کنید هزینه به شما برگردانده شود. وقتی صورتحساب را برایمان ارسال می کنید که قبلاً مبلغ آن را پرداخت کرده اید، آن را بررسی می کنیم و تصمیم گیری می کنیم آیا خدمات یا داروها باید پوشش داده شوند یا خیر. اگر تصمیم بگیریم این موارد را پوشش دهیم، هزینه این خدمات یا داروها را به شما برمی گردانیم.

اگر قبلاً برای خدمات Medicare یا اقلام تحت پوشش طرح هزینه ای پرداخت کرده اید، می توانید از طرح ما درخواست کنید این مبلغ را به شما برگرداند (برگرداندن هزینه پرداختی به شما **بازپرداخت** نام دارد). هروقت برای خدمات یا داروهای پزشکی تحت پوشش طرح ما هزینه ای پرداخت کردید، حق دارید درخواست کنید هزینه به شما برگردانده شود. برای بازپرداخت هزینه باید تاریخ ها یا موعدهای مقرری را در نظر داشته باشید. به بخش 2 این فصل مراجعه کنید. وقتی صورتحساب را برایمان ارسال می کنید که قبلاً مبلغ آن را پرداخت کرده اید، آن را بررسی می کنیم و تصمیم گیری می کنیم آیا خدمات یا داروها باید پوشش داده شوند یا خیر. اگر تصمیم بگیریم این موارد را پوشش دهیم، هزینه این خدمات یا داروها را به شما برمی گردانیم.

بعضی مواقع نیز برای هزینه کامل خدمات پزشکی دریافت شده صورتحسابی از ارائه دهنده دریافت می کنید، یا ممکن است مبلغ صورتحساب بیشتر از مبلغ تسهیم هزینه توضیح داده شده در این راهنما باشد. ابتدا سعی کنید مشکل مربوط به صورتحساب را با ارائه دهنده حل و فصل کنید. اگر به نتیجه نرسیدید، به جای پرداخت صورتحساب، آن را برای ما ارسال کنید. آن را بررسی می کنیم و تصمیم گیری می کنیم آیا خدمات باید پوشش داده شوند یا خیر. اگر تصمیم بگیریم خدمات باید تحت پوشش باشند، هزینه را مستقیماً به ارائه دهنده پرداخت خواهیم کرد. اگر تصمیم به عدم پرداخت بگیریم، به ارائه دهنده اطلاع خواهیم داد. هرگز نباید مبلغی بیشتر از تسهیم هزینه مجاز طرح پرداخت کنید. اگر ارائه دهنده مورد نظر دارای قرارداد باشد، همچنان حق دریافت خدمات درمانی را دارید.

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

1. وقتی خدمات مراقبت پزشکی اورژانسی و مورد نیاز فوری را از ارائه‌دهنده‌ای دریافت می‌کنید که در شبکه طرح ما نیست

می توانید خدمات اورژانسی و مورد نیاز فوری را از هر ارائه دهنده ای دریافت کنید و مهم نیست او عضو شبکه ما باشد. در این موارد از ارائه دهنده درخواست کنید برای طرح صورتحساب ارسال کند.

- اگر مبلغ کل را شخصاً خودتان هنگام دریافت خدمات مراقبتی پرداخت می‌کنید، از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و هرگونه مدرک مربوط به مبلغ پرداخت‌شده را برای ما ارسال کنید.

- ممکن است از ارائه دهنده صورتحسابی دریافت کنید مبنی بر اینکه باید مبلغی پرداخت کنید که فکر می‌کنید بدهکار نیستید. این صورتحساب و هرگونه مدرک مربوط به مبالغ پرداخت‌شده را برای ما ارسال کنید.
  - اگر مبلغی به صورت بدهی باید به ارائه دهنده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه دهنده پرداخت خواهیم کرد.
  - اگر هزینه خدمات را پرداخت کرده‌اید، ما آن را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

2. وقتی ارائه‌دهنده درون شبکه برایتان صورت‌حسابی ارسال کرده است و فکر می‌کنید نباید آن را پرداخت کنید
ارائه دهندگان شبکه همیشه باید مستقیماً صورتحساب را برای طرح ارسال کنند. اما بعضی مواقع اشتباه می کنند و از شما درخواست می کنند هزینه خدمات را پرداخت کنید.

- وقتی صورتحسابی از ارائه دهنده شبکه دریافت می‌کنید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با آن ارائه دهنده تماس می گیریم و مشکل مربوط به صورتحساب را برطرف خواهیم کرد.
- اگر قبلاً صورتحساب ارائه دهنده شبکه را پرداخت کرده‌اید، صورتحساب و مدرک مربوط به هر مبلغ پرداخت‌شده را برای ما ارسال کنید. برای خدمات تحت پوشش باید از ما درخواست کنید هزینه را پرداخت کنیم.

3. اگر ثبت‌نامتان در طرح ما به صورت عطف به ماسبق حساب باشد.
بعضی مواقع ثبت‌نام یک شخص در طرح ما به صورت عطف به ما سبق است. (به این معنی که اولین روز ثبت‌نام این فرد در گذشته بوده است. تاریخ این ثبت‌نام ممکن است در سال قبل باشد.)

اگر تاریخ شروع ثبت‌نامتان در طرح ما زودتر ثبت شده است و برای خدمات و داروهای تحت پوشش دریافتی بعد از تاریخ ثبت‌نامتان شخصاً هزینه را پرداخت کرده اید، می توانید از ما درخواست کنید این مبلغ را به شما برگردانیم. لازم است مدارکی مانند رسیدها و صورتحساب ها را برای ما ارسال کنید تا مراحل بازپرداخت را انجام دهیم.

4. وقتی از یک داروخانه خارج از شبکه برای دریافت نسخه استفاده می‌کنید
اگر به داروخانه خارج از شبکه مراجعه کرده اید، این داروخانه ممکن است نتواند درخواست ها را مستقیماً برای ما ارسال کند. در این شرایط باید هزینه کامل داروی تجویزی را خودتان پرداخت کنید.

رسیدتان را نگهدارید و هنگام درخواست از ما برای بازپرداخت، یک کپی برای ما ارسال کنید. فراموش نکنید ما داروخانه های خارج از شبکه را فقط در شرایطی خاص تحت پوشش قرار می دهیم. برای توضیحات درباره این شرایط به فصل 5، بخش 2.5 مراجعه کنید.

5. وقتی به دلیل همراه نداشتن کارت عضویت طرح، هزینه کامل نسخه را پرداخت می‌کنید
اگر کارت عضویت طرح را همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید با ما تماس بگیرد یا اطلاعات عضویت در طرحتان را کنترل کند. اگر داروخانه نمی تواند فوراً به اطلاعات ثبت‌نام دسترسی پیدا کند، ممکن است لازم باشد که خودتان هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید. رسیدتان را نگهدارید و هنگام درخواست از ما برای بازپرداخت، یک کپی برای ما ارسال کنید.

6. وقتی خودتان هزینه کامل نسخه را در سایر شرایط پرداخت می‌کنید
ممکن است هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید زیرا متوجه می شوید دارو به هر دلیلی تحت پوشش نیست.

- مثلاً ممکن است دارو در «لیست دارو» در طرح نباشد، یا شرایط خاص یا محدودیتی داشته باشد که از آن اطلاع نداشتید یا فکر می کردید که درباره شما اعمال نخواهد شد. اگر تصمیم بگیرید دارو را فوراً دریافت کنید، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل آن راپرداخت کنید.
- رسیدتان را نگهدارید و هنگام درخواست از ما برای بازپرداخت، یک کپی برای ما ارسال کنید. در بعضی موارد ممکن است لازم باشد اطلاعات بیشتری را از پزشک دریافت کنیم تا هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم.

7. اگر به دلیل واجد شرایط بودن برای Medicaid، ثبت‌نامتان در طرح ما به صورت عطف به ماسبق حساب باشد.
Medicaid یک برنامه مشترک دولت فدرال و ایالتی است که در پرداخت هزینه‌های پزشکی به بعضی افراد که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند. بعضی از افراد دارای Medicaid به صورت خودکار در طرح ما ثبت‌نام می شوند تا داروهای تجویزی آنها پوشش داده شود. بعضی مواقع ثبت‌نام یک شخص در طرح به صورت عطف به ما سبق است. («عطف به ما سبق» به این معنی که اولین روز ثبت‌نام این فرد در گذشته بوده است. تاریخ این ثبت‌نام ممکن است در سال قبل باشد.)

اگر تاریخ شروع ثبت‌نامتان در طرح ما زودتر ثبت شده است و برای داروهای تحت پوشش دریافتی بعد از تاریخ ثبت‌نامتان شخصاً هزینه را پرداخت کرده اید، می توانید از ما درخواست کنید این مبلغ را به شما برگردانیم. لازم است مدارکی مانند رسیدها و صورتحساب ها را برای ما ارسال کنید تا مراحل بازپرداخت را انجام دهیم.

- وقتی از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسیدتان را برایمان ارسال کنید.
- برای بازپرداخت هزینه هایی که شخصاً خودتان پرداخت کرده اید باید درخواست کنید (نه برای هر هزینه ای که یک شرکت بیمه دیگر پرداخت کرده است).
  - ممکن است طرح برای داروهایی که در لیست داروی ما نیستند هزینه ای پرداخت نکند. همه مثال های ارائه شده در بالا، انواعی از تصمیم های پوشش دهی است. به این معنی که اگر درخواست شما برای پرداخت را قبول نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. در فصل 9 این دفترچه (در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم پوشش دهی، درخواست تجدیدنظر، شکایت)) اطلاعاتی درباره نحوه درخواست تجدیدنظر ارائه شده است.

وقتی درخواست برای پرداخت را به ما ارسال می‌کنید، ما درخواست شما را بررسی می کنیم و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشند یا خیر. به این کار «تصمیم پوشش دهی» گفته می شود. اگر تصمیم بگیریم موردی را تحت پوشش قرار دهیم، هزینه خدمات یا دارو پرداخت خواهیم کرد. اگر درخواست شما برای پرداخت را قبول نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. در فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی درباره نحوه درخواست تجدیدنظر ارائه شده است.

بخش 2 نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت یا پرداخت صورتحسابی که قبلاً دریافت کرده اید

با ارسال یک درخواست کتبی می توانید از ما درخواست کنید هزینه را به شما برگردانیم. اگر درخواست را به صورت کتبی ارسال می کنیم، صورتحساب و اسناد مربوط به هر پرداختی را که خودتان انجام داده اید ارسال کنید. بهتر است که یک کپی از صورتحساب و رسیدهای خود برای سوابق خود نگهداری کنید. **شما باید دعوی (درخواست) خود را در مدت 365 روز (برای دعوی های پزشکی) و در مدت سه سال (برای دعوی های دارویی)** از تاریخی که خدمات، اقلام، یا دارو را دریافت می‌کنید برایمان ارسال کنید.

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

- استفاده از این فرم الزامی نیست ولی به ما کمک می کند اطلاعات را سریع‌تر بررسی کنیم. برای بازپرداخت هزینه به اعضا، فرم های دعوی از طریق پورتال اینترنتی قابل دسترسی هستند. توصیه می کنیم اعضا حتماً از این فرم استفاده کنند و مطمئن شوند که همه اسناد را ارسال کرده اند، اما الزامی در استفاده از این فرم نیست. همچنین می توانید یک کپی از صورتحساب را بدون فرم ارسال کنید. در هر حال باید اطلاعات ارائه‌دهنده، تاریخ دریافت خدمات، در صورت امکان کدهای CPT، کدهای تشخیص بیماری یا توضیحات موجود، و مبلغ صورت‌حساب به همراه هرگونه سوابق پزشکی موجود، ارائع شود و در صورت لزوم توضیح کوتاهی درباره اینکه چرا به چنین درمانی نیاز بوده است نیز ذکر گردد. همچنین اعضا باید مدرک مربوط به پرداخت را در هر زمان همراه با ارسال دعوی، ارسال کنند. مدارک معتبر پرداخت عبارتند از صورتحساب بانکی یا کارت اعتباری یا کپی چک های لغو شده.
- یک کپی از فرم را می توانید از وب‌سایت ما در این آدرس دانلود کنید: www.wellcare.com/healthnetCA یا با خدمات اعضا تماس بگیرید و فرم را درخواست کنید.

برای خدمات پزشکی، درخواست پرداخت را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید برای ما به این آدرس ارسال کنید:

آدرس برای درخواست پرداخت
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

برای داروهای تجویزی Part D، درخواست پرداخت را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید برای ما به این آدرس ارسال کنید:

آدرس ارسال درخواست برای پرداخت های Part D
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

بخش 3 ما درخواستتان را برای پرداخت بررسی می کنید و پاسخ مثبت یا منفی خواهیم داد

بخش 3.1 ما بررسی می کنیم آیا باید خدمات یا داروها را تحت پوشش قرار دهیم

با دریافت درخواستتان برای پرداخت، اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم به شما اطلاع خواهیم داد. در غیر اینصورت درخواستتان را بررسی می کنیم و تصمیم پوشش دهی انجام می دهیم.

- اگر تصمیم بگیریم مراقبت درمانی یا دارو را تحت پوشش قرار دهیم، هزینه آن خدمات را پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً برای این خدمات یا داروها هزینه ای پرداخت کرده اید، بازپرداخت را به صورت پستی برایتان ارسال می کنیم. اگر هنوز هزینه خدمات یا داروها را پرداخت نکرده اید، ما مبلغ پرداختی را مستقیماً به ارائه دهنده ارسال خواهیم کرد.
- اگر این تصمیم اخذ شود که مراقبت درمانی یا دارو را تحت پوشش قرار *ندارد*، یا شما قوانین را رعایت نکرده‌اید، هزینه آن خدمات یا دارو را پرداخت نخواهیم کرد. نامه ای برایتان ارسال می کنیم و توضیح می دهیم که چرا هزینه را به شما پرداخت نمی کنیم، و درباره حقوقتان برای درخواست تجدیدنظر درباره این تصمیم گیری توضیح می دهیم.

بخش 3.2 اگر به شما بگوییم که هزینه دارو یا خدمات درمانی پزشکی را پرداخت نمی کنیم، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید

اگر فکر می کنید عدم پذیرش درخواستتان برای پرداخت اشتباه بوده است یا اگر درباره مبلغ پرداختی به شما اشتباه کرده ایم، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید اگر درخواست تجدیدنظر کنید، به این معنی است که از ما درخواست کرده اید تصمیم قبلی مان را در هنگام عدم پذیرش درخواست برای بازپرداخت تغییر دهیم. روال تجدیدنظر یک روال رسمی است و روندها و موعدهای مقرر (تاریخ) مهمی دارد. برای جزئیات درباره نحوه درخواست تجدیدنظر به فصل 9 این دفترچه مراجعه کنید.

فصل 8:

حقوق و مسئولیت های شما

بخش 1 طرح ما باید به حقوق و حساسیت های فرهنگی شما به عنوان عضو طرح احترام بگذارد

بخش 1.1 ما باید اطلاعات را به گونه ای ارائه دهیم که برای شما قابل فهم باشد و با حساسیت های فرهنگی شما سازگار باشد (به زبان های غیر از انگلیسی، به زبان بریل، به صورت فایل صوتی، چاپ با حروف بزرگ، یا سایر فرمت های جایگزین، و غیره).

طرح شما حتماً باید اطمینان حاصل کند که همه خدمات چه بالینی و چه غیربالینی به گونه ای ارائه شود که با فرهنگ شما مطابقت داشته باشد و برای همه ثبت‌نام کنندگان قابل دسترسی باشد، ازجمله برای کسانی که مهارت زبان انگلیسی و مهارت خواند محدودی دارند، مشکل شنوایی دارند، یا کسانی که پس زمینه فرهنگی و ملیتی متفاوتی دارند. نمونه هایی از اینکه طرح چطور از چنین الزاماتی برای دسترسی اعضا پیروی می کند، شامل و نه محدود به این موارد است: ارائه خدمات ترجمه، خدمات مترجم شفاهی، تله تایپ، یا اتصال TTY (تلفن متنی یا تلفن تله تایپ).

طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات اعضایی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند. همچنین مطالبی به سایر زبان ها بجز انگلیسی داریم که در منطقه خدماتی طرح به آن زبان ها صحبت می شود. همچنین می‌توانیم در صورت نیاز شما و به رایگان اطلاعات را در قالب‌های صوتی، بریل، چاپ درشت، یا سایر قالب‌های جایگزین ارائه دهیم. ما ملزم هستیم اطلاعات مربوط به مزایای طرح را به فرمتی قابل دسترسی و مناسب شما ارائه کنیم. برای دریافت اطلاعات از ما به روشی که برایتان کارآمد باشد، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

طرح ما ملزم است برای ثبت‌نام کنندگان زن امکان دسترسی مستقیم به متخصصین سلامت زن در شبکه، و دسترسی به خدمات پیشگیری مراقبت از سلامت و خدمات معمول زنان را فراهم کند.

اگر ارائه دهندگان در شبکه طرح برای موردی خاص در دسترس نباشند، طرح مسئولیت دارد ارائه دهندگان با تخصص ویژه را در خارج از شبکه پیدا کند تا خدمات ضروری را در اختیار شما قرار دهند. در این شرایط شما فقط مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه را پرداخت خواهید کرد. اگر در شرایط خاصی هستید که هیچ متخصصی در شبکه حضور ندارد تا خدمات مورد نیاز شما را پوشش دهد، برای اطلاع درباره اینکه برای دسترسی به این خدمات با مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه باید به کجا مراجعه کنید با طرح تماس بگیرید.

اگر برای دریافت اطلاعات از طرح ما در قالبی با دسترسی راحت و مناسب خودتان مشکل دارید، می توانید برای طرح شکایت و عدم رضایتتان با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا تماس مستقیم با «دفتر حقوق مدنی» به شماره 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 شکایتی را به Medicare ارائه کنید.

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. A parte del inglés, también disponemos de contenido para usted en otros idiomas comúnmente hablados en el área de servicio del plan. De ser necesario, también podemos brindarle información en audio, braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a ofrecerle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte de nosotros en un formato que le sea conveniente, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de tener acceso directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen dónde acudir para obtener ese servicio con los costos de gastos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para los miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상적 서비스가 문화적으로 적절한 방식을 통해 제공되고, 제한된 영어 구사 능력 및 독해 능력, 청각 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 가입자를 포함하여 모든 가입자의 이용을 보장하기 위해 필요합니다. 하나의 플랜이 이러한 접근성 요구

사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비 영어권 가입자들의 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 플랜 서비스 지역에서 통용되는 영어 이외의 언어로 작성된 자료도 제공합니다. 그리고 필요시 오디오, 점자, 큰 활자 인쇄 또는 기타 대체 형식으로 된 정보를 무료로 제공할 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 맞는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

여성의 정기적 예방 의료 서비스를 위해 네트워크 소속 여성 의료 전문의에게 직접 접근할 수 있는 옵션을 여성 등록자에게 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없을 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 내 비용 분담만 납부하게 됩니다. 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 민권 담당국 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Chương trình của quý vị được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiểu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng việc dễ tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi cũng có sẵn tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh được sử dụng ở khu vực dịch vụ của chương trình. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở dạng âm thanh, chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc các định dạng khác thay thế miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch Vụ Thành Viên.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ của phụ nữ.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí dịch vụ trong mạng lưới. Nếu quý vị cho rằng mình đang trong tình huống là không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình đó để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp rắc rối trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị, vui lòng gọi để gửi đơn khiếu nại tới Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp với Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

يلزم على خطتك الحرص على تقديم كل الخدمات، سواء أكانت سريرية أم غير سريرية، بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية والتأكد من أن كل المنتسبين يستطيعون الوصول إلى هذه الخدمات، بما في ذلك أولئك الذين لا يتقنون اللغة الإنجليزية جيداً أو الذين لديهم قدرات قراءة محدودة أو إعاقة في السمع أو المنحدرين من خلفيات ثقافية وعرقية مختلفة. وتشمل الأمثلة التي تعكس كيف يمكن لخطة ما تلبية متطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات الترجمة أو خدمات الترجمة الفورية أو المُبْرِقَات الكاتبة أو الاتصال بأجهزة TTY (هواتف الرسائل النصية أو المُبْرِقَات الكاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة التي يطرحها الأعضاء الذين لا يتكلمون اللغة الإنجليزية ولدينا أيضًا مواد متوفرة بلغات أخرى غير الإنجليزية متداولة في منطقة الخدمة الخاصة بالخطة. ويمكننا أيضًا تزويدك بالمعلومات بتنسيق صوتي أو بطريقة برايل أو بالطباعة الكبيرة أو بأي تنسيقات بديلة أخرى إذا كنت بحاجة إليها من دون أن تتحمل أي تكلفة. نحن مطالبون بتزويدك بالمعلومات المتعلقة بمزايا الخطة بتنسيق يناسبك وتستطيع الوصول إليه بسهولة. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

يلزم على خطتنا منح المنتسبات خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي بصحة المرأة ضمن الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية النسائية الروتينية والوقائية.

في حال عدم توافر مقدمي خدمات لاختصاص معين ضمن شبكة الخطة، تتولى الخطة مسؤولية العثور على مقدمي خدمات اختصاصيين من خارج نطاق الشبكة قادرين على تقديم الرعاية اللازمة لك. في هذه الحال، ستدفع فقط مشاركة التكلفة ضمن الشبكة. في حال لم تجد اختصاصيين يمكنهم تغطية الخدمة التي تحتاج إليها ضمن شبكة الخطة، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك أن تقصده للحصول على هذه الخدمة مع مشاركة التكلفة ضمن الشبكة.

إذا واجهت أي مشكلة في الحصول على المعلومات من خطتنا بتنسيق يناسبك وتستطيع الوصول إليه بسهولة، فيرجى الاتصال لتقديم تظلم إلى قسم خدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare من خلال الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو على رقم TTY: 1-800-537-7697.

طرح شما موظف است اطمینان حاصل کند که همه خدمات، اعم از بالینی و غیربالینی، به شیوهای مناسب به لحاظ فرهنگی ارائه می‌شوند و برای همه ثبت‌نام‌شدگان، از جمله افرادی با مهارت انگلیسی محدود، مهارتهای خواندن محدود، مشکل شنوایی، یا افراد با پیش‌زمینه فرهنگی و قومی متنوع قابل دسترسی است. نمونه‌هایی از اینکه چگونه یک طرح ممکن است این الزامات دسترسی را برآورده کند، شامل اما نه محدود به ارائه خدمات مترجم کتبی، خدمات مترجم شفاهی، تله تایپ، یا تماس TTY (تلفن متنی یا تلفن تله‌تایپ) می‌شود.

در طرح ما مترجم شفاهی رایگان در دسترس است تا به سؤالات اعضای غیرانگلیسی‌زبان پاسخ دهد: ما همچنین محتوایی به زبانهایی به غیر از انگلیسی داریم که در محدوده ارائه خدمات طرح به آن زبان ها صحبت می‌شوند. همچنین می‌توانیم در صورت نیاز شما و به رایگان اطلاعات را در قالب های صوتی، بریل، چاپ درشت، یا سایر قالب‌های جایگزین ارائه دهیم. ما موظفیم اطلاعات مربوط به مزایای طرح را در قالبی که برای شما مناسب و قابل دسترسی است ارائه دهیم. برای کسب اطلاعات از ما به شیوهای که برای شما مناسب است، لطفا با "خدمات اعضا" تماس بگیرید.

طرح ما موظف است به ثبت‌نام‌شدگان خانم گزینه دسترسی مستقیم به متخصص سلامت بانوان در داخل شبکه و برای خدمات مراقبت سلامت پیشگیرانه و روتین بانوان را بدهد.

اگر برای تخصصی، ارائه دهندهای در شبکه طرح موجود نباشند، این مسئولیت طرح است تا ارائه‌دهندگان متخصص خارج از شبکه‌ای را بیابد که خدمات لازم را به شما می‌دهند. در اینصورت، شما فقط تسهیم هزینه درون-شبکه را خواهید پرداخت. اگر وضعیتی برایتان پیش بیاید که هیچ متخصصی در شبکه وجود نداشته باشد تا خدمات مورد نیاز شما را ارائه دهد، با طرح تماس بگیرید تا اطلاعات مربوط به جایی را به شما بدهد که باید برای دریافت این خدمات با تسهیم هزینه درون-شبکه به آن مراجعه کنید.

اگر در کسب اطلاعات از طرح خود در قالبی که برای شما در دسترس و مناسب است با مشکل مواجهید، لطفا برای طرح شکایت با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا تماس مستقیم با Office for Civil Right به شماره 1-800-368-1019 یا TTY به شماره 1-800-537-7697 شکایتی را نزد Medicare مطرح کنید.

بخش 1.2 ما باید اطمینان حاصل کنیم که شما به خدمات و داروهای تحت پوشش به موقع دسترسی داشته باشید

شما از این حق برخوردار هستید یک ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) در شبکه طرح را انتخاب کنید و برای دسترسی به خدمات تحت پوشش هماهنگی لازم را انجام دهید. همچنین حق دارید بدون دریافت ارجاع نزد متخصص بیماری‌های زنان بروید.

شما حق دارید خدمات تحت پوشش و وقت ویزیت را از ارائه دهندگان طرح در محدوده *زمانی قابل قبول*دریافت کنید. این مورد شامل حق دریافت به موقع خدمات از سوی متخصصین در صورت نیاز به آن نوع خاص از خدمات مراقبتی است. همچنین حق دارید نسخه‌هایتان را بدون معطلی طولانی از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما دریافت کنید.

اگر فکر می کنید خدمات مراقبت پزشکی یا داروهای Part D را در مدت زمان معقول دریافت نمی کنید، در فصل 9 توضیح داده شده است که باید چه کار کنید.

بخش 1.3 ما باید حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی شما را حفظ کنیم

قوانین فدرال و ایالتی از حریم خصوصی سوابق پزشکی و اطلاعات سلامت شخصی شما محافظت می‌کند. ما طبق این قوانین از اطلاعات سلامت شخصی شما محافظت می‌کنیم.

- اطلاعات سلامت شخصی شما شامل **اطلاعات شخصی** است که هنگام ثبت‌نام در این طرح در اختیارمان قرار می‌دهید، همچنین سوابق پزشکی و سایر اطلاعات سلامت و پزشکی را شامل می‌شود.
- شما حقوقی را در ارتباط با اطلاعات و کنترل نحوه استفاده از اطلاعات سلامتتان دارید. ما اعلامیه‌ای کتبی با نام *اعلامیه اصول* حریم خصوصی‌در اختیارتان قرار می‌دهیم که حاوی اطلاعاتی درباره این حقوق و نحوه حفاظت از محرمانگی اطلاعات سلامت شما است.

ما چطور از حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی شما را محافظت می کنیم؟

- ما اطمینان حاصل می کنیم افراد غیرمجاز پرونده‌های شما را مشاهده نمی کنند یا سوابق شما را تغییر نمی دهند.
- بجز در شرایطی که در زیر عنوان شده است، اگر بخواهیم اطلاعات سلامت شما را در اختیار فردی قرار دهیم که خدمات مراقبتی شما را ارائه نمی کند یا برای خدمات مراقبتی شما هزینه ای پرداخت نمی کند، *ملزم هستیم ابتدا مجوز کتبی از شما یا فردی که به او وکالتنامه داده اید تا از طرف شما تصمیم گیری کند دریافت کنیم.*
- موارد استثنای خاصی وجود دارد که لازم نیست ابتدا از شما اجازه کتبی بگیریم. قانون این گونه استثناها را مجاز یا لازم می‌داند.
  - ما ملزم هستیم اطلاعات سلامت را در اختیار سازمان های دولتی قرار دهیم که کیفیت خدمات مراقبت از درمان را بررسی می کنند.
  - به دلیل اینکه شما عضوی از طرح ما از طریق Medicare هستید، ما ملزم هستیم اطلاعات سلامت شما از جمله اطلاعات مربوط به داروهای Part D را در اختیار Medicare قرار دهیم. اگر Medicare اطلاعات شما را برای موارد تحقیقاتی یا سایر موارد منتشر کند، این کار بر اساس قوانین و مقررات فدرال انجام می شود و معمولاً برای این کار لازم است اطلاعاتی که باعث شناسایی شما می شوند به اشتراک گذاشته نشود.

می توانید اطلاعات موجود در سوابقتان را ببینید و از نحوه اشتراک گذاری آنها با سایرین مطلع شوید

شما حق دارید سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید و از پرونده‌های خود کپی بگیرید. ما اجازه داریم برای کپی گرفتن از سابقه پزشکی از شما هزینه‌ای دریافت کنیم. شما حق دارید از ما بخواهید سابقه پزشکی شما را به‌روزرسانی یا تصحیح کنیم. اگر از ما بخواهید که این کار را بکنیم، با ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت شما همکاری می‌کنیم تا تصمیم بگیریم که آیا تغییرات باید انجام شوند یا خیر.

شما حق دارید بدانید اطلاعات سلامتتان برای هر هدفی که معمول و روتین نیست چطور با سایرین به اشتراک گذاشته می شود.

اگر سؤال یا نگرانی خاصی درباره حفظ حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی خود دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

بخش 1.4 ما باید اطلاعات مربوط به طرح، شبکه ارائه دهندگان آن، و خدمات تحت پوشش شما را در اختیارتان قرار دهیم

شما به عنوان عضوی در طرح ما حق دارید انواع مختلفی از اطلاعات را از ما دریافت کنید.

اگر به هرکدام از اطلاعات زیر نیاز داشتید، با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- **اطلاعاتی درباره طرح ما.** این مورد مثلاً شامل اطلاعاتی درباره وضعیت مالی طرح است.
- **اطلاعات مربوط به ارائه دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما** شما حق دارید اطلاعاتی درباره شرایط و صلاحیت های ارائه دهندگان و داروخانه ها در شبکه ما دریافت کنید و اینکه چطور به ارائه دهندگان در طرح هزینه پرداخت می شود.
- **اطلاعاتی درباره پوشش شما و قوانینی که هنگام استفاده از پوششتان باید از آنها تبعیت کنید** در فصل 3 بخش 4 اطلاعاتی درباره خدمات پزشکی ارائه شده است. در فصل 5 و 6 اطلاعاتی درباره پوشش داروهای تجویزی Part D ارائه شده است.
  - **توجه:** طرح ما به کاروران پزشکی، ارائه دهندگان، یا کارکنانیکه روند «بررسی جهت تأیید خدمات درمانی» را انجام می دهند، ازجمله شرکت هایی که به صورت نمایندگی این کار را انجام می دهند، هیچ مبلغی را پرداخت نمی کند. تصمیم گیری درباره «مدیریت استفاده» (UM) فقط بر اساس مناسب بودن خدمات و مراقبت ها و وجود پوشش طرح است. همچنین طرح به طور خاص به کاروران و سایر افرادی که در روند «عدم پذیرش پوشش طرح» حضور دارند هیچ مبلغی را پرداخت نمی کند. انگیزه های مالی برای تصمیم گیرندگان UM باعث نمی شود تصمیمی در جهت «استفاده نامناسب» (استفاده خیلی زیاد یا خیلی کم) بگیرند.
- **اطلاعات مربوط به دلیل عدم پوشش بعضی موارد و اینکه چه کاری می توانید انجام دهید.** در فصل 9 اطلاعاتی درباره درخواست توضیح کتبی درباره دلیل عدم پوشش دهی بعضی خدمات پزشکی یا داروهای Part D و همچنین دلیل ایجاد محدودیت ارائه شده است. در فصل 9 اطلاعاتی درباره نحوه درخواست از ما برای تغییر تصمیم که به آن «تجدیدنظر» نیز گرفته می شود ارائه شده است.

بخش 1.5 ما باید از حقوق شما در تصمیم گیری درباره خدمات مراقبتی تان حمایت کنیم

شما حق دارید از گزینه‌های درمانی خود مطلع شوید و در تصمیم گیری های مربوط به مراقبت سلامت‌تان حضور داشته باشید

شما حق دارید اطلاعات کامل را از پزشکان خود و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت هنگام دریافت خدمات دریافت کنید. ارائه دهندگان باید درباره شرایط شما و انتخاب‌های پزشکی به روشی که متوجه شویدبرایتان توضیح دهند.

همچنین حق دارید به طور کامل در تصمیم گیری های مربوط به مراقبت از سلامتتان حضور داشته باشید. برای اینکه درباره بهترین گزینه درمانی با پزشکتان صحبت کنید و تصمیم گیری کنید، حقوقی دارید که در زیر ارائه شده است:

- **درباره همه انتخاب هایی که دارید اطلاع داشته باشید.** حق دارید درباره همه گزینه های درمانی توصیه شده برای بیماری تان بدون در نظر گرفتن هزینه و اینکه تحت پوشش طرح ما هستند یا نه به شما اطلاع داده شود. همچنین درباره برنامه هایی که طرح ما برای کمک به اعضا و مدیریت ایمن داروها و درمانشان ارائه می کند به شما اطلاع داده شود.
- **درباره خطرهای احتمالی آگاه باشید.** شما حق دارید از هرگونه خطرهای احتمالی موجود آگاه شوید. اگر خدمات مراقبت پزشکی یا درمانی پیشنهادی بخشی از آزمایش پژوهشی را تشکیل می‌دهد، باید از قبل به شما اطلاع داده شود. همیشه حق دارید هرگونه درمان تجربی را نپذیرید.
- **حق دارید پاسخ «منفی» بدهید.** شما حق دارید هرگونه درمان پیشنهادی را قبول نکنید. این موضوع شامل حق ترک بیمارستان یا هر مرکز پزشکی دیگری است حتی اگر پزشک شما برخلاف آن توصیه کند. شما همچنین حق دارید از مصرف داروی تجویز شده خودداری کنید. اما اگر درمان را قبول نکنید یا از مصرف دارو خودداری کنید، مسئولیت کامل آنچه برایتان پیش می‌آید بر عهده خودتان است.

اگر زمانی نتوانید برای خودتان در زمینه های پزشکی تصمیم گیری کنید، حق دارید درباره کارهایی که باید در این شرایط انجام شود به شما آموزش داده شود

بعضی مواقع افراد به دلیل تصادف یا سایر بیماری های شدید قادر نیستند تصمیم گیری های مربوط به مراقبت از سلامتشان را شخصاً انجام دهند. شما حق دارید بگویید اگر در چنین شرایطی قرار گرفتید می خواهید چه کارهایی انجام شود. به این معنی که در صورت *تمایل*می توانید کارهای زیر را انجام دهید:

- یک فرم کتبی را پر کنید تا به **فردی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم گیری پزشکی برای شما است** اجازه دهید در صورتی که ناتوان شدید از طرف شما تصمیم گیری کند.
- **به پزشکان خود دستور العمل‌های کتبی بدهید** مبنی بر اینکه اگر نتوانید برای خودتان تصمیم بگیرید می‌خواهید چطور به درمان شما رسیدگی کنند.

در این شرایط از قبل اسنادی قانونی برای بیان خواسته هایتان در چنین مواقعی ارائه می کنید که به آن «وصیت نامه پزشکی» گفته می شود. انواع مختلفی از **وصیت‌نامه پزشکی** و جود دارد و اسامی مختلفی دارند. اسنادی با عنوان **وصیت‌نامه در زمان حیات** و **وکالتنامه مراقبت‌های بهداشتی** نمونه‌هایی از وصیت نامه های پزشکی هستند.

اگر می‌خواهید از «وصیت نامه پزشکی» برای بیان دستورالعمل های خودتان استفاده کنید، کارهایی که باید انجام دهید اینجا عنوان شده است:

- **فرم را دریافت کنید.** «وصیت نامه پزشکی» را می توانید از وکیل، مددکاری اجتماعی، یا بعضی از فروشگاه های لوازم اداری دریافت کنید. بعضی مواقع می‌توانید فرم‌های وصیت نامه پزشکی را از سازمان‌هایی دریافت کنید که اطلاعاتی درباره Medicare ارائه می کنند.
- **آن را تکمیل و امضا کنید.** مهم نیست این فرم را از کجا دریافت می کنید، به خاطر داشته باشید که این یک سند قانونی است. از یک وکیل برای تهیه و تنظیم آن کمک بگیرید.
- **چند کپی در اختیار افراد مناسب مورد نظرتان قرار دید.** یک کپی از فرم را در اختیار پزشکتان و فردی قرار دهید که در فرم نام او را آورده اید تا در صورت عدم توانایی از طرف شما تصمیم بگیرد. همچنین می‌توانید نسخه‌هایی از آن را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده خود بدهید. یک کپی را در خانه نگه دارید.

اگر از قبل می‌دانید که به بیمارستان می روید و وصیت نامه پزشکی را امضا کرده‌اید، **یک نسخه را به بیمارستان ببرید**.

- بیمارستان از شما خواهید پرسید که آیا وصیت‌نامه پزشکی را امضا کرده‌اید و آیا آن را به همراه دارید.
- اگر وصیت‌نامه پزشکی را امضا نکرده باشید، بیمارستان فرم‌هایی را در اختیار دارد و از شما سؤال خواهد کرد که آیا می‌خواهید آن را امضا کنید.

فراموش نکنید، این انتخاب شما است که آیا می‌خواهید وصیت نامه پزشکی را پر کنید یا خیر (از جمله این که اگر در بیمارستان هستید می‌خواهید آن را امضا کنید یا خیر). طبق قانون هیچکس نمی‌تواند بر مبنای اینکه وصیت نامه پزشکی را امضا کرده‌اید یا نه، از ارائه مراقبت به شما امتناع کند یا علیه شما تبعیض قائل شود.

اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشد چه کار کنید؟

اگر دستورالعمل از پیش تعیین‌شده را امضا کرده‌اید و عقیده دارید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل‌های آن پیروی نکرده‌اند، می‌توانید شکایتی را به «دفتر دادستان کل California» ارائه کنید.

بخش 1.6 حق دارید شکایت کنید و از ما درخواست کنید تصمیم هایمان را مجدداً بازنگری کنیم

ار مشکل، نگرانی، یا شکایتی دارید و لازم است درخواست پوشش دهی کنید، یا اگر می خواهید درخواست تجدیدنظر کنید، نحوه انجام این کار در فصل 9 این دفترچه راهنمای ارائه شده است. هرکاری که می خواهید انجام دهید - درخواست برای تصمیم پوشش دهی، درخواست تجدیدنظر، یا طرح شکایت – **ما ملزم هستیم منصفانه با شما رفتار کنیم**.

بخش 1.7 این حق را دارید که پیشنهادهایی درباره سیاست‌های مربوط به حقوق و مسئولیت‌های اعضا ارائه کنید

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

بخش 1.8 ارزیابی فناوری های جدید

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

در صورت عدم وجود قوانین مربوط به پوشش دهی Medicare، برنامه ما فناوری‌ها یا کاربردهای جدید فناوری‌های موجود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد تا در طرح های قابل اجرای مزایا اضافه شوند و با ارزیابی دقیق تحقیقات پزشکی منتشرشده فعلی در نشریات دارای «بررسی همکاران» 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 شاهدمحور 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.

بخش 1.9 اگر فکر می کنید منصفانه با شما برخورد نشده است یا به حقوقتان احترام گذاشته نشده است چه کار می توانید انجام دهید؟

اگر مشکلتان در رابطه با تبعیض است، با «دفتر حقوق مدنی» تماس بگیرید

اگر فکر می‌کنید که به خاطر نژاد، ناتوانی، مذهب، جنسیت، سلامت، قومیت، اعتقادات، سن، تمایلات جنسی:، یا ملیتتان با شما به‌طور ناعادلانه رفتار شده است یا به حقوق شما احترام گذاشته نشده است، باید از طریق شماره 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 با «دفتر حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی» تماس بگیرید، یا با **دفتر حقوق مدنی**محلی تان تماس بگیرید. شما حق دارید با احترام و حفظ شأن و شخصیتتان با شما برخورد شود.

آیا مشکل دیگری وجود دارد؟

اگر فکر می کنید با شما منصفانه برخورد نشده است یا حقوقتان مورد بی احترامی قرار گرفته است، و این مسئله در رابطه با تبعیض نیست ، می توانید برای رسیدگی به مشکلتان تماس بگیرید:

- می توانید با **خدمات اعضا تماس بگیرید**.
- می توانید با **SHIP تماس بگیرید.** برای اطلاع از جزئیات به بخش 3 در فصل 2 مراجعه کنید.
- یا، می توانید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) و (TTY 1-877-486-2048) **با Medicare تماس بگیرید** .

بخش 1.10 نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد حقوقتان

چند مکان مختلف برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد حقوق شما وجود دارد:

- می توانید با **خدمات اعضا تماس بگیرید**.
- می توانید با **SHIP تماس بگیرید.** برای اطلاع از جزئیات به بخش 3 در فصل 2 مراجعه کنید.
- می توانید با **Medicare**تماس بگیرید.
  - می توانید به وب‌سایت Medicare بروید و دفترچه حقوق و محافظت های Medicare را بخوانید، یا آن را دانلود کنید. (این سند در این آدرس موجود است: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - یا می توانید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) و (TTY 1-877-486-2048) تماس بگیرید.

بخش 2 شما به عنوان عضو طرح مسئولیت هایی دارید

کارهایی که به عنوان عضو طرح باید انجام دهید در زیر عنوان شده است. اگر سؤالی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- **با خدمات تحت پوشش و قوانینی که برای دریافت این خدمات تحت پوشش باید دنبال کنید آشنا شوید.** برای اطلاع از مواردی که برای شما تحت پوشش هستند و قوانینی که برای دریافت این خدمات تحت پوشش باید دنبال کنید، از این «گواهی پوشش دهی» استفاده کنید.
  - در فصل 3 و 4 جزئیاتی درباره خدمات پزشکی ارائه شده است.
  - در فصل 5 و 6 جزئیاتی درباره پوشش داروهای تجویزی Part D ارائه شده است.
- **اگر علاوه بر طرح ما از پوشش طرح دیگری برای داروهای تجویزی یا بیمه سلامت استفاده می کنید، لازم است به ما اطلاع دهید.** در فصل 1 درباره هماهنگی این مزایا به شما اطلاع داده می شود.
- **به پزشک خود و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت بگویید که در برنامه ما عضو هستید.** وقتی خدمات مراقبت پزشکی یا داروهای تجویزی Part D را دریافت می کنید، همیشه کارت عضویت طرح و کارت California Medi-Cal (Medicaid) را نشان دهید.
- **با ارائه اطلاعات به پزشکان و سایر ارائه دهندگان، طرح سؤالاتتان، و دنبال کردن برنامه درمانی تان به آنها کمک کنید تا بتوانند به شما کمک کنند.**
  - برای اینکه بتوانید به بهترین مراقبت ها دسترسی داشته باشید، به پزشکان و سایر ارائه دهندگان سلامت درباره مشکلات سلامتتان اطلاع دهید. برنامه‌ها و دستورالعمل‌های طرح مورد توافق خودتان و پزشکانتان را رعایت کنید.
  - بررسی کنید پزشکانتان از همه داروهای مصرفی تان از جمله داروهای بدون نسخه، ویتامین ها، و سایر مکمل ها اطلاع داشته باشد.

- اگر سؤالاتی دارید، حتماً بپرسید و پاسخی دریافت کنید که متوجه شوید. مسئولیت شناخت و آگاهی از مشکلات سلامتتان و همکاری در تنظیم اهداف درمانی که مورد توافق شما و پزشکتان باشد بر عهده خودتان است.

- **ملاحظه‌گر باشید.** انتظار داریم همه اعضای ما به حقوق سایر بیماران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم طوری عمل کنید تا مدیریت مطب پزشک، بیمارستان، و سایر مراکز به راحتی انجام شود.
- **بدهی خود را پرداخت کنید.** شما به عنوان عضو برنامه، مسئول پرداخت این هزینه‌ها هستید:
  - برای اینکه عضو طرح باقی بمانید باید همچنان حق بیمه Medicare را پرداخت کنید.
  - اگر به خاطر بالاتر بودن درآمدتان (همانطور که در فرم مالیاتی سال گذشته گزارش کرده اید) لازم است مبلغ اضافی برای Part D پرداخت کنید، همچنان باید این مبلغ اضافی را به دولت پرداخت کنید تا عضوی از طرح باقی بمانید.
- اگر***در داخل*منطقه خدماتی طرح ما جابجا می‌شوید،** لازم است از این موضوع مطلع شویم تا بتوانیم سوابق عضویتتان را به روز نگه داریم و بدانیم چطور باید با شما تماس بگیریم.
- **اگر به *خارج*ا ز منطقه خدماتی طرح جابجا می‌شوید، نمی‌توانید عضو این طرح باقی بمانید.**
- اگر جابجا شدید حتماً به سوشال سکیوریتی (یا هیئت بازنشستگی راه آهن) اطلاع دهید.

فصل 9:

در صورت داشتن مشکل یا شکایتچه باید کرد
(تصمیم پوشش دهی، درخواست تجدیدنظر، شکایت)

فصل 9 در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم پوشش دهی، درخواست تجدیدنظر، شکایت)

بخش 1 مقدمه

بخش 1.1 اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری باید انجام دهید

این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها را توضیح می‌دهد. روند رسیدگی به مشکلات به دو مسئله بستگی دارد:

1. چه مشکلتان درباره مزایای تحت پوشش Medicare باشد یا Medicaid. اگر می خواهید درباره استفاده از روند Medicare یا Medicaid یا هردو تصمیم گیری کنید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.
2. نوع مشکلی که دارید:
   - برای بعضی از مشکلات لازم است از روند تجدیدنظر و تصمیم پوشش دهی استفاده کنید.
   - برای سایر مشکلات لازم است از روند طرح شکایت که طرح نارضایتی نیز نامیده می شود استفاده کنید.

این روندها مورد تأیید Medicare هستند. هر روند شامل مجموعه‌ای از مقررات، روال‌ها و مهلت‌هایی است که باید توسط ما و شما رعایت شوند.

راهنمای موجود در بخش 3 به شما کمک می کند با روند صحیح برای استفاده و کاری که باید انجام دهید آشنا شوید.

بخش 1.2 اصطلاحات حقوقی چطور؟

اصطلاحات حقوقی دشواری برای برخی مقررات و مهلت‌های توضیح داده شده در این فصل وجود دارد. بسیاری از این اصطلاح ها برای اکثر افراد ناآشنا است و به سختی متوجه مفهوم آن می شوند. برای ساده تر شدن این کار، در این فصل:

- از واژه های ساده تر به جای بعضی از اصطلاحات حقوقی استفاده شده است. مثلاً به طور کلی در این فصل از عبارت «شکایت کردن» به جای «طرح شکایت و نارضایتی»، «تصمیم پوشش دهی» به جای «تعیین سازمانی» یا «تعیین پوشش» یا «تعیین در معرض خطر» و همچنین «سازمان بازنگری مستقل» به جای «نهاد بازنگری مستقل» استفاده شده است.
- ما تا حد ممکن از حروف اختصاری استفاده نمی‌کنیم.

اما استفاده از آنها می تواند مفید و بعضی مواقع بسیار مهم باشد تا بتوانید اصطلاحات حقوقی صحیح را متوجه شوید. اگر بدانید از کدام اصطلاحات استفاده کنید می توانید ارتباط دقیق تری داشته باشید و کمک و اطلاعات صحیح و مرتبط با شرایطتان را دریافت کنید. برای اینکه بدانید از کدام اصطلاح استفاده کنید، هنگام ارائه جزئیات مربوط به رسیدگی به انواع خاصی از شرایط، اصطلاحات حقوقی مربوطه را نیز ارائه می کنیم.

بخش 2 از کجا می توانید اطلاعات بیشتر و کمک شخصی دریافت کنید

ما همیشه اینجا هستیم تا به شما کمک کنیم. حتی اگر شکایتتان درباره درمانتان باشد، ما ملزم هستیم به حق شما در طرح شکایت احترام بگذاریم. بنابراین همیشه باید برای دریافت کمک و راهنمایی با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اما بعضی مواقع می توانید از فردی که ارتباطی با ما ندارد نیز کمک و راهنمایی دریافت کنید. دو نهاد مختلف در زیر ارائه شده است که می توانند به شما کمک کنند.

برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی (SHIP)

یک برنامه دولتی با مشاورین آموزش دیده در هر ایالت وجود دارد. این برنامه با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های سلامت ارتباطی ندارد. مشاورین حاضر در این برنامه ها می توانند در آشنایی با روندی که باید از آن استفاده کنید تا به مشکلتان رسیدگی شود به شما کمک کنند. همچنین می توانند به سؤالات شما پاسخ دهند، اطلاعات بیشتری در اختیارتان قرار دهند، و در انجام کارها به شما راهنمایی کنند.

این خدمات مشاورین SHIP رایگان است. شماره تلفن ها و آدرس اینترنتی در فصل 2 بخش 3 این دفترچه راهنما ارائه شده است.

Medicare

همچنین می توانید برای دریافت راهنمایی با Medicare تماس بگیرید. برای تماس با Medicare:

- می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- می‌توانید از وب‌سایت Medicare نیز بازدید کنید: (www.medicare.gov)

می توانید اطلاعات و راهنمایی را از California Medi-Cal (Medicaid) دریافت کنید.

روش تماس	California Medi-Cal (Medicaid) (برنامه Medicaid در California) – اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر به وقت اقیانوس آرام (PT)
TTY	1-800-430-7077 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
وب‌سایت	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

بخش 3 برای رسیدگی به مشکلتان از کدام روند استفاده می کنید؟

به دلیل اینکه Medicare دارید و از California Medi-Cal (Medicaid) کمک دریافت می کنید، از روندهای مختلفی می توانید برای رسیدگی به مشکلات یا شکایتتان استفاده کنید. روندی که استفاده می کنید به این امر بستگی دارد که مشکلتان درباره مزایای Medicare یا مزایای California Medi-Cal (Medicaid) باشد. اگر مشکلتان در رابطه با مزایای تحت پوشش Medicare است، باید از روند رسیدگی Medicare استفاده کنید. اگر مشکلتان درباره مزایای تحت پوشش California Medi-Cal (Medicaid) است، باید از روند رسیدگی California Medi-Cal (Medicaid) استفاده کنید. اگر می خواهید درباره استفاده از روند Medicare یا California Medi-Cal (Medicaid) تصمیم گیری کنید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

روند رسیدگی Medicare و California Medi-Cal (Medicaid) در بخش های مختلف این فصل توضیح داده شده اند. برای اطلاع از اینکه باید کدام بخش را مطالعه کنید، از نمودار زیر استفاده کنید.

آیا مشکلتان درباره مزایای Medicare یا Medicaid است؟

اگر در تصمیم گیری نسبت به اینکه مشکلتان درباره مزایای Medicare یا Medicaid است به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

مشکل من درباره مزایای**Medicare**است.

به قسمت بعدی این فصل با عنوان بخش 4، رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicare مراجعه کنید.

مشکل من درباره پوشش طرح**Medicaid**است.

به قسمت 12 این فصل با عنوان **رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicaid** مراجعه کنید.

مشکلات مربوط به مزایای MEDICARE

بخش 4 رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicare

بخش 4.1 آیا باید از روند تجدیدنظر و تصمیم پوشش دهی استفاده کنید؟ یا باید از روند مربوط به طرح شکایت استفاده کنید؟

اگر مشکل یا نگرانی خاصی دارید، کافی است بخش‌هایی از این فصل که به وضعیت شما مربوط می‌شوند را مطالعه کنید. جدول زیر به شما کمک می کند بخش صحیح این فصل را برای مشکلات یا شکایت های مربوط به **مزایای تحت پوشش Medicare** پیدا کنید.

برای اطلاع از اینکه کدام بخش از این فصل در رابطه با مشکلات یا نگرانی شما درباره مزایای Medicare مفید است، از این نمودار استفاده 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.

بله.

به بخش بعدی این فصل، بخش 5، راهنمای اصول اولیه تصمیم پوشش دهی و تجدیدنظر بروید.

خیر.

به **بخش 11** در انتهای این فصل بروید: **نحوه شکایت در مورد کیفیت مراقبت، زمان انتظار، خدمات مشتری، و سایر نگرانی‌ها.**

بخش 5 راهنمای اصول اولیه تصمیم پوشش دهی و تجدیدنظر

بخش 5.1 درخواست برای تصمیم پوشش دهی و تجدیدنظر: توضیح جامع تر

تصمیم پوشش دهی و تجدیدنظر درباره مشکلات مرتبط با مزایا و پوشش خدمات درمانی پزشکی است (خدمات، اقلام، و داروهای تجویزی Part B، از جمله پرداخت ها). برای ساده کردن این مطالب، در کل به اقلام پزشکی، خدمات و داروهای تجویزی Medicare Part B با عنوان **خدمات مراقبت پزشکی**اشاره می کنیم. برای مسائلی مانند اینکه آیا موردی تحت پوشش قرار می گیرد یا نه، و اینکه هر موردی به چه روشی تحت پوشش قرار می گیرد از روند «روند تجدیدنظر و تصمیم پوشش دهی» استفاده می شود.

درخواست برای تصمیم پوشش دهی قبل از دریافت مزایا

تصمیم پوشش دهی، یعنی تصمیم گیری درباره مزایا یا پوشش دهی شما، یا درباره مبلغ پرداختی توسط ما برای خدمات مراقبت پزشکی شما است. مثلاً اگر پزشک شبکه طرحتان شما را به یک پزشک متخصص درون شبکه ارجاع دهد، این ارجاع نوعی تصمیم پوشش دهی به نفع شما است مگر اینکه پزشک شبکه تان نشان دهد شما یک اعلامیه عدم پذیرش استاندارد برای این پزشک متخصص دریافت کرده اید، یا در گواهی پوشش دهی دقیقاً مشخص شده باشد که خدمات ارجاعی هرگز تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی شوند. اگر پزشکتان مطمئن نیست ما یک سرویس پزشکی خاص را پوشش می دهیم یا نه، یا مراقبت پزشکی را که فکر می کنید به آن نیاز دارید در اختیار شما قرار نمی دهد، شما یا پزشکتان می توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم پوشش دهی کنید. به گفته دیگر اگر قبل از دریافت مراقبت پزشکی می‌خواهید بدانید که آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید تصمیم پوشش دهی انجام دهیم. در بعضی شرایط محدود درخواست تصمیم پوشش دهی پذیرفته نمی شود و به این معنی است که ما درخواستتان را بررسی نخواهیم کرد. چند مثال درباره زمانی که درخواست پذیرفته نمی شود: اگر درخواست ناقص باشد، اگر فردی که درخواست را از طرف شما ارائه می کند از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، یا اگر خودتان درخواستتان را پس بگیرید. اگر درخواستی را برای تصمیم پوشش دهی رد کنیم، اعلامیه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست بازبینی برای رد درخواست را توضیح می‌دهد.

ما هر زمان که تصمیم بگیریم چه موردی برای شما تحت پوشش است و چه مقدار پرداخت می‌کنیم، تصمیم پوشش دهی را اجرا می کنیم. بعضی مواقع ممکن است تصمیم بگیرید خدمات مراقبت پزشکی را پوشش ندهیم یا دیگر تحت پوشش Medicare نباشند. اگر با این تصمیم پوشش دهی مخالف هستید، می توانید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید.

درخواست تجدیدنظر

اگر ما تصمیم پوشش دهی می‌گیریم و شما از این تصمیم راضی نیستید، می‌توانید درخواست «**تجدیدنظر**» درباره این تصمیم گیری ارائه کنید. درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست بررسی و تغییر تصمیم پوشش دهی ما است. در بعضی موارد خاص که بعداً توضیح می دهیم، می توانید برای تصمیم پوشش دهی **درخواست تجدیدنظر فوری** یا سریع کنید. تجدیدنظر شما توسط مسئولین بررسی متفاوتی نسبت به کسانی که تصمیم اولیه را گرفته اند رسیدگی می شود.

هنگامی که برای اولین بار برای بررسی تصمیم درخواست تجدیدنظر می کنید، به این درخواست «تجدیدنظر سطح 1» می‌گویند. در این درخواست تجدیدنظر، تصمیم پوشش دهی را بررسی می‌کنیم که آیا همه قوانین را به درستی رعایت کرده‌ایم یا خیر. هنگامی که بررسی را انجام دادیم، تصمیم خود را به صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهیم.

در بعضی شرایط محدود درخواست تجدیدنظر سطح 1 پذیرفته نمی شود و به این معنی است که ما درخواستتان را بررسی نخواهیم کرد. چند مثال درباره زمانی که درخواست پذیرفته نمی شود: اگر درخواست ناقص باشد، اگر فردی که درخواست را از طرف شما ارائه می کند از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، یا اگر خودتان درخواستتان را پس بگیرید. اگر درخواستی را برای تجدیدنظر سطح 1 رد کنیم، اعلامیه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست بازبینی برای رد درخواست را توضیح می‌دهد.

اگر پاسخمان به کل یا بخشی از درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما برای خدمات مراقبت پزشکی «منفی» باشد، تجدیدنظرتان به صورت خودکار به «تجدیدنظر سطح 2» می رود که توسط یک سازمان بازنگری مستقل که ارتباط با ما ندارد انجام می شود.

- برای شروع تجدیدنظر سطح 2 نیاز به انجام هیچ کاری نیست. بر اساس قوانین Medicare اگر به طور کامل با تجدیدنظر سطح 1 موافق نباشیم، به صورت خودکار درخواست تجدیدنظر شما برای خدمات مراقبت پزشکی را به سطح 2 ارسال می کنیم.
- برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 2 به **بخش 6.4** این فصل مراجعه کنید.
- در موارد تجدیدنظر داروهای Part D، اگر پاسخمان به کل یا بخشی از درخواست تجدیدنظر «منفی» باشد، لازم است برای تجدیدنظر سطح 2 درخواست کنید. تجدیدنظرهای Part D در بخش های بعدی در بخش 7 این فصل توضیح داده شده اند.

اگر با تصمیم مربوط به تجدیدنظر سطح 2 موافق نیستید، ممکن است بتوانید از تجدیدنظر سایر سطوح استفاده کنید (در بخش 10 این فصل درباره روندهای تجدیدنظر سطح 3، 4، و 5 توضیح داده شده است).

بخش 5.2 نحوه درخواست کمک زمانی که برای تصمیم پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر درخواست کمک می کنید

اگر تصمیم گرفته اید برای هرنوع تصمیم پوشش دهی یا تجدیدنظر درخواست کنید، چند منبع در اینجا ارائه شده است:

- می توانید **از طریق خدمات اعضا با ما تماس بگیرید**.
- می توانید از «برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی» **کمک رایگان دریافت کنید.**
- **پزشکتان می تواند برای شما درخواست بدهد.** اگر پزشکتان برای تجدیدنظرهای بعد از سطح 2 کمک می کد، باید به عنوان نماینده تان در نظر گرفته شود. با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید فرم *تعیین نماینده* را برایتان ارسال کنند. (این فرم در وبسایت Medicare به آدرس www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا در وبسایت ما به آدرس www.wellcare.com/healthnetCA در دسترس است.)
  - برای خدمات مراقبت پزشکی، پزشکتان باید از طرف شما برای تصمیم پوشش دهی یا تجدیدنظر سطح 1 درخواست دهد. اگر تجدیدنظر سطح 1 شما رد شود به صورت خودکار به سطح 2 منتقل می شود.
  - برای داروهای Part D، پزشکتان باید از طرف شما برای تصمیم پوشش دهی یا تجدیدنظر سطح 1 درخواست دهد. اگر تجدیدنظر سطح 1 رد شد، پزشک یا تجویزکننده تان می تواند تجدیدنظر سطح 2 درخواست کند.
- **می توانید از فردی درخواست کنید از طرف شما اقدام کند.** در صورت تمایل می‌توانید فرد دیگری را به عنوان **نماینده** از طرف خودتان تعیین کنید تا برای تصمیم پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر اقدام کند.
  - اگر می‌خواهید دوست، خویشاوند یا فرد دیگری نماینده شما باشد، با خدمات اعضا تماس بگیرید و فرم «تعیین نماینده» را درخواست کنید. (این فرم در وبسایت Medicare به آدرس www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا در وبسایت ما به آدرس www.wellcare.com/healthnetCA در دسترس است.) این فرم به شخص مورد نظر اجازه اقدام از جانب شما را می‌دهد. این فرم را باید توسط خودتان یا فردی که می خواهید از طرف شما اقدام کند، امضا

شود. باید یک کپی از فرم امضاشده را به ما بدهید.

- هرچند می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون فرم بپذیریم، اما تا زمانی که آن را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی را شروع یا تکمیل کنیم. اگر فرم را تا 44 روز بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر دریافت نکنیم (مهلت ما برای تصمیم پوشش دهی شما)، درخواست تجدیدنظرتان رد می شود. در این صورت یک اعلامیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که در آن حق شما برای درخواست از سازمان بازنگری مستقل جهت تجدیدنظر درباره تصمیم ما در رد درخواست تجدیدنظر شما توضیح داده می شود.

- **همچنین حق دارید وکیل بگیرید.** می‌توانید با وکیل خودتان تماس بگیرید یا نام وکیل را از انجمن محلی وکلا یا سایر خدمات ارجاعی دریافت کنید. برخی گروه‌های حقوقی در صورت واجد شرایط بودن خدمات حقوقی رایگان را در اختیار شما قرار خواهند داد. اما برای درخواست هرگونه تصمیم پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر **لزومی ندارد که وکیل داشته باشید** .

بخش 5.3 در کدام بخش از این فصل جزئیات شرایط شما اعلام شده است؟

چهار وضعیت مختلف وجود دارد که در رابطه با تصمیم پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر است. به دلیل اینکه هر وضعیت دارای قوانین و مهلت های مختلفی است، جزئیات مربوط به هرکدام را در یک بخش جداگانه ارائه می کنیم:

- **بخش 6** این فصل: خدمات مراقبت پزشکی شما: نحوه درخواست تصمیم پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر
- **بخش 7** این فصل: داروهای تجویزی Part D شما: نحوه درخواست تصمیم پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر
- **بخش 8** این فصل: اگر فکر می‌کنید پزشک شما را خیلی زود از بیمارستان مرخص کرده است، نحوه درخواست از ما برای پوشش دادن دوره بستری شدن طولانی تر در بیمارستان توضیح داده می شود
- **بخش 9** این فصل: نحوه درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی خاص در صورتی که فکر می‌کنید پوششتان خیلی زود تمام می شود (*فقط برای این خدمات کاربرد دارد*: مراقبت درمانی خانگی، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی، و خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF))

اگر مطمئن نیستید که از کدام بخش باید استفاده کنید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می توانید از سازمان های دولتی مانند «برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی» راهنمایی دریافت کنید.

بخش 6 خدمات مراقبت پزشکی: نحوه درخواست تصمیم پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر

بخش 6.1 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.

در این بخش درباره مزایای شما برای خدمات مراقبت پزشکی توضیح داده می شود. ای مزایا در فصل 4 این دفترچه توضیح داده شده است: *نمودار مزایای پزشکی (چه چیزی تحت پوشش است)*. بعضی مواقع قوانین مختلفی برای درخواست داروهای تجویزی Part B اعمال می شود. در این شرایط توضیح می دهیم تفاوت قوانین مربوط به داروهای تجویزی Part B با قوانین اقلام و خدمات پزشکی چیست.

این بخش اطلاعاتی را در مورد اینکه در هر یک از پنج موقعیت زیر چه کار کنید به شما می‌دهد:

1. خدمات مراقبت پزشکی خاصی را که می‌خواهید دریافت نکرده‌اید و فکر می‌کنید این خدمات مراقبتی باید تحت پوشش طرحتان باشند. **برای تصمیم پوشش دهی درخواست کنید. بخش 6.2**
2. طرح ما خدمات مراقبت پزشکی را که پزشک یا ارائه‌دهنده پزشکی دیگری می‌خواهد در اختیارتان قرار دهد نمی‌پذیرد، و فکر می‌کنید این خدمات مراقبتی باید تحت پوشش طرحتان باشند. **برای تصمیم پوشش دهی درخواست کنید. بخش 6.2**
3. خدمات مراقبت پزشکی را که فکر می‌کنید باید تحت پوشش طرح باشد دریافت کرده‌اید اما ما اعلام کرده‌ایم که هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم. **درخواست تجدیدنظر بدهید. بخش 6.3.**
4. خدمات مراقبت پزشکی را دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید باید تحت پوشش طرح باشد و هزینه آن را نیز پرداخت کرده‌اید، و می‌خواهید از طرح ما درخواست بازپرداخت کنید. **صورتحساب را برای ما ارسال کنید. بخش 6.5.**
5. به شما گفته شده است که پوشش بعضی خدمات پزشکی خاص که قبلاً دریافت می‌کردید و تأیید شده بودند اکنون کاهش می‌یابند یا متوقف می‌شوند، و فکر می‌کنید این کاهش یا توقف ارائه خدمات می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند. **درخواست تجدیدنظر بدهید. بخش 6.3.**

توجه: اگر پوششی که متوقف خواهد شد برای مراقبت بیمارستانی، مراقبت درمانی خانگی، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی، یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) است، لازم است بخش 8 و 9 این فصل را مطالعه کنید. برای این نوع خدمات مراقبتی، قوانین خاصی اعمال می شود.

بخش 6.2 مرحله به مرحله: نحوه درخواست تصمیم پوشش دهی

اصطلاحات حقوقی
هنگامی که تصمیم پوشش دهی شامل مراقبت پزشکی شما می‌شود، به آن**تصمیم سازمان**گفته می‌شود. تصمیم پوشش دهی سریع را**تصمیم‌گیری تسریع شده**می‌نامند.

<u>مرحله 1:</u> تصمیم بگیرید آیا به تصمیم پوشش دهی استاندارد یا به تصمیم پوشش دهی سریع نیاز دارید.

تصمیم پوشش دهی استاندارد معمولاً در طول 14 روز یا 72 ساعت برای داروهای Part B انجام می شود. تصمیم پوشش دهی سریع معمولاً در مدت 72 ساعت برای خدمات مراقبت پزشکی یا 24 ساعت برای داروهای Part B انجام می شود. برای تصمیم پوشش دهی سریع باید دو شرط را داشته باشید:

- *فقط می توانید* برای اقلام و/یاخدمات پزشکی درخواست پوشش دهی کنید (نمی توانید برای پرداخت هزینه اقلام و/یا خدماتی که قبلاً دریافت کرده اید درخواست دهید).
- تنها در صورتی می‌توانید تصمیم پوشش دهی سریع دریافت کنید که استفاده از مهلت‌های متعارف *بتواند* ضرر جدی *به سلامتی شما وارد* کند *یا به توانایی شما در عملکرد آسیب* بزند.
- **اگر پزشک شما به ما بگوید که وضعیت سلامت شما مستلزم «تصمیم پوشش دهی سریع» است، ما به طور خودکار قبول می‌کنیم که تصمیم پوشش دهی سریع را اجرا کنیم.**
- **اگر برای تصمیم پوشش دهی سریع شخصاً خودتان درخواست دهید و از حمایت پزشک استفاده نکنید، ما تصمیم می گیریم آیا وضعیت سلامت شما به تصمیم پوشش دهی سریع نیاز دارد یا خیر.** اگر تصمیم پوشش دهی سریع را نپذیریم، یک نامه برایتان ارسال می کنیم که این موارد در آن توضیح داده شده است:
  - ما از مهلت های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
  - اگر پزشک‌تان برای تصمیم پوشش دهی سریع درخواست کند، آن را به طور خودکار ارائه خواهیم کرد.
  - می‌توانید یک «شکایت سریع» درباره تصمیم ما برای انجام تصمیم پوشش دهی استاندارد به جای تصمیم پوشش دهی سریع داشته باشید.

<u>مرحله 2:</u> از طرح ما درخواست کنید تصمیم پوشش دهی یا تصمیم پوشش دهی سریع انجام دهد.

- برای این کار با طرح ما تماس بگیرید، یا فکس ارسال کنید، یا نامه ارسال کنید و درخواست کنید خدمات

مراقبتی مورد نیازتان را مجاز کنیم یا تحت پوشش قرار دهیم. شما یا پزشک یا نماینده تان می توانید این کار را انجام دهید. اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.

مرحله 3: ما به درخواست شما درباره پوشش دهی خدمات مراقبت پزشکی رسیدگی می کنیم و پاسخ خواهیم داد.

برای تصمیم پوشش دهی استاندارد از مهلت های مقرر استاندارد استفاده می کنیم.

به این معنی که 14 روز پس از دریافت درخواستتان **برای اقلام یا خدمات پزشکی به شما پاسخ خواهیم داد.** اگر یک **داروی تجویزی Medicare Part B**را درخواست کنید، حداکثر **در مدت 72 ساعت** پس از دریافت درخواست به شما پاسخ می دهیم.

- **اما** اگر تقاضای فرصت بیشتری داشته باشید یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که ممکن است به نفعتان باشد، اگر درخواستتان برای اقلام یا خدمات پزشکی باشد **ممکن است تا حداکثر 14 روز دیگر طول بکشد** . اگر روزهای بیشتری برای تصمیم گیری وقت بگذاریم، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر درخواستتان برای یک داروی تجویزی Medicare Part B باشد، نمی‌توانیم برای اعلام تصمیم از شما وقت بیشتری بگیریم.
- اگر فکر می کنید ما *نباید* روزهای بیشتری را صرف این کار کنیم، می توانید شکایت سریع طرح کنید. به محض تصمیم گیری به شکایتتان پاسخ خواهیم داد. (روند شکایت با روند تصمیم پوشش دهی و تجدیدنظر متفاوت است. برای اطلاعات بیشتر درباره شکایت ها به بخش 11 این فصل مراجعه کنید.)

برای تصمیم پوشش دهی سریع از چارچوب زمانی سریع استفاده می کنیم.

تصمیم پوشش دهی سریع به این معنی است که اگر درخواستتان برای اقلام یا خدمات پزشکی باشد در مدت 72 ساعت پاسخ خواهیم داد. اگر درخواستتان برای داروهای تجویزی Medicare Part B باشد، در مدت زمان 24 ساعت پاسخ خواهیم داد.

- **اما** اگر تقاضای فرصت بیشتری داشته باشید یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که ممکن است به نفعتان باشد، **ممکن است تا حداکثر 14 روز دیگر طول بکشد**. اگر روزهای بیشتری برای تصمیم گیری وقت بگذاریم، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر درخواستتان برای یک داروی تجویزی Medicare Part B باشد، نمی‌توانیم برای اعلام تصمیم از شما وقت بیشتری بگیریم.
- اگر فکر می کنید ما نباید روزهای بیشتری را صرف این کار کنیم، می توانید شکایت سریع طرح کنید. (برای اطلاعات بیشتر درباره شکایت ها به بخش 11 این فصل مراجعه کنید.) به محض تصمیم گیری با شما تماس می گیریم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «منفی» باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می کنیم که دلیل پاسخ منفی را برای شما توضیح می‌دهد.

مرحله 4: اگر پاسخمان به درخواست شما برای پوشش دهی مراقبت پزشکی منفی باشد، می توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

- اگر جواب «منفی» بدهیم، شما حق دارید با ارائه درخواست تجدیدنظر از ما بخواهید تصمیم را تغییر دهیم. به این معنی که مجدداً از ما درخواست کنید پوشش مراقبت پزشکی مورد نظرتان را دریافت کنید. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، به این معنی است که از روند رسیدگی به تجدیدنظر سطح 1 استفاده خواهید کرد.

مرحله 6.3 مرحله به مرحله: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1

اصطلاحات حقوقی
به درخواست تجدیدنظر از طرح برای تصمیم پوشش دهی مراقبت پزشکی،«**تصمیم مجدد**»طرح گفته می‌شود. یک*درخواست تجدیدنظر سریع*همچنین «تصمیم مجدد تسریع شده»**نامیده می‌شود**.

مرحله 1: تصمیم بگیرید آیا به تجدیدنظر استاندارد یا سریع نیاز دارید.

تجدیدنظر استاندارد معمولاً در مدت 30 روز یا 7 ساعت برای داروهای Part B انجام می شود. تجدیدنظر سریع معمولاً در مدت 72 ساعت انجام می شود.

- اگر در مورد تصمیم ما در مورد پوشش مراقبتی که دریافت نکرده‌اید درخواست تجدیدنظر کنید، شما و/یا پزشکتان باید انتخاب کنید به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر. اگر پزشک شما به ما بگوید که وضعیت سلامت شما به تجدیدنظر سریع نیاز دارد، ما تجدیدنظر سریع انجام می دهیم.
- شرایط انجام «تجدیدنظر سریع» مشابه «تصمیم پوشش دهی سریع» است که در بخش 6.2 این فصل توضیح داده شده است.

مرحله 2: درخواست تجدیدنظر یا تجدیدنظر سریع از طرح

- **اگر برای تجدیدنظر استاندارد درخواست می کنید، درخواست تجدیدنظر استاندارد را به صورت کتبی ارسال کنید.** اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.
- **اگر برای تجدیدنظر سریع درخواست می‌کنید، تجدیدنظر خود را به صورت کتبی ارائه کنید یا تلفنی با ما تماس بگیرید.** اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.
- **شما باید درخواست تجدیدنظر را در مدت 60 روز** از تاریخی که ابلاغیه کتبی برایتان ارسال کرده‌ایم و گفته‌ایم که درباره تصمیم پوشش دهی پاسخ داده‌ایم ارائه کنید. اگر این مهلت را از دست بدهید اما برای این امر دلیل موجهی داشته باشید، در هنگام درخواست تجدیدنظر توضیح دهید که چرا تجدیدنظر را با تأخیر درخواست کرده اید. ممکن است فرصت بیشتری برای تجدیدنظر در اختیارتان قرار دهیم. چند نمونه از دلایل موجه عبارتند از: بیماری شدید که مانع از تماس با ما شده است، یا ما اطلاعات ناقص یا اشتباهی را درباره مهلت درخواست تجدیدنظر در اختیارتان قرار داده ایم.
- **می توانید درخواست کنید یک نسخه از اطلاعات مربوط به تصمیم گیری پزشکی را دریافت کنید. شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری برای حمایت از درخواست تجدیدنظرتان اضافه کنید.**

مرحله 3: ما به درخواست شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخمان را به شما می‌دهیم.

- وقتی درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می کنیم، به دقت به همه اطلاعات رسیدگی خواهیم کرد. بررسی می‌کنیم آیا هنگام پاسخ دادن «منفی» به درخواستتان از همه قوانین پیروی کرده ایم.
- در صورت لزوم اطلاعات بیشتری را جمع آوری خواهیم کرد و در صورت امکان با شما یا پزشکتان تماس می گیریم.

مهلت‌های «تجدیدنظر سریع»

- اگر برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید، **ما باید در مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهیم.** اگر به دلیل وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ را زودتر ارائه خواهیم کرد.
  - اگر فرصت بیشتری را تقاضا کنید، یا اگر ما به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که به نفعتان باشد، اگر درخواستتان برای اقلام یا خدمات پزشکی است ممکن است تا حداکثر 14 روز دیگر طول بکشد. اگر روزهای بیشتری برای تصمیم گیری وقت بگذاریم، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر یک داروی تجویزی Medicare Part B درخواست کرده باشید، نمی‌توانیم برای اعلام تصمیم از شما وقت بیشتری بگیریم.
  - اگر در مدت زمان 72 ساعت (یا تا پایان فرصت تمدید شده در صورتی که به روزهای بیشتری نیاز باشد) به شما پاسخ ندهیم، باید به صورت خودکار درخواست شما را به روند تجدیدنظر سطح 2 بفرستیم که در آنجا یک سازمان بازنگری مستقل به درخواستتان رسیدگی می کند. در بخش 6.4 درباره روند تجدیدنظر سطح 2 توضیح داده می شود.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما «پاسخ مثبت» بدهیم،**باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در مدت 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما تأیید یا ارائه کنیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «منفی» باشد،** تصمیممان را به صورت کتبی به اطلاع شما می رسانیم و به صورت خودکار تجدیدنظرتان را برای تجدیدنظر سطح 2 به سازمان بازنگری مستقل ارسال خواهیم کرد. سازمان بازنگری مستقل بعد از دریافت تجدیدنظرتان به صورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد.

مهلت‌های «تجدیدنظر استاندارد»

- برای تجدیدنظر استاندارد ما باید **در مدت 30 روز** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهیم. اگر درخواستتان برای داروهای تجویزی Medicare Part B است که دریافت نکرده اید، **در مدت زمان 7 روز** پس از دریافت تجدیدنظرتان به شما پاسخ خواهیم داد. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، تصمیم خود را زودتر ارائه خواهیم کرد.
  - اما، اگر فرصت بیشتری را تقاضا کنید، یا اگر ما به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که به نفعتان باشد، اگر درخواستتان برای اقلام یا خدمات پزشکی است **ممکن است تا حداکثر 14 روز دیگر طول بکشد.** اگر روزهای بیشتری برای تصمیم گیری وقت بگذاریم، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر درخواستتان برای یک داروی تجویزی Medicare Part B باشد، نمی‌توانیم برای اعلام تصمیم از شما وقت بیشتری بگیریم.
  - اگر فکر می کنید ما نباید روزهای بیشتری را صرف این کار کنیم، می توانید شکایت سریع طرح کنید. وقتی شکایت سریع ارائه می کنید، ما در مدت 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد. (برای اطلاعات بیشتر درباره شکایت ها به بخش 11 این فصل مراجعه کنید.)
  - اگر تا مهلت معین شده (یا تا پایان فرصت تمدید شده) به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به روند تجدیدنظر سطح 2 می فرستیم که در آنجا یک سازمان بازنگری مستقل به درخواستتان رسیدگی می کند. در بخش 6.4 درباره روند تجدیدنظر سطح 2 توضیح داده می شود.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما «پاسخ مثبت» بدهیم،** اگر درخواستتان برای اقلام یا خدمات پزشکی است باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در مدت 30 روز پس از دریافت درخواست، یا اگر درخواست برای داروهای تجویزی Medicare Part B در مدت زمان 7 روز پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما آن را تأیید یا ارائه کنیم.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما «پاسخ منفی» بدهیم، به صورت خودکار تجدیدنظرتان را برای تجدیدنظر سطح 2 به سازمان بازنگری مستقل ارسال خواهیم کرد.

بخش 6.4 مرحله به مرحله: نحوه انجام تجدیدنظر سطح 2

اصطلاحات حقوقی
نام رسمی «سازمان بازنگری مستقل»،«**نهاد بررسی مستقل**»است. بعضی مواقع **IRE** نامیده می‌شود.

سازمان **بررسی مستقل یک سازمان مستقل در استخدام Medicare است**. 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.

مرحله 1: سازمان بازنگری مستقل درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند.

- اطلاعات مربوط به تجدیدنظرتان را به این سازمان ارسال می کنیم. این اطلاعات «**فایل پرونده**»شما نامیده می شود. **شما حق دارید برای کپی فایل خود درخواست کنید.**
- شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات دیگری نیز برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظرتان در اختیار سازمان بازنگری مستقل قرار دهید.
- بررسی کنندگان در سازمان بازنگری مستقل به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما دوباره با دقت توجه خواهند کرد.

اگر تجدیدنظر سریع در سطح 1 داشتید، یک تجدیدنظر سریع در سطح 2 نیز خواهید داشت.

- سازمان بازنگری باید **در مدت 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ بدهد.
- اگر درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی است و سازمان بازنگری مستقل نیاز به جمع آوری اطلاعات بیشتری دارد که ممکن است به نفع شما باشد، **ممکن است تا 14 روز بیشتر طول بکشد**. اگر درخواست شما برای داروهای تجویزی Medicare Part B باشد، سازمان بازنگری مستقل نمی‌تواند زمان بیشتری را برای تصمیم‌گیری اختصاص دهد.

اگر تجدیدنظر استاندارد در سطح 1 داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 خواهید داشت.

- اگر درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی است، سازمان بازنگری باید **در مدت 30 روز** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ بدهد.
- اگر درخواست شما برای داروهای تجویزی Medicare Part B باشد، سازمان بازنگری باید **در مدت 7 روز** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ بدهد.
- اگر درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی است و سازمان بازنگری مستقل نیاز به جمع آوری اطلاعات بیشتری دارد که ممکن است به نفع شما باشد، **ممکن است تا 14 روز بیشتر طول بکشد**. اگر درخواست شما برای داروهای تجویزی Medicare Part B باشد، سازمان بازنگری مستقل نمی‌تواند زمان بیشتری را برای تصمیم‌گیری اختصاص دهد.

مرحله 2: سازمان بازنگری مستقل به شما پاسخ می دهد.

سازمان بررسی مستقل تصمیمش را به صورت کتبی همراه با توضیح دلایلش در اختیارتان قرار می‌دهد.

- **اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا کل درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی پاسخ «مثبت» بدهد،** ما باید **در مدت 72 ساعت** پوشش مراقبت پزشکی شما را تأیید کنیم یا برای درخواست‌های استاندارد ظرف **14 روز تقویمی** از تاریخی که تصمیم سازمان بررسی مستقل را دریافت کرده‌ایم خدمات را در اختیار شما قرار دهیم، یا برای **درخواست‌های سریعظرف72 ساعت** از تاریخی که تصمیم سازمان بررسی مستقل را دریافت کرده‌ایم خدمات را در اختیار شما بگذاریم .
- **اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا کل درخواست شما برای داروهای تجویزی Medicare Part B پاسخ «مثبت» بدهد،** ما بایدبرای درخواست های استانداردظرف **72 ساعت** بعد از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل داروهای تجویزی Medicare Part B شما را تأیید کنیم، **یا برای درخواست‌های سریع** طرف **24 ساعت** از تاریخی که تصمیم سازمان بررسی مستقل را **دریافت کردیم این کار را انجام دهیم.**
- **اگر این سازمان به بخشی یا کل درخواست تجدیدنظر پاسخ «منفی» بدهد،** به این معنی است که آنها موافقت می‌کنند که طرح ما درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید نکند. (به این پاسخ، **حمایت از تصمیم گرفته شده یا رد کردن درخواست تجدیدنظر شماگفته می‌شود**). در این صورت سازمان بازنگری مستقل نامه ای برایتان ارسال می کند و این موارد را عنوان می کند:
  - تصمیمش را توضیح می دهد.
  - اگر مقدار دلاری پوشش خدمات مراقبت پزشکی که درخواست کرده اید به مقدار حداقل خاص مشخص شده برسد، درباره حق شما نسبت به ادامه تجدیدنظر به سطح 3 توضیح می دهد. در اعلامیه کتبی که از سازمان بازنگری مستقل دریافت می کنید درباره سقف مبلغ دلاری که باید به آن برسید تا بتوانید روند تجدیدنظر را ادامه دهید توضیح داده شده است.
  - درباره نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3 توضیح داده می شود.

مرحله 3: اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در روند رسیدگی به تجدیدنظر وجود دارد (در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهد). اگر می خواهید به تجدیدنظر سطح 3 بروید جزئیات مربوط به نحوه انجام این کار در اعلامیه کتبی که بعد از تجدیدنظر سطح 2 دریافت می کنید عنوان شده است.
- تجدیدنظر سطح 3 توسط قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل انجام می شود. در بخش 10 این فصل درباره روندهای تجدیدنظر سطح 3، 4، و 5 توضیح داده شده است.

بخش 6.5 اگر از ما بخواهید هزینه صورتحسابی را که برای خدمات پزشکی دریافت کرده اید پرداخت کنیم چطور؟

اگر قبلاً برای خدمات Medicaid یا اقلام تحت پوشش طرح هزینه ای پرداخت کرده اید، می توانید از طرح ما درخواست کنید این مبلغ را به شما برگرداند (برگرداندن هزینه پرداختی به شما بازپرداخت نام دارد). هروقت برای خدمات یا داروهای پزشکی تحت پوشش طرح ما هزینه ای پرداخت کردید، حق دارید درخواست کنید هزینه به شما برگردانده شود. وقتی صورتحساب را برایمان ارسال می کنید که قبلاً مبلغ آن را پرداخت کرده اید، آن را بررسی می کنیم و تصمیم گیری می کنیم آیا خدمات یا داروها باید پوشش داده شوند یا خیر. اگر تصمیم بگیریم این موارد را پوشش دهیم، هزینه این خدمات یا داروها را به شما برمی گردانیم.

درخواست برای بازپرداخت به معنی درخواست تصمیم پوشش دهی از طرف ما است

اگر اسناد لازم برای بازپرداخت را برای ما ارسال کنید، برای تصمیم پوشش دهی درخواست می کنید. برای این تصمیم گیری، بررسی می کنیم آیا خدمات مراقبت پزشکی که برای آن هزینه پرداخت کرده اید تحت پوشش بوده اند. همچنین بررسی می کنیم آیا همه قوانین موجود برای استفاده از پوشش خدمات مراقبت پزشکی را دنبال کرده اید.

- **اگر به درخواستتان پاسخ مثبت بدهیم:** اگر مراقبت پزشکی تحت پوشش باشد و از همه قوانین پیروی کرده باشید، هزینه خدمات را در مدت زمان 60 روز بعد از دریافت درخواستتان برایتان ارسال می کنیم. اگر هزینه خدمات مراقبت پزشکی را پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداختی را مستقیماً برای ارائه دهنده ارسال خواهیم کرد.
- **اگر به درخواستتان پاسخ منفی بدهیم:** اگر خدمات مراقبت پزشکی تحت پوشش نباشد یا اگر همه قوانین را دنبال نکرده باشید، ما هزینه را پرداخت نخواهیم کرد. در عوض نامه ای برایتان ارسال می کنیم و اعلام می کنیم که برای خدمات مراقبت پزشکی مبلغی پرداخت نمی کنیم و دلیلش را نیز عنوان می کنیم.

اگر با تصمیم ما نسبت به عدم پذیرش درخواستتان موافق نباشید، **می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید**. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، به این معنی است که از ما درخواست کرده اید تصمیم پوشش دهی قبلی مان را در هنگام عدم پذیرش درخواست برای بازپرداخت تغییر دهیم.

برای این درخواست تجدیدنظر، مراحل مربوط به تجدیدنظر که در بخش 6.3 توضیح داده ایم را دنبال کنید. برای تجدیدنظرهای مربوط به بازپرداخت، به این نکات توجه کنید:

- ما باید پاسخ خود را در مدت 60 روز بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارائه کنیم. اگر از ما درخواست می‌کنید که برای خدمات مراقبت پزشکی که قبلاً دریافت کرده‌اید و هزینه آن را خودتان پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید که برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید.
- اگر سازمان بازنگری مستقل تصمیم بگیرد که ما باید هزینه را پرداخت کنیم، باید مبلغ را در مدت 30 روز برای شما یا ارائه دهنده ارسال کنیم. اگر پاسخ به درخواست تجدیدنظرتان در هر مرحله‌ای بعد از سطح 2 از فرآیند تجدیدنظر «مثبت» باشد، باید مبلغ درخواستی شما را در مدت 60 روز برای شما یا ارائه دهنده‌تان ارسال کنیم.

بخش 7 داروهای تجویزی Part D شما: نحوه درخواست تصمیم پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر

بخش 7.1 در این بخش توضیح داده می شود اگر در دریافت یک داروی Part D با مشکل مواجه هستید یا از ما می‌خواهید که هزینه داروی Part D را به شما بازپرداخت کنیم چه کار کنید

مزایای شما شامل پوشش دهی بسیاری از داروهای تجویزی است. برای تحت پوشش قرار گرفتن، دارو باید برای یک مورد مصرف پذیرفته شده پزشکی استفاده شود. (برای اطلاعات بیشتر درباره موارد مصرف پذیرفته شده پزشکی به فصل 5 مراجعه کنید.) برای اطلاع از جزئیات مربوط به داروهای Part D، قوانین، محدودیت ها، و هزینه ها، به فصل 5 مراجعه کنید. **این بخش فقط درباره داروهای Part D است**. برای ساده تر شدن کارها، ما به طور کلی در ادامه این بخش از کلمه « *drug* » به جای تکرار عبارت های «*داروهای تجویزی سرپایی تحت پوشش یا داروهای Part D*» استفاده می کنیم. همچنین به جای «*لیست داروهای تحت پوشش یا فهرست دارو*» از «لیست دارو» استفاده می کنیم.

- اگر نمی دانید دارویی تحت پوشش است یا نه، یا نمی دانید از قوانین به درستی پیروی کرده اید، می توانید از ما سؤال کنید. برای بعضی از داروها لازم است قبل از پوشش دهی آنها از ما تأییدیه دریافت کنید.
- اگر داروخانه‌تان به شما بگوید دارو را نمی‌تواند آنطور که تجویز شده است تحویل دهد، اعلامیه‌ای کتبی به شما می‌دهد که در آن توضیح داده شده است چگونه با ما تماس بگیرید و برای تصمیم پوشش دهی درخواست کنید.

تصمیم پوشش دهی و تجدیدنظر Part D

اصطلاحات حقوقی
به تصمیم پوشش دهی اولیه در مورد داروهای Part D شما **تعیین پوشش**گفته می شود.

تصمیم پوشش دهی یک تصمیم اولیه در مورد مزایا یا پوشش شما، یا در مورد مبلغی است که برایداروهای شما پرداخت می کنیم. این بخش اطلاعاتی را در مورد اینکه در هر یک از موقعیت‌های زیر چه کار کنید به شما می‌دهد:

- درخواست از ما برای پوشش داروی Part D که در فهرست داروهای تحت پوشش طرح نیست. **درخواست استثنا کنید. بخش 7.2**
- درخواست از ما برای لغو محدودیت در پوشش طرح برای دارو (از قبیل محدودیت‌های مربوط به مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید). **درخواست استثنا کنید. بخش 7.2**
- درخواست تأیید قبلی دارو. **برای تصمیم پوشش دهی درخواست کنید. بخش 7.4**
- پرداخت هزینه داروی تجویزی که قبلاً خریده اید. **از ما بخواهید هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. بخش 7.4**

اگر با تصمیم پوشش دهی ما موافق نباشید، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

در این بخش به شما گفته می‌شود که چطور می‌توانید درخواست تصمیم پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر داشته باشید.

بخش 7.2 استثنا چیست؟

اصطلاحات حقوقی
به درخواست پوشش دهی دارویی که در «لیست دارو» نیز بعضی مواقع درخواست برای **استثنای فهرست دارو**گفته می شود. به درخواست حذف محدودیت پوشش دارو بعضی مواقع درخواست برای **استثنای لیست دارو**گفته می شود. به درخواست برای پرداخت قیمتی پایین تر برای داروی غیربرگزیده تحت پوشش بعضی مواقع **استثنای دسته بندی**گفته می شود.

اگر دارویی آنطور که در نظر داشتید پوشش داده نشده است، می توانید از ما بخواهید که استثنا قائل شویم. استثنا نوعی تصمیم پوشش دهی است.

برای اینکه درخواست استثنا را بپذیریم، لازم است پزشک شما یا تجویزکننده ای دیگر دلایل پزشکی شما برای نیاز به چنین استثنایی را توضیح دهد. در اینجا دو نمونه از موارد استثنا عنوان شده است که شما یا پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر می‌توانید از ما درخواست کنید:

1. **پوشش داروی Part D برای شما که در «لیست داروی» ما نیست.** شما نمی‌توانید درخواست استثنایی برای مبلغ اشتراک هزینه کنید که ما از شما می‌خواهیم برای دارو بپردازید.
2. **حذف محدودیت برای داروی تحت پوشش.** در فصل 5 سایر قوانین یا محدودیت هایی که برای بعضی داروهای خاص در «لیست دارو» اعمال می شود توضیح داده شده است.

بخش 7.3 نکات مهمی که باید در مورد درخواست برای استثنا بدانید

پزشکتان باید دلایل پزشکی را به ما بگوید

پزشکتان یا تجویزکننده ای دیگر باید گزارشی به ما بدهد که دلایل پزشکی برای درخواست استثنا را توضیح می‌دهد. برای تصمیم‌گیری سریع‌تر، هنگامی که درخواست استثنا می‌کنید، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌های خود ضمیمه کنید.

«لیست داروی» ما معمولاً شامل بیش از یک دارو برای درمان یک عارضه خاص است. به این گزینه های احتمالی مختلف، داروهای جایگزین گفته می شود. اگر داروی دیگری همان کارآیی داروی درخواستی شما را داشته باشد و عوارض جانبی یا مشکلات دیگری برای سلامت ایجاد نکند، معمولاً درخواست شما برای استثنا را قبول نمی‌کنیم.

ما یا به درخواست شما برای اعمال استثنا پاسخ مثبت یا خواهیم داد

- اگر درخواستتان را برای اعمال استثنا بپذیریم، تأییدیه ما معمولاً تا پایان همان سال طرح معتبر 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 به درخواست شما برای استثنا پاسخ منفی بدهیم، می‌توانید با ارائه درخواست تجدیدنظر بخواهید که این تصمیم‌مان را دوباره بررسی کنیم.

بخش 7.4 مرحله به مرحله: نحوه درخواست تصمیم پوشش دهی، از جمله درخواست استثنا

اصطلاحات حقوقی
«تصمیم پوشش دهی سریع» را «**تعیین پوشش سریع**»می‌نامند.

مرحله 1: تصمیم بگیرید آیا به تصمیم پوشش دهی استاندارد یا به تصمیم پوشش دهی سریع نیاز دارید.

تصمیم پوشش دهی استاندارد در مدت زمان **72 ساعت** بعد از دریافت توضیحات پزشکتان اتخاذ می‌شود. **تصمیم پوشش دهی سریع** در مدت زمان **24 ساعت** بعد از دریافت توضیحات پزشکتان اتخاذ می‌شود.

اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید از ما درخواست «تصمیم پوشش دهی سریع» داشته باشید. برای تصمیم پوشش دهی سریع، باید دو شرط را داشته باشید:

- باید برای دارویی درخواست کنید که *هنوز دریافت نکرده اید*. (نمی توانید برای بازپرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده اید تصمیم پوشش دهی سریع درخواست کنید.)
- استفاده از مهلت های معمول *می‌تواند به سلامتی شما آسیب جدی وارد کند یا به توانایی و عملکرد بدنی شما آسیب برساند*.
- **اگر پزشک شما یا تجویزکننده ای دیگر به ما بگوید که سلامت شما نیاز به تصمیم پوشش دهی سریع دارد، فوراً برای تصمیم پوشش دهی سریع اقدام می کنیم.**
- **اگر خودتان بدون حمایت پزشکتان یا تجویزکننده ای دیگر برای تصمیم پوشش دهی سریع درخواست کنید، ما تصمیم می گیریم آیا تصمیم پوشش دهی سریع برایتان اجرا شود یا خیر.** اگر تصمیم پوشش دهی سریع را نپذیریم، یک نامه برایتان ارسال می کنیم که این موارد در آن توضیح داده شده است:
  - ما از مهلت های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
  - اگر پزشکتان یا هر تجویزکننده دیگری برای تصمیم پوشش دهی سریع درخواست کند، این مسئله را توضیح دهید تا ما به طور خودکار تصمیم پوشش دهی سریع را اجرا کنید.
  - چطور می‌توانید یک «شکایت سریع» درباره تصمیم ما برای انجام تصمیم پوشش دهی استاندارد به جای تصمیم پوشش دهی سریع داشته باشید. ما در مدت زمان 24 ساعت بعد از رسید درخواستتان پاسخ خواهیم داد.

مرحله 2: برای تصمیم پوشش دهی استاندارد یا تصمیم پوشش دهی سریع درخواست کنید.

برای این کار با طرح ما تماس بگیرید، یا فکس ارسال کنید، یا نامه ارسال کنید و درخواست کنید خدمات مراقبتی مورد نیازتان را مجاز کنیم یا تحت پوشش قرار دهیم. همچنین می توانید از طریق وب سایت ما به فرآیند تصمیم پوشش دهی دسترسی داشته باشید. ما هرگونه درخواست کتبی را از جمله درخواست ارسال شده در قالب فرم درخواست تعیین پوشش مدل CMS که در وب‌سایت ما موجود است می پذیریم. اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است. برای کمک به ما در پردازش درخواستتان، حتماً نام، اطلاعات تماس، و اطلاعاتی را که مشخص کند درخواست تجدیدنظر برای کدام دعوی پذیرفته نشده است ارائه کنید.

شما یا پزشک (یا هر تجویزکننده دیگری) یا نماینده تان می توانید این کار را انجام دهید. همچنین می‌توانید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند. در بخش 5 این فصل درباره نحوه ارائه مجوز کتبی به فردی دیگر و اقدام به عنوان نماینده شما توضیح داده شده است.

- **اگر درخواست اعمال استثنا می کنید، توضیحات تأییدی (بیانیه تأییدکننده) ارائه کنید** که دلایل پزشکی برای درخواست استثنا است. پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌توانند این گزارش را برای ما فکس یا ارسال کنند. پزشکتان یا تجویزکننده ای دیگر می‌توانند از طریق تلفن به ما بگویند، و سپس در صورت لزوم با ارسال فکس یا پست کردن یک بیانیه کتبی پیگیری کنید.

<u>مرحله 3:</u> ما به درخواست شما رسیدگی می‌کنیم و به شما پاسخ می‌دهیم.

موعدهای مقرر برای تصمیم پوشش دهی سریع

- ما به طور کلی باید پاسخمان را **در مدت 24 ساعت** بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
  - اگر درخواست اعمال استثنا دارید، ما پاسخ خود را در مدت 24 ساعت پس از دریافت بیانیه تأییدکننده پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر به دلیل وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ را زودتر ارائه خواهیم کرد.
  - اگر این مهلت ها را از دست بدهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما «پاسخ مثبت» بدهیم،** باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در مدت 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه تأییدکننده پزشکتان ارائه کنیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «منفی» باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می کنیم که دلیل پاسخ منفی را برای شما توضیح می‌دهد. در این نامه همچنین به شما می‌گوییم که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

مهلت‌های درخواست برای «تصمیم پوشش دهی استاندارد» در مورد دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- ما به طور کلی باید پاسخمان را **در مدت 72 ساعت** بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
  - برای درخواست استثنا، ما پاسخ خود را در مدت 72 ساعت پس از دریافت بیانیه تأییدکننده پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر به دلیل وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ را زودتر ارائه خواهیم کرد.
  - اگر این مهلت ها را از دست بدهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما «پاسخ مثبت» بدهیم،** باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم **در مدت 72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه تأییدکننده پزشکتان ارائه کنیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «منفی» باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می کنیم که دلیل پاسخ منفی را برای شما توضیح می‌دهد. در این نامه همچنین به شما می‌گوییم که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

مهلت‌های درخواست برای «تصمیم پوشش دهی استاندارد» برای پرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید

- ما باید پاسخ خود را **در مدت 14 روز** بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
  - اگر این مهلت ها را از دست بدهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «مثبت» باشد،** ما نیز ملزم هستیم در مدت 14 روز بعد از دریافت درخواستتان پرداخت را انجام دهیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «منفی» باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می کنیم که دلیل پاسخ منفی را برای شما توضیح می‌دهد. در این نامه همچنین به شما می‌گوییم که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

مرحله 4: اگر به درخواست استثنای شما پاسخ «منفی» بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

- اگر جواب «منفی» بدهیم، شما حق دارید با ارائه درخواست تجدیدنظر از ما بخواهید تصمیم را تغییر دهیم. به این معنی که مجدداً از ما درخواست کنید پوشش داروی مورد نظرتان را دریافت کنید. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، به این معنی است که از روند رسیدگی به تجدیدنظر سطح 1 استفاده خواهید کرد.

مرحله 7.5 مرحله به مرحله: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1

اصطلاحات حقوقی
به درخواست تجدیدنظر برای طرح ما درباره تصمیم پوشش دهی داروی Part D، طرح **تصمیم‌گیری مجدد**گفته می‌شود. به درخواست تجدیدنظر سریع همچنین **تصمیم‌گیری مجدد**طرح گفته می شود.

<u>مرحله 1:</u> تصمیم بگیرید آیا به تجدیدنظر استاندارد یا سریع نیاز دارید.

تجدیدنظر استاندارد معمولاً 7 روز طول می کشد. تجدیدنظر سریع معمولاً در مدت 72 ساعت انجام می شود. اگر وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.

- اگر شما در حال درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم گیری ما در رابطه با دارویی هستید که هنوز آن را دریافت نکرده اید، شما و پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر لازم است تصمیم گیری کنید که آیا به «تجدیدنظر سریع» نیاز است یا خیر.
- شرایط انجام «تجدیدنظر سریع» مشابه «تصمیم پوشش دهی سریع» است که در بخش 7.4 این فصل توضیح داده شده است.

<u>مرحله 2:</u> شما و پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر باید با ما تماس بگیرید و درخواست تجدیدنظر سطح 1 را ارائه کنید. اگر به خاطر وضعیت سلامتتان به پاسخ سریع نیاز دارید، باید تجدیدنظر سریع درخواست کنید.

- **برای تجدیدنظرهای استاندارد، یک درخواست کتبی ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید.** اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.
- **برای تجدیدنظرهای سریع می توانید درخواست تجدیدنظر را کتبی ارسال کنید یا با این شماره باما تماس بگیرید: 1-800-431-9007 (TTY: 711)**. اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.

- **ما هرگونه درخواست کتبی را**، از جمله درخواست ارسال شده در قالب فرم درخواست تعیین پوشش مدل CMS که در وب‌سایت ما موجود است می‌پذیریم. حتماً نام، اطلاعات تماس، و اطلاعات مربوط به دعوی تان را اضافه کنید تا در رسیدگی به درخواستتان به ما کمک شود.
- **شما باید درخواست تجدیدنظر را در مدت 60 روز** از تاریخی که ابلاغیه کتبی برایتان ارسال کرده‌ایم و گفته‌ایم که درباره تصمیم پوشش دهی پاسخ داده‌ایم ارائه کنید. اگر این مهلت را از دست بدهید اما برای این امر دلیل موجهی داشته باشید، در هنگام درخواست تجدیدنظر توضیح دهید که چرا تجدیدنظر را با تأخیر درخواست کرده اید. ممکن است فرصت بیشتری برای تجدیدنظر در اختیارتان قرار دهیم. چند نمونه از دلایل موجه عبارتند از: بیماری شدید که مانع از تماس با ما شده است، یا ما اطلاعات ناقص یا اشتباهی را درباره مهلت درخواست تجدیدنظر در اختیارتان قرار داده ایم.
- **می توانید درخواست کنید یک کپی از اطلاعات مجود در تجدیدنظرتان در اختیارتان قرار داده شود، و اطلاعات بیشتری را اضافه کنید.** شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری برای حمایت از درخواست تجدیدنظرتان اضافه کنید.

<u>مرحله 3:</u> 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 آیا هنگام پاسخ دادن «منفی» به درخواستتان از همه قوانین پیروی کرده ایم. ممکن است با شما یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

مهلت‌های «تجدیدنظر سریع»

- اگر برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید، **ما باید در مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهیم.** اگر به دلیل وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ را زودتر ارائه خواهیم کرد.
  - اگر در مدت 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. در بخش 7.6 درباره روند تجدیدنظر سطح 2 توضیح داده می شود.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما «پاسخ مثبت» بدهیم**، باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در مدت 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «منفی» باشد**، نامه‌ای برایتان ارسال می کنیم که دلیل پاسخ منفی و نحوه درخواست تجدیدنظر در مورد تصمیم ما را توضیح می دهد.

مهلت‌های درخواست برای تجدیدنظر استاندارد در مورد دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- برای تجدیدنظر استاندارد ما باید **در مدت 7 روز** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهیم. اگر هنوز دارو را دریافت نکرده اید و وضعیت سلامتی شما ما را ملزم کند سریع تر نتیجه تصمیم گیری را به شما اطلاع بدهیم، این کار را خواهیم کرد.
  - اگر در مدت 7 روز به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. در بخش 7.6 درباره روند تجدیدنظر سطح 2 توضیح داده می شود.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما «پاسخ مثبت» بدهیم**، باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم هرچه سریعتر با توجه به وضعیت سلامت شما و حداکثر تا **7 روز** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.

- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «منفی» باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می کنیم که دلیل پاسخ منفی و نحوه درخواست تجدیدنظر در مورد تصمیم ما را توضیح می دهد.

مهلت‌های درخواست برای تجدیدنظر استاندارد برای پرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید

- ما باید پاسخ خود را **در مدت 14 روز** بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
  - اگر این مهلت ها را از دست بدهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «مثبت» باشد،** ما نیز ملزم هستیم در مدت 30 روز بعد از دریافت درخواستتان پرداخت را انجام دهیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «منفی» باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می کنیم که دلیل پاسخ منفی را برای شما توضیح می‌دهد. در این نامه همچنین به شما می‌گوییم که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

<u>مرحله 4:</u> اگر پاسخمان به تجدیدنظر شما منفی باشد، خودتان تصمیم می گیرید آیا می خواهید روندهای تجدیدنظر را ادامه دهید و یک درخواست تجدیدنظر دیگر ارائه کنید.

- اگر تصمیم بگیرید یک درخواست تجدیدنظر دیگر را ارائه کنید، به این معنی است که تجدیدنظرتان به روند تجدیدنظر سطح 2 منتقل می شود.

بخش 7.6 مرحله به مرحله: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2

اصطلاحات حقوقی
نام رسمی «سازمان بازنگری مستقل»، «**نهاد بازنگری مستقل**»است. بعضی مواقع **IRE** نامیده می‌شود.

سازمان بازنگری مستقل یک سازمان مستقل در استخدام Medicare است. 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.

<u>مرحله 1:</u> شما (یا نماینده شما، یا پزشک یا تجویزکننده ای دیگر) باید با سازمان بازنگری مستقل تماس بگیرید و درخواست بررسی پرونده‌تان را داشته باشد.

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ «منفی» بدهیم، اعلامیه ای کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که شامل **دستورالعمل‌هایی در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2** با سازمان بازنگری مستقل است. در این دستورالعمل‌ها به شما راهنمایی می شود چه کسی می‌تواند درخواست تجدیدنظر سطح 2 را انجام دهد، چه مهلت‌هایی را باید رعایت کنید، و چگونه به سازمان بازنگری دسترسی پیدا کنید. اما اگر در چارچوب زمانی مشخص شده بررسی را تکمیل نکنیم، یا اگر با توجه به برنامه مدیریت دارویی مان تصمیمی بگیریم که برخلاف «تعیین در معرض خطر» باشد، به صورت خودکار دعوی تان را برای IRE (سازمان بازنگری مستقل) ارسال می کنیم.
- اطلاعات مربوط به تجدیدنظرتان را به این سازمان ارسال می کنیم. این اطلاعات «**فایل پرونده**»شما نامیده می شود. **شما حق دارید برای کپی فایل خود درخواست کنید.**

- شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات دیگری نیز برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظرتان در اختیار سازمان بازنگری مستقل قرار دهید.

مرحله 2: سازمان بازنگری مستقل درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند.

بررسی کنندگان در سازمان بازنگری مستقل به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما دوباره با دقت توجه خواهند کرد.

مهلت‌های «تجدیدنظر سریع»

- اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع از طرف سازمان بازنگری مستقل داشته باشید.
- اگر این سازمان با «تجدیدنظر سریع» موافقت کند، باید در مدت **72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر، به تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ دهد.

مهلت‌های «تجدیدنظر استاندارد»

- برای تجدیدنظر استاندارد، اگر درخواست شما برای دارویی است که هنوز دریافت نکرده‌اید، سازمان بررسی باید **در مدت 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ بدهد. اگر درخواست شما برای دارویی است که خریداری کرده اید، سازمان بازنگری باید **در مدت 14 روز** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ بدهد.

مرحله 3: سازمان بازنگری مستقل به شما پاسخ می دهد.

برای تجدیدنظرهای سریع:

- **اگر سازمان بازنگری مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ «مثبت» بدهد،** ما باید پوشش دارویی تأیید شده توسط سازمان بازنگری را در مدت 24 ساعت پس از دریافت تصمیم سازمان بازنگری ارائه کنیم.

برای تجدیدنظرهای استاندارد:

- **اگر سازمان بازنگری مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما برای پوشش دهی پاسخ «مثبت» بدهد،** ما باید پوشش دارویی تأیید شده توسط سازمان بازنگری را در مدت **72 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بازنگری ارائه کنیم.
- **اگر سازمان بازنگری مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما برای بازپرداخت هزینه** دارویی که قبلاً خریداری کرده اید پاسخ «مثبت» بدهد، **ما ملزم هستیم مبلغ را در مدت 30 روز** پس از دریافت تصمیم سازمان بازنگری برایتان ارسال کنیم.

اگر سازمان بازنگری به تجدیدنظر شما پاسخ «منفی» بدهد چطور؟

اگر این سازمان به بخشی یا کل درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، به این معنی است که آنها با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش درخواست شما (یا بخشی از درخواستتان) موافق هستند. (به این کار **حمایت از تصمیم گرفته شدهگفته می‌شود.** همچنین به آن **رد کردن درخواست تجدیدنظر شماگفته می شود.**). در این صورت سازمان بازنگری مستقل نامه ای برایتان ارسال می کند و این موارد را عنوان می کند:

- تصمیمش را توضیح می دهد.
- اگر مقدار دلاری پوشش دارویی که درخواست کرده اید به مقدار حداقل خاص مشخص شده برسد، درباره حق شما نسبت به ادامه تجدیدنظر به سطح 3 توضیح می دهد. اگر مقدار دلاری پوشش دارویی که درخواست کرده اید خیلی کم باشد، نمی توانید برای یک تجدیدنظر اقدام کنید و تصمیم اتخاذ شده در سطح 2 نهایی است.
- مبلغ دلاری مورد نظر را که باتوجه به آن روند تجدیدنظر قابل ادامه و پیگیری است عنوان می شود.

<u>مرحله 4:</u> اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در روند رسیدگی به تجدیدنظر وجود دارد (در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهد).
- اگر می خواهید تجدیدنظر سطح 3 را ادامه دهید، جزئیات مربوط به نحوه انجام این کار در اعلامیه کتبی که بعد از تجدیدنظر سطح 2 دریافت می کنید عنوان شده است.
- تجدیدنظر سطح 3 توسط قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل انجام می شود. در بخش 10 این فصل درباره روندهای تجدیدنظر سطح 3، 4، و 5 بیشتر توضیح داده شده است.

بخش 8 اگر فکر می‌کنید پزشک شما را خیلی زود از بیمارستان مرخص کرده است، در نحوه درخواست از ما برای پوشش دادن دوره بستری شدن طولانی تر در بیمارستان توضیح داده می شود

وقتی در بیمارستان پذیرفته می‌شوید، حق دارید همه خدمات بیمارستانی که ما پوشش می دهیم و برای تشخیص و درمان بیماری شما لازم هستند را دریافت کنید.

پزشک شما و پرسنل بیماران در طول مدت بستری شدن تحت پوشش شما در بیمارستان با شما همکاری می کنند تا برای وقتی بیمارستان را ترک می کنید آماده شوید. آنها همچنین هرگونه خدمات مراقبتی مورد نیاز پس از خروج از بیمارستان را هماهنگ می‌کنند.

- روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید «**تاریخ ترخیص**»است.
- با تأیید تاریخ ترخیص، پزشک یا پرسنل بیمارستان به شما اطلاع می دهند.
- اگر فکر می‌کنید خیلی زود از شما خواسته شده که بیمارستان را ترک کنید، می‌توانید برای بستری شدن طولانی‌تر در بیمارستان درخواست کنید و به درخواستتان رسیدگی خواهد شد.

بخش 8.1 مدتی که در بیمارستان بستری هستید، اعلامیه کتبی از Medicare دریافت می کنید که درباره حقوقتان در آن توضیح داده شده است

در مدت دو روز بعد از پذیرش در بیمارستان، یک اعلامیه کتبی با عنوان «*پیامی مهم از طرف Medicare درباره حقوق شما*» به شما داده می شود. همه افرادی که Medicare دارند یک کپی از این اعلامیه دریافت می کنند. اگر اعلامیه را در بیمارستان به شما نداده اند (مثلاً از طرف مددکار اجتماعی یا پرستار)، از هرکدام از پرسنل بیمارستان می توانید درخواست کنید. اگر به کمک و راهنمایی نیاز دارید می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) با خدمات اعضا تماس بگیرید. (TTY 1-877-486-2048).

1. **این اعلامیه را با دقت مطالعه کنید و اگر موضوعی را متوجه نشدید، بپرسید.** محتوای این اعلامیه:

- حقوق شما برای دریافت خدمات تحت پوشش Medicare در زمان بستری بودن در بیمارستان و بعد از ترخیص همانطور که پزشک دستور می دهد. این مورد شامل حق شما در آگاهی از ماهیت این خدمات است، اینکه چه کسی هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند، و از کجا می‌توانید آن‌ها را دریافت کنید.
- حق شما برای حضور در هرگونه تصمیمی که برای بستری شدن شما در بیمارستان گرفته می شود.
- اگر نارضایتی یا نگرانی در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی دارید باید به کجا گزارش کنید.
- حقوق شما در **درخواست بررسی فوری** نسبت به تصمیم مربوط به ترخیص شما در صورتی که فکر می‌کنید خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده‌اید. این روشی رسمی و حقوقی برای درخواست اعمال تأخیر در تاریخ ترخیص شما است تا ما پوشش خدمات مراقبتی بیمارستانی شما را برای مدت بیشتری ارائه کنیم.

2. **از شما خواسته می‌شود این اعلامیه کتبی را امضا کنید که نشان می‌دهد آن را دریافت کرده‌اید و از حقوق خود آگاه هستید.**

- از شما یا هر فرد دیگری که از طرف شما اقدام می کند خواسته می شود این اعلامیه را امضا کنید.
- امضای اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده اید. در این اعلامیه تاریخ ترخیص شما مشخص نمی شود. امضای این اعلامیه به این معنی نیست که شما با تاریخ ترخیص موافقت کرده اید.

3. **کپی این** اعلامیه را در دسترس نگه دارید تا در صورت لزوم اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر (یا گزارش هرگونه نگرانی درباره کیفیت مراقبت) را داشته باشید.

- اگر این اعلامیه را بیش از دو روز قبل از تاریخ ترخیص امضا کنید، قبل از تاریخ معین شده برای ترخیص یک کپی دیگر از آن به شما داده می شود.
- برای مشاهده یک کپی از این اعلامیه قبل از این تاریخ، می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با خدمات اعضا به شماره 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید این اعلامیه را به صورت آنلاین در این آدرس مشاهده کنید: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

بخش 8.2 مرحله به مرحله: نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

اگر می خواهید برای پوشش خدمات بستری در بیمارستان برای مدتی طولانی تر از ما درخواست کنید، لازم است از روند تجدیدنظر برای ارائه این درخواستتان استفاده کنید. قبل از شروع درخواست تجدیدنظر خود، با آنچه باید انجام دهید و مهلت‌های مربوطه آشنا شوید.

- **مراحل موجود را دنبال کنید.**
- **مهلت‌ها را رعایت کنید.**
- **در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید.** در هر زمان در صورت داشتن سوال یا نیاز به کمک، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. یا با «برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی» که سازمانی دولتی است تماس بگیرید که کمک های شخصی سازی شده ای را ارائه می کند.

در تجدیدنظر سطح 1، درخواستتان توسط سازمان بهبود کیفیت بررسی می شود. این سازمان بررسی می کند آیا تاریخ تعیین شده برای ترخیص از نظر پزشکی برایتان مناسب است.

سازمان بهبود کیفیت شامل گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌شود که تحت استخدام دولت فدرال هستند تا مراقبت ارائه‌شده به بیماران دارای Medicare را کنترل بررسی کنند و بهبود ببخشند. این موارد شامل تاریخ های ترخیص از بیمارستان برای افرادی است که Medicare دارند. این متخصصان بخشی از برنامه ما نیستند.

<u>مرحله 1:</u> با سازمان بهبود کیفیت ایالتتان تماس بگیرید و برای بررسی فوری تاریخ ترخیص از بیمارستان درخواست دهید. باید سریع عمل کنید.

چطور می توانید با این سازمان تماس بگیرید؟

- در اعلامیه کتبی که دریافت کردید (*پیامی مهم از طرف Medicare درباره حقوق شما*) درباره نحوه دسترسی به این سازمان توضیح داده شده است. یا می توانید نام، آدرس، و شماره تلفن سازمان بهبود کیفیت ایالتتان را در فصل 2 پیدا کنید.

به سرعت عمل کنید:

- برای درخواست تجدیدنظر باید *قبل از* ترک بیمارستان و **تا قبل از نیمه شب همان روزی که ترخیص شده ایدبا** سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید.
  - **اگر این مهلت ها را از دست ندهید،** در مدت زمان انتظار برای تصمیم سازمان بهبود کیفیت، ممکن است بتوانید بعد از تاریخ ترخیص تعیین‌شده بدون اینکه برای آن هزینه‌ای پرداخت کنید در بیمارستان بمانید.
  - **اگر به این مهلت های تعیین شده نرسید** و بخواهید بعد از تاریخ ترخیص تعیین‌شده در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم شود همه هزینه‌های مراقبت بیمارستانی که بعد از تاریخ ترخیص دریافت می‌کنید را پرداخت کنید.
- اگر مهلت را برای تماس با سازمان بهبود کیفیت از دست بدهید و همچنان بخواهید برای تجدیدنظر درخواست کنید، باید به جای این کار مستقیماً درخواست تجدیدنظر را برای طرح ما ارسال کنید. برای اطلاع درباره این روش درخواست تجدیدنظر به بخش 8.4 در این فصل مراجعه کنید.

بعد از درخواست بررسی فوری برای ترخیص از بیمارستان، سازمان بهبود کیفیت با ما تماس می گیرد. تا ظهر روز بعد از تماس با ما یک **اعلامیه ترخیص با جزئیات**در اختیارتان قرار می دهیم. در این اعلامیه تاریخ ترخیص تعیین شده شما اعلام شده است همچنین با جزئیات توضیح داده شده است که چرا پزشک، بیمارستان، و ما به این نتیجه رسیده ایم که ترخیص شما در آن تاریخ (از نظر پزشکی) مناسب و صحیح بوده است.

برای دریافت یک نمونه از «اعلامیه ترخیص با جزئیات» می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) با خدمات اعضا تماس بگیرید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) یا می توانید یک نمونه اعلامیه را آنلاین در این آدرس ببینید: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

مرحله 2: سازمان بهبود کیفیت، بررسی مستقل پرونده‌تان را انجام می‌دهد.

- متخصصین حوزه سلامت در سازمان بهبود کیفیت (مسئولین بررسی) درباره دلیل اینکه فکر می‌کنید پوشش برای خدمات باید ادامه پیدا کند از شما (یا نماینده شما) سؤال می‌کنند. لزومی ندارد مطلبی را به صورت کتبی تهیه کنید ولی در صورت تمایل می‌توانید این کار را انجام دهید.
- مسئولین بررسی پرونده‌های پزشکی شما را بررسی می کنند، با پزشک شما صحبت می‌کنند، و همه اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها توسط ما و بیمارستان را بررسی خواهند کرد.
- تا ظهر روز بعد از اینکه مسئولین بررسی نتیجه تجدیدنظر شما را به ما می‌گویند، اعلامیه ای کتبی دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص تعیین‌شده را به شما می‌دهد. همچنین در این اعلامیه با جزئیات توضیح داده شده است که چرا پزشک، بیمارستان، و ما به این نتیجه رسیده ایم که ترخیص شما در آن تاریخ (از نظر پزشکی) مناسب و صحیح بوده است.

مرحله 3: یک روز کامل بعد از ارائه همه اطلاعات لازم، سازمان بهبود کیفیت پاسخ به درخواست تجدیدنظرتان را ارائه می کند.

اگر پاسخ «مثبت» باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- اگر پاسخ سازمان بازنگری مثبت‌باشد، **باید همچنان خدمات تحت پوشش بستری را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشند در اختیارتان قرار دهیم.**
- باید همچنان مبلغ تسهیم هزینه (در صورت وجود مبالغی مانند فرانشیز و پرداخت مشترک) را پرداخت کنید. علاوه بر آن، ممکن است محدودیت هایی درباره پوشش خدمات بیمارستانی وجود داشته باشد.

اگر پاسخ «منفی» باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- اگر پاسخ سازمان بازنگری منفی‌باشد، یعنی تاریخ ترخیص تعیین‌شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب بوده است. در این صورت، ظهر روز بعد *از* دریافت پاسخ سازمان بهبود کیفیت، **پوشش ما برای خدمات بستری در بیمارستان تمام می شود** .
- اگر پاسخ سازمان بازنگری به تجدیدنظر شما منفی باشد و شما تصمیم بگیرید همچنان در بیمارستان بمانید، **ممکن است لازم باشد خودتان هزینه کامل** خدمات مراقبت بیمارستانی که بعد از ظهر فردای روزی که سازمان بهبود کیفیت پاسخ به تجدیدنظر را ارائه کرده است پرداخت کنید.

مرحله 4: اگر پاسخ به تجدیدنظر سطح 1 منفی باشد، خودتان تصمیم می گیرید آیا می خواهید تجدیدنظر دیگری ارائه کنید یا خیر.

- اگر پاسخ سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد و شما بعد از تاریخ ترخیص تعیین‌شده در بیمارستان بمانید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری را ارائه دهید. ارائه یک تجدیدنظر دیگر به این معنی است که به روند تجدیدنظر **سطح 2** می روید.

بخش 8.3 مرحله به مرحله: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

در طول مراحل اجرای تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که دوباره تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر اول شما گرفته اند را بررسی کند. اگر سازمان بهبود کیفیت تجدیدنظر سطح 2 شما را قبول نکند، باید هزینه کامل ماندن در بیمارستان بعد از تاریخ ترخیص تعیین‌شده را بپردازید.

مرحله 1: دوباره با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و برای یک بررسی دیگری درخواست کنید.

- باید **در مدت 60 روز** بعد از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت پاسخ منفی به تجدیدنظر سطح 1 شما داده است برای بررسی درخواست کنید. تنها در صورتی می‌توانید این بررسی را درخواست کنید که پس از تاریخ پایان پوشش خدمات درمانی در بیمارستان بمانید.

مرحله 2: سازمان بهبود کیفیت، شرایطتان را برای دومین بار بررسی می کند.

- بررسی کنندگان در سازمان بهبود کیفیت به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما دوباره با دقت توجه خواهند کرد.

مرحله 3: در مدت 14 روز پس از دریافت درخواستتان برای تجدیدنظر سطح 2، مسئولین بررسی درباره تجدیدنظرتان تصمیم می گیرند و نتیجه را به شما اعلام می کنند.

اگر پاسخ سازمان بازنگری «مثبت» باشد:

- باید سهممان از هزینه های مراقبت بیمارستانی دریافتی از ظهر روز بعد از تاریخ عدم پذیرش تجدیدنظر اولتان توسط سازمان بهبود کیفیت**به شما بازپرداخت کنیم . ما باید به پوشش مراقبت بیماران بستری در بیمارستان برای شما تا وقتی از لحاظ پزشکی ضروری باشد ادامه دهیم.**
- شما باید به پرداخت سهم هزینه‌های خودتان ادامه دهید و محدودیت‌های پوششی ممکن است اعمال شوند.

اگر پاسخ سازمان بازنگری «منفی» باشد:

- یعنی با تصمیمی که در تجدیدنظر سطح 1 گرفتند موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- در اعلامیه ای که دریافت می‌کنید توضیح داده می شود که اگر می‌خواهید همچنان مراحل بررسی را ادامه دهید باید چه کار کنید.

مرحله 4: اگر پاسخ منفی باشد، لازم است تصمیم بگیرید آیا می خواهید تجدیدنظر را به سطح 3 ببرید یا خیر.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در روند رسیدگی به تجدیدنظر وجود دارد (در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهد). اگر می خواهید به تجدیدنظر سطح 3 بروید، جزئیات مربوط به نحوه انجام این کار در اعلامیه کتبی که بعد از تجدیدنظر سطح 2 دریافت می کنید عنوان شده است.
- تجدیدنظر سطح 3 توسط قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل انجام می شود. در بخش 10 این فصل درباره روندهای تجدیدنظر سطح 3، 4، و 5 بیشتر توضیح داده شده است.

بخش 8.4 اگر مهلت درخواست تجدیدنظر سطح 1 را برای تغییر تاریخ ترخیص بیمارستان از دست بدهید چطور؟

اصطلاحات حقوقی
به درخواست بررسی سریع (یا تجدیدنظر سریع) **تجدیدنظر فوری**نیز گفته می شود.

درعوض می توانید تجدیدنظر را برای ما ارسال کنید

همانطور که در بالا توضیح داده شد، باید برای شروع تجدیدنظر سطح 1 برای تاریخ ترخیص از بیمارستان، سریع عمل کنید. اگر مهلت لازم برای تماس با سازمان بهبود کیفیت را از دست بدهید، روش دیگری برای درخواست تجدیدنظر وجود دارد.

اگر از این روش برای درخواست تجدیدنظر استفاده کنید، *دو سطح اول تجدیدنظر متفاوت خواهند بود.*

مرحله به مرحله: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1 *جایگزین*

مرحله 1: با ما تماس بگیرید و برای بررسی سریع درخواست کنید.

- **یک بررسی سریع درخواست کنید.** به این معنی که از ما می خواهید پاسختان را با توجه به مهلت های سریع به جای مهلت های استاندارد ارائه کنیم. اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.

مرحله 2: ما تاریخ ترخیص شما را سریعاً بررسی می کنیم و اینکه آیا از نظر پزشکی مناسب بوده است.

- در این بررسی، ما همه اطلاعات مربوط به بستری بودن شما در بیمارستان را مورد بررسی قرار خواهیم داد. ما بررسی می کنیم آیا تاریخ تعیین شده برای ترخیص از نظر پزشکی برایتان مناسب بوده است. ما بررسی می کنیم آیا تصمیم در مورد زمانی که باید بیمارستان را ترک کنید عادلانه بوده و از همه مقررات پیروی شده است یا خیر.

مرحله 3: ما تصمیم خود را در مدت 72 ساعت بعد از درخواست شما برای «بررسی سریع» ارائه خواهیم کرد.

- اگر پاسخ ما به تجدیدنظر «مثبت» باشد، **به این معنی است که موافقت می‌کنیم شما لازم است بعد از تاریخ ترخیص هنوز در بیمارستان بمانید.** تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد. همچنین به این معنی است که ما موافقت می‌کنیم سهم هزینه‌های خود را برای خدمات مراقبتی که از تاریخی که اعلام کردیم پوشش شما تمام می شود دریافت کردید، بازپرداخت کنیم. (باید سهم خودتان از هزینه ها را پرداخت کنید و ممکن است محدودیت هایی نیز اعمال شود.)

- **اگر به تجدیدنظر پاسخ «منفی» بدهیم**، یعنی تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب بوده است. پوشش ما برای خدمات بیماران بستری در بیمارستان در روزی تمام پیدا می‌کند که به شما گفتیم پوشش تمام خواهد شد.
  - اگر بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده در بیمارستان ماندید، در اینصورت ممکن است لازم باشد هزینه کامل مراقبت بیمارستانی که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده دریافت کردید را پرداخت کنید.

مرحله 4: اگر پاسخمان به تجدیدنظر شما «منفی» باشد، پرونده‌تان به صورت خودکار به سطح بعدی روند تجدیدنظر ارسال می‌شود.

مرحله به مرحله: تجدیدنظر سطح 2 جایگزین

اصطلاحات حقوقی
نام رسمی «سازمان بازنگری مستقل»، «**نهاد بازنگری مستقل**»است. بعضی مواقع **IRE** نامیده می‌شود.

سازمان **بررسی مستقل یک سازمان مستقل در استخدام Medicare است**. این سازمان به طرح 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.

مرحله 1: ما به صورت خودکار پرونده تان را برای سازمان بازنگری مستقل ارسال خواهیم کرد.

- در مدت زمان 24 ساعت از تاریخی که به تجدیدنظر اول شما پاسخ منفی می دهیم باید اطلاعاتتان را برای تجدیدنظر سطح 2 به سازمان بازنگری مستقل ارسال کنیم. (اگر فکر می‌کنید این مهلت یا سایر مهلت‌ها را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه ارائه شکایت، به بخش 11 مراجعه کنید.)

مرحله 2: سازمان بازنگری مستقل درخواست تجدیدنظر شما را به صورت سریع بررسی می‌کند. مسئولین بررسی پاسخ را در مدت 72 ساعت به شما می‌دهند.

- مسئولین بررسی در سازمان بازنگری مستقل به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما درباره اقامتتان در بیمارستان با دقت توجه خواهند کرد.
- **اگر سازمان به تجدیدنظر شما پاسخ «مثبت» بدهد**، ما باید سهممان را از هزینه‌های مراقبت بیمارستانی که از زمان تاریخ ترخیص تعیین‌شده دریافت کرده‌اید پرداخت کنیم. همچنین باید به پوشش‌مان از خدمات بیمارستانی شما تا وقتی ضرورت پزشکی داشته باشد ادامه دهیم. شما باید همچنان سهمتان را از هزینه ها پرداخت کنید. اگر محدودیت هایی در پوشش دهی وجود داشته باشد، ممکن است مبلغ بازپرداختی به شما و مدت زمان ادامه پوشش خدماتتان نیز محدود شود.
- **اگر این سازمان به تجدیدنظر شما**پاسخ«***منفی***»بدهد، یعنی موافق هستند که تاریخ ترخیص تعیین‌شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب بوده است.
- در اعلامیه کتبی که از سازمان بازنگری مستقل دریافت می کنید درباره نحوه شروع روند بررسی تجدیدنظر سطح 3 که توسط قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل انجام می شود توضیح داده شده است.

مرحله 3: اگر سازمان بازنگری مستقل تجدیدنظرتان را رد کند، خودتان انتخاب می کنید آیا می خواهید تجدیدنظر را ادامه دهید یا خیر.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در روند رسیدگی به تجدیدنظر وجود دارد (در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهد). اگر مسئولین بررسی به تجدیدنظر سطح 2 پاسخ منفی بدهند، خودتان تصمیم می گیرید آیا تصمیم آنها را بپذیرید یا به تجدیدنظر سطح 3 بروید.
- در بخش 10 این فصل درباره روندهای تجدیدنظر سطح 3، 4، و 5 بیشتر توضیح داده شده است.

بخش 9 نحوه درخواست از ما برای حفظ پوشش خدمات پزشکی خاص در صورتی که فکر می کنید پوششتان خیلی زود تمام می شود

بخش 9.1 *این بخش فقط درباره سه سرویس و خدمات است:* مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی، و خدمات مرکز توانبخشی جامع برای بیماران سرپایی (CORF)

وقتی خدمات **مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی، و مراقبت توانبخشی (مرکز توانبخشی جامع برای بیماران سرپایی)**تحت پوشش را دریافت می کنید، تا زمانی که برای تشخیص و درمان بیماری یا جراحتتان به این خدمات نیاز داشته باشید، حق دارید همچنان همین نوع خدمات مراقبتی را دریافت کنید.

وقتی تصمیم می گیریم زمان توقف پوشش این سه نوع خدمات مراقبتی است، ملزم هستیم از قبل به شما اطلاع دهیم. وقتی پوشش شما برای آن خدمات مراقبتی تمام می شود، *ما پرداخت هزینه مراقبت شما را متوقف می کنیم.*

اگر فکر می‌کنید خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه می‌دهیم، **می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.** این بخش نحوه درخواست برای تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

بخش 9.2 ما از قبل به شما خواهیم گفت که چه موقع پوشش شما تمام خواهد شد

اصطلاحات حقوقی
اعلامیه عدم پوشش Medicare. در این اعلامیه توضیح داده می شود که چطور می توانید برای **پیگیری سریع درخواست تجدیدنظر**درخواست دهید. پیگیری سریع درخواست تجدیدنظر نوعی درخواست رسمی و قانونی برای تغییر در تصمیم پوشش دهی ما درباره زمان توقف ارائه خدمات مراقبتی است.

1. **یک اعلامیه کتبی** را حداقل دو روز قبل از اینکه طرح بخواهد پوشش خدمات مراقبتی را متوقف کند دریافت می‌کنید. محتوای این اعلامیه:
   - تاریخی که پوشش خدمات مراقبتی شما را متوقف خواهیم کرد.
   - نحوه درخواست برای تجدیدنظر با پیگیری سریع برای اینکه از ما بخواهید خدمات مراقبتی تان را برای مدتی طولانی تر پوشش دهیم.

2. **از شما یا هر فرد دیگری که از طرف شما اقدام می‌کند خواسته می‌شود اعلامیه کتبی را امضا کنید تا مشخص شود که آن را دریافت کرده‌اید.** امضای اعلامیه *فقط* نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به زمان توقف پوشش دهی را دریافت کرده اید. **امضای آن به این معنی نیست که با تصمیم طرح در توقف ارائه خدمات مراقبتی موافق هستید.**

مرحله 9.3 مرحله به مرحله: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1 برای درخواست از طرح ما برای پوشش خدمات مراقبتی برای مدتی طولانی تر

اگر می خواهید از ما درخواستن کنید مراقبتتان را برای مدتی طولانی تر پوشش دهیم، باید از روند تجدیدنظر برای ارائه این درخواست استفاده کنید. قبل از شروع درخواست تجدیدنظر خود، با آنچه باید انجام دهید و مهلت‌های مربوطه آشنا شوید.

- **مراحل موجود را دنبال کنید.**
- **مهلت‌ها را رعایت کنید.**
- **در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید.** در هر زمان در صورت داشتن سوال یا نیاز به کمک، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. یا با «برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی» که سازمانی دولتی است تماس بگیرید که کمک های شخصی سازی شده ای را ارائه می کند.

در تجدیدنظر سطح 1، درخواستتان توسط سازمان بهبود کیفیت بررسی می شود.. این سازمان درباره تاریخ پایان خدمات مراقبتی متناسب از نظر پزشکی تصمیم گیری می کند.

مرحله 1: ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1: با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و پیگیری سریع درخواست تجدیدنظر را درخواست کنید. باید سریع عمل کنید.

چطور می توانید با این سازمان تماس بگیرید؟

- در اعلامیه کتبی که دریافت می کنید (*اعلامیه عدم پوشش Medicare*) درباره نحوه دسترسی به این سازمان توضیح داده می شود. (یا می توانید نام، آدرس، و شماره تلفن سازمان بهبود کیفیت ایالتتان را در فصل 2 پیدا کنید.)

به سرعت عمل کنید:

- برای شروع درخواست تجدیدنظر باید **تا ظهر روز قبل از تاریخ اعمال** که در *اطلاعیه عدم پوشش Medicare* عنوان شده است با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید.
- اگر مهلت را برای تماس با سازمان بهبود کیفیت از دست بدهید و همچنان بخواهید برای تجدیدنظر درخواست کنید، باید به جای این کار مستقیماً درخواست تجدیدنظر را برای ما ارسال کنید. برای اطلاع درباره این روش درخواست تجدیدنظر به بخش 9.5 در این فصل مراجعه کنید.

<u>مرحله 2:</u> سازمان بهبود کیفیت، بررسی مستقل پرونده‌تان را انجام می‌دهد.

اصطلاحات حقوقی
توضیح دقیق عدم پوشش دهی اعلامیه ای حاوی جزئیات دقیق درباره دلایل پایان دادن پوشش دهی.

در طول این بررسی چه اتفاقی می‌افتد؟

- متخصصین حوزه سلامت در سازمان بهبود کیفیت (مسئولین بررسی) درباره دلیل اینکه فکر می‌کنید پوشش برای خدمات باید ادامه پیدا کند، از شما (یا نماینده شما) سؤال می‌کنند. لزومی ندارد مطلبی را به صورت کتبی تهیه کنید ولی در صورت تمایل می‌توانید این کار را انجام دهید.
- همچنین سازمان بازنگری، اطلاعات پزشکی شما را بررسی می کند، با پزشک شما صحبت می‌کند، و همه اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها توسط طرح ما را بررسی خواهد کرد.
- در پایان روزی که مسئولین بررسی درباره درخواست تجدیدنظرتان به ما اطلاع می‌دهند، **توضیح دقیق عدم پوشش دهی** را از ما دریافت می کنید که حاوی دلایل ما برای پایان دادن پوشش خدمات شما است.

<u>مرحله 3:</u>در مدت یک روز کامل بعد از اینکه مسئولین بررسی همه اطلاعات لازم را دریافت کردند، تصمیمشان را به شما اطلاع می دهند.

اگر پاسخ مسئولین بررسی «مثبت» باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- اگر مسئولین بررسی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهند، **ما باید به ارائه خدمات تحت پوشش شما تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشند ادامه دهیم**.
- باید همچنان مبلغ تسهیم هزینه (در صورت وجود مبالغی مانند فرانشیز و پرداخت مشترک) را پرداخت کنید. ممکن است محدودیت هایی درباره خدمات تحت پوشش وجود داشته باشد.

اگر پاسخ مسئولین بررسی «منفی» باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- اگر پاسخ مسئولین بررسی به درخواست تجدیدنظر شما «منفی» باشد، **پوشش شما را در تاریخی که به شما اطلاع داده ایم تمام می کنیم.**
- اگر تصمیم بگیرید که به دریافت مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی، یا خدمات مرکز توانبخشی جامع برای بیماران سرپایی (CORF) بعد *از* تاریخی که پوشش شما تمام می شود ادامه دهید، باید **خودتان هزینه کامل این مراقبت ها را پرداخت کنید** .

<u>مرحله 4:</u> اگر پاسخ به تجدیدنظر سطح 1 منفی باشد، خودتان تصمیم می گیرید آیا می خواهید تجدیدنظر دیگری ارائه کنید یا خیر.

- اگر مسئولین بررسی به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی بدهد – و شما تصمیم بگیرید که به دریافت خدمات بعد از پایان پوشش دهی ادامه دهید – می‌توانید تجدیدنظر سطح 2 را درخواست کنید.

مرحله 9.4 مرحله به مرحله: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای درخواست از طرح ما برای پوشش خدمات مراقبتی برای مدتی طولانی تر

در طول مراحل اجرای تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که دوباره تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر اول شما گرفته است را بررسی کند. اگر سازمان بهبود کیفیت تجدیدنظر سطح 2 شما را رد کند، ممکن است لازم باشد کل هزینه مراقبت درمانی خانگی، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، یا خدمات مرکز توانبخشی بیماران سرپایی (CORF) را بعد *از* تاریخی که گفتیم پوشش شما تمام می شود بپردازید.

<u>مرحله 1:</u> دوباره با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و برای یک بررسی دیگری درخواست کنید.

- **بایدظرف 60 روز**بعد از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت پاسخ منفی به تجدیدنظر سطح 1 شما داده است برای این بررسی درخواست کنید. تنها در صورتی می‌توانید برای این بررسی درخواست کنید که بعد از تاریخی که پوشش شما برای مراقبت خاتمه پیدا کرده به دریافت مراقبت ادامه داده باشید.

<u>مرحله 2:</u> سازمان بهبود کیفیت، شرایطتان را برای دومین بار بررسی می کند.

- بررسی کنندگان در سازمان بهبود کیفیت به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما دوباره با دقت توجه خواهند کرد.

<u>مرحله 3:</u> در مدت 14 روز پس از دریافت درخواستتان برای تجدیدنظر، مسئولین بررسی درباره تجدیدنظرتان تصمیم می گیرند و نتیجه را به شما اعلام می کنند.

اگر پاسخ سازمان بازنگری «مثبت» باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- **ما باید** سهم هزینه‌های خود را برای مراقبتی که از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می‌کند دریافت کردید بازپرداخت کنیم. **تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشد** ما همچنان پوشش دهی خدمات مراقبتی را ادامه می‌دهیم.
- باید سهم خودتان از هزینه ها را پرداخت کنید و ممکن است محدودیت هایی نیز اعمال شود.

اگر پاسخ سازمان بررسی «منفی» باشد چه اتفاقی میافتد؟

- یعنی با تصمیمی که در تجدیدنظر سطح 1 گرفتند موافق هستند.
- در اعلامیه ای که دریافت می‌کنید توضیح داده می شود که اگر می‌خواهید همچنان مراحل بررسی را ادامه دهید باید چه کار کنید. در این نامه جزئیات مربوط به چگونگی ادامه به سطح بعدی تجدیدنظر که توسط قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل رسیدگی می‌شود توضیح داده شده است.

<u>مرحله 4:</u> اگر پاسخ منفی باشد، لازم است تصمیم بگیرید آیا می خواهید تجدیدنظر را به سطح بعدی ببرید یا خیر.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در روند رسیدگی به تجدیدنظر وجود دارد و در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهد. اگر می خواهید تجدیدنظر سطح 3 را ادامه دهید، جزئیات مربوط به نحوه انجام این کار در اعلامیه کتبی که بعد از تجدیدنظر سطح 2 دریافت می کنید عنوان شده است.

- تجدیدنظر سطح 3 توسط قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل انجام می شود. در بخش 10 این فصل درباره روندهای تجدیدنظر سطح 3، 4، و 5 بیشتر توضیح داده شده است.

بخش 9.5 اگر مهلت برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 سپری شود چطور؟

درعوض می توانید تجدیدنظر را برای ما ارسال کنید

همانطور که در بالا توضیح داده شد، باید به سرعت اقدام کنید (در فاصله یک یا حداکثر دو روز) و با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا تجدیدنظر اول شروع شود. اگر مهلت لازم برای تماس با این سازمان را از دست بدهید، روش دیگری برای درخواست تجدیدنظر وجود دارد. اگر از این روش برای درخواست تجدیدنظر استفاده کنید، *دو سطح اول تجدیدنظر متفاوت خواهند بود*.

مرحله به مرحله: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1 *جایگزین*

اصطلاحات حقوقی
به درخواست بررسی سریع (یا تجدیدنظر سریع) **تجدیدنظر فوری**نیز گفته می شود.

<u>مرحله 1:</u> با ما تماس بگیرید و برای بررسی سریع درخواست کنید.

- **یک بررسی سریع درخواست کنید.** به این معنی که از ما می خواهید پاسختان را با توجه به مهلت های سریع به جای مهلت های استاندارد ارائه کنیم. اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.

<u>مرحله 2:</u> ماتصمیمی را که درباره زمان پایان پوشش دهی خدماتتان گرفته ایم به سرعت بررسی می کنیم.

- در این بررسی، ما همه اطلاعات مربوط به پرونده شما را مورد بررسی مجدد قرار خواهیم داد. بررسی می کنیم آیا از همه قوانین در زمان تعیین تاریخ پایان پوششدهی طرح برای خدماتی که دریافت می کردید پیروی شده است.

<u>مرحله 3:</u> ما تصمیم خود را در مدت 72 ساعت بعد از درخواست شما برای «بررسی سریع» ارائه خواهیم کرد.

- **اگر پاسخ ما به تجدیدنظر «مثبت» باشد،** به این معنی است که موافقت می‌کنیم شما همچنان به خدمات برای مدتی طولانی تر نیاز دارید، و خدمات تحت پوشش را تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد همچنان ارائه خواهیم داد. همچنین به این معنی است که ما موافقت می‌کنیم سهم هزینه‌های خود را برای خدمات مراقبتی که از تاریخی که اعلام کردیم پوشش شما تمام می شود دریافت کردید، بازپرداخت کنیم. (باید سهم خودتان از هزینه ها را پرداخت کنید و ممکن است محدودیت هایی نیز اعمال شود.)
- **اگر پاسخ ما به تجدیدنظر «منفی» باشد،** به این معنی است که پوشش دهی در تاریخی که اعلام کرده بودیم تمام می شود و سهم هزینه ها را بعد از این تاریخ پرداخت نخواهیم کرد.
- اگر دریافت مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی، یا خدمات مرکز توانبخشی جامع برای بیماران سرپایی (CORF) را بعد *از* تاریخی که اعلام کردیم پوشش شما تمام می شود ادامه دهید، **باید خودتان کل هزینه این خدمات مراقبتی را پرداخت کنید.**

مرحله 4: اگر پاسخمان به تجدیدنظر سریع شما «منفی» باشد، پرونده تان به صورت خودکار به سطح بعدی روند تجدیدنظر ارسال می شود.

اصطلاحات حقوقی
نام رسمی «سازمان بازنگری مستقل»، «**نهاد بازنگری مستقل**»است. بعضی مواقع **IRE** نامیده می‌شود.

مرحله به مرحله: تجدیدنظر سطح 2 جایگزین

در طول تجدیدنظر سطح 2، **سازمان بازنگری مستقل** تصمیمی را که برای تجدیدنظر سریع شما گرفتیم بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد آیا تصمیمی که گرفتیم باید تغییر کند یا خیر. **سازمان بازنگری مستقل یک سازمان مستقل در استخدام Medicare است.** این سازمان به طرح ما وابستگی ندارد و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان، شرکتی است که توسط Medicare انتخاب شده است تا فعالیت شغلی مربوط به «سازمان بازنگری مستقل» را اجرا کند. Medicare بر فعالیت آن نظارت دارد.

مرحله 1: ما به صورت خودکار پرونده تان را برای سازمان بازنگری مستقل ارسال خواهیم کرد.

- در مدت زمان 24 ساعت از تاریخی که به تجدیدنظر اول شما پاسخ منفی می دهیم باید اطلاعاتتان را برای تجدیدنظر سطح 2 به سازمان بازنگری مستقل ارسال کنیم. (اگر فکر می‌کنید این مهلت یا سایر مهلت‌ها را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه ارائه شکایت، به بخش 11 مراجعه کنید.)

مرحله 2: سازمان بازنگری مستقل درخواست تجدیدنظر شما را به صورت سریع بررسی می‌کند. مسئولین بررسی پاسخ را در مدت 72 ساعت به شما می‌دهند.

- بررسی کنندگان در سازمان بازنگری مستقل به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما دوباره با دقت توجه خواهند کرد.
- **اگر سازمان به تجدیدنظر شماپاسخ«مثبت»بدهد،** ما باید سهممان را از هزینه‌های خدمات مراقبتی که از زمان اعلام پایان پوشش توسط ما دریافت کرده‌اید، پرداخت کنیم. همچنین تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشد، ما همچنان پوشش دهی خدمات مراقبتی را ادامه می‌دهیم. شما باید همچنان سهمتان را از هزینه ها پرداخت کنید. اگر محدودیت هایی در پوشش دهی وجود داشته باشد، ممکن است مبلغ بازپرداختی به شما و مدت زمان ادامه پوشش خدمات نیز محدود شود.
- **اگر این سازمان به درخواست تجدیدنظر شماپاسخ*منفی*بدهد،** یعنی با تصمیم طرح ما درباره تجدیدنظر اول موافق هستند و آن را تغییر نمی‌دهند.
- در اعلامیه کتبی که از سازمان بازنگری مستقل دریافت می کنید به صورت کتبی توضیح داده شده است که اگر می خواهید به تجدیدنظر سطح 3 بروید چه کاری باید انجام دهید.

مرحله 3: اگر سازمان بازنگری مستقل به تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، خودتان انتخاب می کنید آیا می خواهید تجدیدنظر را ادامه دهید یا خیر.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در روند رسیدگی به تجدیدنظر وجود دارد و در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهد. اگر می خواهید تجدیدنظر سطح 3 را ادامه دهید، جزئیات مربوط به نحوه انجام این کار در اعلامیه کتبی که بعد از تجدیدنظر سطح 2 دریافت می کنید عنوان شده است.
- تجدیدنظر سطح 3 توسط قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل بررسی می شود. در بخش 10 این فصل درباره روندهای تجدیدنظر سطح 3، 4، و 5 بیشتر توضیح داده شده است.

بخش 10 ادامه تجدیدنظر به سطح 3 و سطح‌های بعدی

بخش 10.1 تجدیدنظرهای سطح 3، 4، و 5 برای درخواست خدمات پزشکی

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 دلاری اقلام یا خدمات پزشکی درخواستی شما در تجدیدنظر به مقدار حداقل خاص مشخص شده برسد، ممکن است بتوانید به سایر سطوح تجدیدنظر بروید. اگر مبلغ دلاری کمتر از مقدار حداقل است، نمی‌توانید به تجدیدنظر ادامه دهید. در پاسخ کتبی دریافتی برای تجدیدنظر سطح 2 درباره نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3 توضیح داده شده است.

در اکثر موارد در ارتباط با تجدیدنظرها، سه سطح آخر عملکردی تقریباً مشابه دارند. یعنی مسئول بررسی تجدیدنظر در هرکدام از این سه سطح یکسان است.

تجدیدنظر سطح 3 قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل که برای دولت فدرال کار می کنند تجدیدنظرتان را بررسی می کنند و پاسخ می دهند.

- **اگر قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل به تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد، *ممکن است روند تجدیدنظرتان تمام شود یا ادامه پیدا کند.*** برخلاف تصمیمی که در تجدیدنظر سطح 2 گرفته می شود، ما حق داریم برای تصمیم اتخاذ شده در سطح 3 که به نفع شما است درخواست تجدیدنظر بدهیم. اگر تصمیم بگیریم تجدیدنظر درخواست کنیم، به تجدیدنظر سطح 4 می رویم.
  - اگر تصمیم گرفتیم که این تصمیم را مورد تجدیدنظر قرار ندهیم، باید در مدت 60 روز پس از دریافت تصمیم قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، خدمات مراقبت پزشکی را تأیید کنیم یا به شما ارائه کنیم.
  - اگر بخواهیم برای این تصمیم درخواست تجدیدنظر بدهیم، یک نسخه از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را به همراه هر گونه اسناد مرتبط برای شما ارسال می‌کنیم. ممکن است قبل از صدور مجوز یا ارائه خدمات مراقبت پزشکی مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.
- **اگر قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل به تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند تجدیدنظرتان *تمام شود یا ادامه پیدا کند* .**
  - اگر بخواهید این تصمیم را که نفی کننده تجدیدنظرتان است بپذیرید، روند تجدیدنظر به پایان می رسد.

- اگر نمی خواهید این تصمیم را بپذیرید، می توانید به سطح بعدی روند تجدیدنظر بروید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

تجدیدنظر سطح 4 شورای استیناف Medicare (شورا)، تجدیدنظر شما را بررسی می کند و پاسخ می دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

- **اگر پاسخ مثبت باشد یا اگر شورا درخواست ما برای بررسی تصمیم تجدیدنظر سطح 3 که به نفع شما بوده است را نپذیرد، روند تجدید نظر ممکن *است تمام شود* یا ممکن *است ادامه یابد* .** برخلاف تصمیمی که در تجدیدنظر سطح 2 گرفته می شود، ما حق داریم برای تصمیم اتخاذ شده در سطح 4 که به نفع شما است درخواست تجدیدنظر بدهیم. ما تصمیم می گیریم آیا تجدیدنظر برای بررسی این تصمیم را به سطح 5 ببریم یا خیر.
  - اگر بخواهیم تصمیم را مورد تجدیدنظر قرار ندهیم، باید در مدت 60 روز پس از دریافت تصمیم شورا به شما مجوز خدمات مراقبت پزشکی را بدهیم یا خدمات را به شما ارائه دهیم.
  - اگر بخواهیم این تصمیم را مورد تجدیدنظر قرار دهیم، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد.
- **اگر پاسخ منفی باشد یا اگر شورا درخواست را مورد بررسی قرار بدهد، روند تجدید نظر ممکن *است تمام شود* یا ممکن *است* ادامه یابد.**
  - اگر بخواهید این تصمیم را که نفی کننده تجدیدنظرتان است بپذیرید، روند تجدیدنظر به پایان می رسد.
  - اگر نمی خواهید این تصمیم را بپذیرید، ممکن است بتوانید به سطح بعدی روند بررسی بروید. اگر پاسخ شورا به تجدیدنظر شما منفی باشد، در اعلامیه کتبی که دریافت می کنید توضیح داده می شود آیا براساس قوانین اجازه دارید به تجدیدنظر سطح 5 بروید، و نحوه ادامه به تجدیدنظر سطح 5 نیز گفته می شود.

تجدیدنظر سطح 5 یک قاضی در **دادگاه منطقه فدرال** درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می کند.

- یک قاضی همه اطلاعات را بررسی می کند و تصمیم می گیرد درخو*استتان را* بپذیرد یا رد کند . این پاسخ نهایی است. هیچ مرحله تجدیدنظر دیگری بعد از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

بخش 10.2 درخواست های تجدیدنظر در سطوح 3، 4 و 5 برای داروهای Part D

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 را ارائه کرده باشید و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده باشد، ممکن است این بخش برای شما مناسب باشد.

اگر ارزش دارویی که درخواست دادید به مقدار دلاری مشخصی برسد، ممکن است بتوانید به سطوح دیگر درخواست تجدیدنظر بروید. اگر مبلغ دلاری کمتر باشد، نمی‌توانید به تجدیدنظر ادامه دهید. در پاسخ کتبی دریافتی برای تجدیدنظر سطح 2 درباره نحوه تماس و اینکه برای درخواست تجدیدنظر سطح 3 باید چه کار کنید توضیح داده شده است.

در اکثر موارد در ارتباط با تجدیدنظرها، سه سطح آخر عملکردی تقریباً مشابه دارند. یعنی مسئول بررسی تجدیدنظر در هرکدام از این سه سطح یکسان است.

تجدیدنظر سطح 3 قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل که برای دولت فدرال کار می‌کنند تجدیدنظرتان را بررسی می‌کنند و پاسخ می‌دهند.

- **اگر پاسخ مثبت باشد، روند تجدیدنظر تمام شده است.** ما باید **در مدت 72 ساعت (یا 24 ساعت برای تجدیدنظرهای فوری)، پوشش دارویی تأیید** شده توسط قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل را **تأیید کنیم یا ارائه کنیم، یا حداکثر تا 30 روز** پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.
- **اگر پاسخ منفی باشد، ممکن است روند تجدیدنظر *تمام شود* یا *همچنان ادامه داشته باشد*.**
  - اگر بخواهید این تصمیم را که نفی کننده تجدیدنظرتان است بپذیرید، روند تجدیدنظر به پایان می رسد.
  - اگر نمی خواهید این تصمیم را بپذیرید، می توانید به سطح بعدی روند تجدیدنظر بروید. در اعلامیه ای که دریافت می‌کنید توضیح داده می شود برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

تجدیدنظر سطح 4 شورای استیناف Medicare (شورا)، تجدیدنظر شما را بررسی می کند و پاسخ می دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

- **اگر پاسخ مثبت باشد، روند تجدیدنظر تمام شده است.** ما باید **در مدت 72 ساعت (یا 24 ساعت برای تجدیدنظرهای فوری)، پوشش دارویی تأیید شده توسط شورا را** تأیید کنیم یا ارائه کنیم ، **یا حداکثر تا 30 روز پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.**
- **اگر پاسخ منفی باشد، ممکن است روند تجدیدنظر *تمام شود* یا *همچنان ادامه داشته باشد*.**
  - اگر بخواهید این تصمیم را که نفی کننده تجدیدنظرتان است بپذیرید، روند تجدیدنظر به پایان می رسد.
  - اگر نمی خواهید این تصمیم را بپذیرید، ممکن است بتوانید به سطح بعدی روند بررسی بروید. اگر شورا به تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد یا درخواستتان را برای بررسی تجدیدنظر رد کند، در این اعلامیه به شما گفته می شود آیا بر اساس قوانین اجازه دارید به تجدیدنظر سطح 5 بروید. همچنین توضیح داده می شود که اگر بخواهید تجدیدنظر را ادامه دهید، باید با چه کسی تماس بگیرید و در مرحله بعد چه کار کنید.

تجدیدنظر سطح 5 یک قاضی در **دادگاه منطقه فدرال** درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می کند.

- یک قاضی همه اطلاعات را بررسی می کند و تصمیم می گیرد *درخواستتان را* بپذیرد یا رد کند . این پاسخ نهایی است. هیچ مرحله تجدیدنظر دیگری بعد از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

بخش 11 نحوه شکایت در مورد کیفیت مراقبت، زمان انتظار، خدمات مشتری، و سایر نگرانی‌ها

بخش 11.1 چه مشکلاتی در روند رسیدگی به شکایت ها مورد بررسی قرار می گیرند؟

روند رسیدگی به شکایت ها *فقط* برای انواع خاصی از مشکلات است. این موارد شامل مشکلات مرتبط با کیفیت مراقبت، زمان انتظار، و خدمات مشتری است. در اینجا چند نمونه از انواع مشکلاتی که در رویهٔ شکایت رسیدگی می‌شوند ذکر می‌شود.

شکایت	مثال
کیفیت خدمات مراقبت پزشکی شما	• آیا از کیفیت مراقبتی که دریافت کرده اید رضایت دارید (شامل مراقبت در بیمارستان)؟
احترام به حریم خصوصی شما	• آیا کسی حقوق مربوط به حریم خصوصی شما را نقض کرد یا اطلاعات محرمانه را در اختیار دیگران قرار داد؟
بی احترامی، خدمات ضعیف به مشتری، یا سایر رفتارهای منفی	• آیا کسی با شما رفتار نامحترمانه و خشنی داشت؟ • از خدمات اعضا رضایت خاطر دارید؟ • احساس می کنید شما را ترغیب به خروج از طرح کرده اند؟
زمان‌های انتظار	• اگر برای گرفتن وقت ملالات مشکل داشتید، یا مدت زمان زیادی در انتظار بودید؟ • آیا پزشکان، داروسازها، یا سایر متخصصین حوزه سلامت مدت زیادی شما را منتظر گذاشتند؟ یا پرسنل خدمات اعضا یا سایر پرسنل در طرح شما را زیاد منتظر گذاشتند؟ ○ چند مثال عبارتند از مدت زمان انتظار بسیار طولانی در تماس تلفنی، در اتاق انتظار یا اتاق معاینه، یا در هنگام دریافت نسخه.
بهداشت و تمیزی	• آیا از بهداشت و تمیزی یا شرایط کلینیک، بیمارستان، یا مطب پزشک رضایت داشتید؟
اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید	• آیا نتوانستیم اعلامیه های لازم را در اختیارتان قرار دهیم؟ • اطلاعیه های کتبی را به سختی متوجه شدید؟

شکایت	مثال
به موقع بودن (این نوع شکایت ها همگی درباره به موقع بودن اقدامات ما در رابطه با تصمیم پوشش دهی و تجدیدنظر است)	اگر برای تصمیم پوشش دهی یا تجدیدنظر درخواست کرده اید و فکر می کنید با سرعت کافی به شما پاسخ نداده ایم، می توانید به خاطر کندی کار ما شکایت کنید. در اینجا چند مثال آورده شده است: • اگر برای تصمیم پوشش دهی سریع یا تجدیدنظر سریع درخواست کرده اید و ما پاسخ منفی داده ایم می توانید شکایت کنید. • اگر فکر می کنید ما مهلت های لازم برای تصمیم ها یا تجدیدنظرهای مربوط به طرح را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. • اگر فکر می کنید مهلت های لازم برای پوشش دهی یا بازپرداخت بعضی اقلام یا خدمات خاص پزشکی را که قبلاً تأیید کرده بودیم رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. • اگر فکر می کنید مهلت های لازم برای ارائه پرونده تان به سازمان بازنگری مستقل را رعایت نکرده ایم، می توانید شکایت کنید.

بخش 11.2 نحوه ارائه شکایت

اصطلاحات حقوقی
• به **شکایت** ، **نارضایتی** نیز گفته می شود. • به مراحل**طرح شکایت** ، **ثبت شکایت**نیز گرفته می شود. • «**استفاده از روند برای شکایت**» با عنوان «**استفاده از روند برای اعلام نارضایتی**»نیز شناخته می شود. • به «**شکایت سریع**» ، «**تسریع شکایت‌نامه**»نیز گفته می شود.

بخش 11.3 مرحله به مرحله: شکایت کردن

<u>مرحله 1:</u> فوراً از طریق تلفن یا به صورت کتبی با ما تماس بگیرید.

- **معمولاً اولین مرحله، تماس تلفنی با خدمات اعضا است.** اگر لازم باشد کار دیگری انجام دهید، خدمات اعضا به شما خواهد گفت.
- **اگر نمی خواهید تماس تلفنی داشته باشید (یا اگر تماس گرفته اید اما راضی نبودید)، می توانید شکایتتان را به صورت کتبی برای ما ارسال کنید.** اگر شکایت خود را به صورت کتبی بفرستید، ما به شکایت شما به صورت کتبی پاسخ خواهیم داد.

- **اگر نتوانیم شکایتتان را به صورت تلفنی حل و فصل کنیم، روندی رسمی برای بررسی شکایتتان داریم. به این کار، روند اعلام نارضایتی گفته می‌شود.** برای شکایت کردن یا اگر سؤالی درباره این روند دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. یا می توانید نامه کتبی تان را به آدرس موجود در قسمت *«شکایت درباره خدمات مراقبت پزشکی»* یا *«شکایت درباره به داروهای تجویزی Part D»* در فصل 2 این دفترچه ارسال کنید.
  - اگر برای پاسخ کتبی درخواست دهید، اگر شکایتتان را به صورت کتبی ارسال کنید، یا اگر شکایتتان در ارتباط با کیفیت مراقبت است، پاسخ را به صورت کتبی برایتان ارسال می کنیم.
  - باید شکایتتان را در مدت 60 روز بعد از بروز رویداد مربوطه ارائه کنید. می توانید شکایت را به صورت رسمی و کتبی به آدرس موجود در قسمت «شکایت درباره خدمات مراقبت پزشکی» یا «شکایت درباره به داروهای تجویزی Part D» در فصل 2 این دفترچه ارسال کنید.
  - ما باید تصمیم خود را در مورد شکایت شما هرچه زودتر و براساس وضعیت سلامتی شما ولی در کمتر از 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت شکایت، به شما اطلاع دهیم. اگر درخواست تمدید فرصت داشته باشید، یا اگر ما به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم و این تأخیر به نفع خودتان باشد، می توانید چارچوب زمانی را تا 14 روز تمدید کنیم.
  - شما در موارد خاص حق دارید برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید. به این حالت «روند تسریع شکایت‌نامه» (شکایت فوری) گفته می شود. 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 Part D قبول نکنیم.
    - ما درخواست شما را برای بررسی سریع تجدیدنظر خدمات یا داروهای 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.
- می توانید این نوع شکایت را از طریق تلفن با تماس با خدمات اعضا ارائه کنید. همچنین می توانید شکایت را به صورت کتبی به آدرس موجود در قسمت *«شکایت درباره خدمات مراقبت پزشکی»* یا *«شکایت درباره به داروهای تجویزی Part D»* در فصل 2 این دفترچه ارسال کنید. بعد از دریافت نارضایتی فوری، یک کارور بالینی پرونده تان را بررسی می کند تا دلایل عدم پذیرش درخواستتان برای بررسی سریع را مشخص کند، و بررسی کند آیا تمدید زمان پرونده کار مناسبی بوده است. ما به صورت کتبی و شفاهی در مدت 24 ساعت بعد از دریافت شکایتتان درباره تصمیم اتخاذ شده به شما اطلاع می دهیم.
- **مهلت** (فرصت زمانی) برای طرح شکایت 60 روز از تاریخی است که مشکل مورد نظر که باعث شکایتتان شده است برایتان روی داده است.

مرحله 2: ما به شکایت شما رسیدگی می‌کنیم و به شما پاسخ می‌دهیم.

- **در صورت امکان، فوراً به شما پاسخ خواهیم داد.** اگر در مورد یک شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در جریان همان تماس تلفنی به شما پاسخ دهیم.
- **به اکثر شکایت ها در مدت 30 روز پاسخ داده می شود.** اگر به فرصت بیشتری نیاز داشته باشیم و این تأخیر نیز به نفع خودتان باشد، یا اگر خودتان مدت زمان بیشتری را تقاضا کنید، ما می توانیم حداکثر 14 روز دیرتر (در کل بعد از 44 روز) به شکایتتان پاسخ دهیم. اگر بخواهیم روزهای بیشتری برای تصمیم گیری وقت بگذاریم، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد.
- **اگر به این دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای «تصمیم پوشش دهی سریع» یا «تجدیدنظر سریع» قبول نکردیم، ما به طور خودکار برایتان روند «شکایت سریع» را اجرا می کنیم.** اگر شکایت سریع داشته باشید به این معنی است که در مدت زمان24 **ساعت به شما پاسخ خواهیم داد.**
- اگر با بخشی یا با کل شکایتتان**موافق نباشیم** یا اگر مسئولیت مورد شکایتتان را نپذیریم، دلایلمان را در پاسخی که به شما می دهیم عنوان می کنیم.

بخش 11.4 می توانید شکایت های مربوط به کیفیت مراقبت را به سازمان بهبود کیفیت نیز ارائه کنید

وقتی شکایتتان در مورد کیفیت *مراقبت*است، دو گزینه در اختیار دارید:

- **می‌توانید شکایت خود را مستقیماً به سازمان بهبود کیفیت ارائه دهید.** 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 Medicare کنند و بهبود ببخشند. اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.

یا

- **می‌توانید شکایت خود را همزمان با سازمان بهبود کیفیت و طرح ما مطرح کنید.**

بخش 11.5 می توانید درباره شکایتتان به Medicare نیز اطلاع دهید

می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما مستقیماً به Medicare ارسال کنید. برای ارسال شکایت برای Medicare به این سایت مراجعه کنید: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. همچنین می توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

مشکلات مربوط به مزایای MEDICAID

بخش 12 رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicaid شما

اگر فکر می کنید خدمات یا پرداخت هزینه خدماتی که تحت پوشش Medicaid هستند به اشتباه برای شما لغو شده است، حق دارید از Medicaid درخواست کنید تصمیم ما را مورد تجدیدنظر قرار دهد. برای طرح شکایت (اعلام نارضایتی) درباره خدمات Medicaid یا درخواست تجدیدنظر، با Medicaid تماس بگیرید. اطلاعات تماس در فصل 2، بخش 6 ارائه شده است.

فصل 10:

پایان دادن به عضویت در طرح

بخش 1 مقدمه پایان دادن به عضویت در طرح ما

پایان دادن به عضویت در Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ممکن است **اختیاری** (به انتخاب خودتان است) یا **غیراختیاری** (به انتخاب خودتان نیست) باشد:

- ممکن است به دلیل اینکه خودتان *تمایل دارید* از طرح ما خارج شوید. در بخش های 2 و 3 اطلاعاتی درباره پایان دادن اختیاری به عضویت ارائه شده است.
- در بعضی شرایط محدود نیز خودتان خروج از طرح را انتخاب نمی کنید بلکه ما شما را ملزم می کنیم عضویتتان را لغو کنید. در بخش 5 درباره شرایطی که ما باید عضویتتان را لغو کنیم توضیح داده ایم.

اگر از طرح ما خارج می شوید، تا زمانی که عضویتتان تمام نشده است، طرح ما باید همچنان مراقبت پزشکی و داروهای تجویزی را پوشش دهد، و شما نیز همچنان باید سهمتان را از هزینه پرداخت کنید.

بخش 2 چه وقت می توانید عضویتتان را در طرح ما تمام کنید؟

بخش 2.1 ممکن است بتوانید به خاطر اینکه Medicare و Medicaid دارید عضویتتان را در طرح ما لغو کنید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند فقط در زمان‌های خاصی از سال عضویت خود را پایان دهند. به دلیل اینکه Medicaid دارید، ممکن است بتوانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید، یا یک بار در طول هر یک از دوره‌های ثبت‌نام ویژه زیر به طرح دیگری جابجا شوید:

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

اگر در طول یکی از این دوره ها عضو طرح ما شده اید، باید تا دوره بعدی منتظر بمانید تا عضویتتان تمام شود، یا بتوانید به طرحی دیگر ملحق شوید. برای پایان دادن به عضویتتان در طرح ما نمی توانید از این دوره ثبت‌نام ویژه بین اکتبر و دسامبر استفاده کنید. اما همه افرادی که Medicare دارند می توانند از 15 اکتبر تا 7 دسامبر در طول دوره ثبت‌نام سالیانه تغییراتی را ایجاد کنند. در بخش 2.2 درباره دوره ثبت‌نام سالیانه اطلاعات بیشتری ارائه شده است.

- هرکدام از انواع طرح های Medicare زیر را انتخاب کنید:
  - یک طرح درمانی Medicare دیگر، با یا بدون پوشش داروی تجویزی
  - Original Medicare با طرح جداگانه Medicare برای داروهای تجویزی
  - Original Medicare بدون طرح جداگانه Medicare برای داروهای تجویزی
    - اگر این گزینه را انتخاب کنید، Medicare ممکن است شما را در طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر اینکه گزینه ثبت‌نام خودکار را لغو کنید.

توجه: اگر ثبت‌نامتان را از پوشش داروی تجویزی Medicare لغو کنید و به مدت 63 روز یا بیشتر بدون پوشش داروی تجویزی معتبر باشید، اگر بعداً به طرح داروی Medicare ملحق شدید ممکن است لازم باشد جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D را پرداخت کنید.
برای اطلاع درباره گزینه های مختلف طرح Medicaid با دفتر ایالتی Medicaid خودتان تماس بگیرید (شماره تماس ها در بخش 6 فصل 2 این دفترچه موجود است).

- **عضویتتان چه وقت تمام می شود؟** عضویتتان معمولاً در اولین روز از ماهی که درخواست شما را برای تغییر طرح دریافت کنیم، تمام می شود. ثبت‌نامتان در طرح جدید نیز به منزله شروع این روز است.

بخش 2.2 می توانید عضویتتان را در طول دوره ثبت‌نام سالیانه پایان دهید

می توانید عضویتتان را در طول **دوره ثبت‌نام سالیانه** (به آن دوره آزاد ثبت‌نام سالیانه نیز گفته می شود) نیز پایان دهید. در این مدت پوشش دهی سلامت و داروهایتان را در نظر داشته باشید و تصمیم بگیرید برای سال بعد از کدام پوشش طرح استفاده کنید.

- **دوره ثبت‌نام سالیانه** از 15**اکتبر تا 7 دسامبر**ادامه دارد .
- **خودتان انتخاب کنید پوشش فعلی را حفظ کنید یا تغییراتی را برای سال آینده در پوشش طرح ایجاد کنید.**
  اگر تصمیم بگیرید به طرحی جدید بروید، می توانید هرکدام از انوع طرح های زیر را انتخاب کنید:
  - یک طرح درمانی Medicare دیگر، با یا بدون پوشش داروی تجویزی.
  - Original Medicare با طرح جداگانه Medicare برای داروهای تجویزی

  یا

  - Original Medicare بدون طرح جداگانه Medicare برای داروهای تجویزی.
- **عضویتتان در طرح ما** با شروع پوشش طرح جدیدتان در 1 ژانویه تمام می‌شود.

اگر برای داروهای تجویزی Extra Help از Medicare دریافت می کنید: اگر به Original Medicare جابجا شوید و در یک طرح داروی تجویزی Medicare جداگانه ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در طرح دارو ثبت‌نام کند مگر اینکه از ثبت‌نام خودکار انصراف دهید.

توجه: اگر ثبت‌نامتان را از پوشش داروی تجویزی Medicare لغو کنید و به مدت 63 روز یا بیشتر به طور متوالی بدون پوشش داروی تجویزی معتبر باشید، اگر بعداً به طرح داروی Medicare ملحق شدید ممکن است لازم باشد جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D را پرداخت کنید.

بخش 2.3 می توانید عضویتتان را در طول دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage پایان دهید

می توانید یک *بار* در طول **دوره آزاد ثبت‌نام Medicare Advantage**پوشش طرح سلامتتان را تغییر دهید.

- **دوره ثبت‌نام آزاد سالیانه Medicare Advantage** از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد.
- **در طول دوره ثبت‌نام آزاد سالیانه Medicare Advantage** می‌توانید این کارها را انجام دهید:
  - به یک طرح Medicare Advantage دیگر، با یا بدون پوشش داروی تجویزی جابجا شوید.
  - ثبت‌نامتان را در طرح ما لغو کنید و پوشش دهی را از Medicare Advantage دریافت کنید. اگر در این دوره به Medicare Advantage جابجا شوید، می توانید در همان زمان به یک طرح داروی تجویزی Medicare دیگر نیز ملحق شوید.
- در اولین روز از ماه بعد از ثبت‌نام در یک طرح Medicare Advantage دیگر، یا زمانی که درخواستتان را برای جابجایی به Original Medicare دریافت کنیم،**عضویتتان را لغو می کنیم** . همچنین اگر تصمیم بگیرید در یک طرح داروی تجویزی Medicare ثبت‌نام کنید، عضویتتان در این طرح دارویی از اولین روز از ماه بعد از ارائه درخواست ثبت‌نامتان در این طرح دارویی شروع می شود.

بخش 2.4 در بعضی شرایط خاص می توانید عضویتتان را در طول دوره ثبت‌نام ویژه لغو کنید

در بعضی شرایط خاص ممکن است واجد شرایط باشید که عضویتتان را در زمان های دیگری از سال لغو کنید. به این حالت **دوره ثبت‌نام ویژه**گفته می شود.

اگر هرکدام از شرایط زیر درباره شما صدق کند**ممکن است واجد شرایط باشید عضویتتان را در طول دوره ثبت‌نام ویژه لغو کنید** . این موارد تنها چند مثال هستند، اما برای دسترسی به فهرست کامل می توانید با طرح تماس بگیرید، با Medicare تماس بگیرید، یا به وب‌سایت Medicare (در این آدرس: www.medicare.gov) مراجعه کنید:

- معمولاً وقتی محل زندگی تان را تغییر می دهید.
- اگر California Medi-Cal (Medicaid) داشته باشید.
- اگر برای «Extra Help» برای پرداخت هزینه نسخه های Medicare واجد شرایط باشید.
- اگر قراردادمان را با شما نقض کنیم.
- اگر در مؤسسه ای مانند مرکز سالمندان یا بیمارستان مراقبت طولانی مدت (LTC) خدمات مراقبتی دریافت می کنید.
- اگر در «برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان» (PACE) ثبت‌نام کنید.
- **توجه:** اگر در یک برنامه مدیریت دارو هستید، ممکن است نتوانید طرح ها را تغییر دهید. در فصل 5، بخش 10 درباره برنامه های مدیریت دارویی بیشتر توضیح داده شده است.

- **توجه:** در بخش 2.1 درباره دوره ثبت‌نام ویژه برای افرادی که Medicaid دارند بیشتر توضیح داده شده است.

دوره های زمانی ثبت‌نام بسته به موقعیت شما متفاوت است.

برای اطلاع از اینکه آیا واجد شرایط دوره ثبت‌نام ویژه هستید ، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با این شماره تماس بگیرند 1-877-486-2048. اگر به دلیل بروز شرایطی خاص واجد شرایط پایان دادن به عضویتتان هستید، می توانید پوشش طرح Medicare و همچنین پوشش داروی تجویزی تان را تغییر دهید. می توانید موارد زیر را انتخاب کنید:

- یک طرح درمانی Medicare دیگر، با یا بدون پوشش داروی تجویزی.
- Original Medicare *با* طرح جداگانه Medicare برای داروهای تجویزی
- *یا-* Original Medicare بدون طرح جداگانه Medicare برای داروهای تجویزی.

توجه: اگر ثبت‌نامتان را از پوشش داروی تجویزی Medicare لغو کنید و به مدت 63 روز یا بیشتر به طور متوالی بدون پوشش داروی تجویزی معتبر باشید، اگر بعداً به طرح داروی Medicare ملحق شدید ممکن است لازم باشد جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D را پرداخت کنید.

اگر برای داروهای تجویزی Extra Help از Medicare دریافت می کنید: اگر به Original Medicare جابجا شوید و در یک طرح داروی تجویزی Medicare جداگانه ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در طرح دارو ثبت‌نام کند مگر اینکه از ثبت‌نام خودکار انصراف دهید.

معمولاً در اولین روز از ماه بعد از ارائه درخواستتان برای تغییر طرح،**عضویتتان تمام می شود** .

توجه: در بخش‌های 2.1 و 2.2 درباره دوره ثبت‌نام ویژه برای افرادی که Medicaid و Extra Help دارند بیشتر توضیح داده شده است.

بخش 2.5 از کجا می توانید اطلاعات بیشتری درباره زمان ممکن برای پایان دادن عضویتتان پیدا کند؟

اگر سؤالی درباره لغو عضویتتان دارید می توانید:

- **با خدمات اعضا تماس بگیرید.**
- اطلاعات لازم را در دفترچه *Medicare و شما در سال 2024* پیدا کنید.
- 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با **Medicare** تماس بگیرید. (TTY 1-877-486-2048).

بخش 3 چطور به عضویتتان در طرح پایان دهید؟

در جدول زیر درباره اینکه چطور باید عضویتتان را در طرح ما پایان دهید توضیح داده شده است.

اگر می خواهید از طرح ما جابجا شوید:	باید این کارها را انجام دهید:
• به یک طرح سلامت Medicare دیگر بروید	• در یک طرح سلامت جدید Medicare ثبت‌نام کنید. پوشش جدیدتان در اولین روز از ماه بعد شروع می شود. • وقتی پوشش برنامه جدید شما شروع شود، عضویت شما به طور خودکار در Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) لغو خواهد شد.
• Original Medicare *با* طرح جداگانه Medicare برای داروهای تجویزی	• در طرح جدید داروهای تجویزی Medicare ثبت‌نام کنید. پوشش جدیدتان در اولین روز از ماه بعد شروع می شود. • وقتی پوشش برنامه جدید شما شروع شود، عضویت شما به طور خودکار در Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) لغو خواهد شد.
• Original Medicare *بدون* طرح جداگانه Medicare برای داروهای تجویزی ○ اگر به طرح Original Medicare جابجا شوید و در یک طرح داروهایی تجویزی Medicare جداگانه ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در طرح دارو ثبت‌نام کند مگر اینکه از ثبت‌نام خودکار انصراف دهید. ○ اگر ثبت‌نامتان را از پوشش داروهای تجویزی Medicare لغو کنید و به مدت 63 روز یا بیشتر به طور متوالی بدون پوشش داروهای تجویزی معتبر باشید، اگر بعداً به طرح داروهای Medicare ملحق شدید ممکن است لازم باشد جریمه دیرکرد ثبت‌نام را پرداخت کنید.	• **درخواست کتبی برای لغو ثبت‌نام برایمان ارسال کنید.** در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد نحوه انجام این کار با خدمات اعضا تماس بگیرید. • همچنین می‌توانید از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با **Medicare**در 24 ساعت شبانه‌روز 7 روز هفته تماس بگیرید و درخواست لغو ثبت‌نام دهید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. • وقتی پوشش Original Medicare شما شروع شود، عضویت شما به طور خودکار در Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) لغو خواهد شد.

توجه: اگر ثبت‌نامتان را از پوشش داروی تجویزی Medicare لغو کنید و به مدت 63 روز یا بیشتر به طور متوالی بدون پوشش داروی تجویزی معتبر باشید، اگر بعداً به طرح داروی Medicare ملحق شدید ممکن است لازم باشد جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D را پرداخت کنید.

برای سؤال های مربوط به مزایای California Medi-Cal (Medicaid)، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر به وقت اقیانوس آرام (PT) از طریق شماره 1-800-541-5555 با California Medi-Cal (Medicaid) تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید. درباره اینکه پیوستن به یک طرح دیگر یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش California Medi-Cal (Medicaid) شما تأثیر می گذارد، سؤال کنید.

بخش 4 تا زمانی که عضویت شما تمام نشده است، باید همچنان خدمات و اقلام پزشکی و داروها را از طریق طرح ما دریافت کنید

تا زمانی که عضویت شما تمام نشده است و پوشش جدید Medicare و Medicaid شما شروع نشده است، باید همچنان خدمات و اقلام پزشکی و داروها را از طریق طرح ما دریافت کنید.

- **همچنان از ارائه دهندگان شبکه ما برای دریافت مراقبت پزشکی استفاده کنید.**
- **برای دریافت داروهای تجویزی همچنان از داروخانه های شبکه ما *یا سفارش پستی* استفاده کنید.**
- **اگر در روزی که عضویت شما تمام می شود در بیمارستان بستری شوید، اقامت شما در بیمارستان تا زمانی‌که ترخیص شوید تحت پوشش طرح ما خواهد بود** (حتی اگر بعد از شروع پوشش طرح جدید از بیمارستان ترخیص شود).

بخش 5 در شرایطی خاص باید عضویتتان را در طرح پایان دهیم

بخش 5.1 چه زمانی باید عضویتتان را در طرح پایان دهیم؟

در صورت بروز هرکدام از شرایط زیر باید عضویت طرحتان را لغو کنیم:

- اگر دیگر Medicare Part A و Part B ندارید.
- اگر دیگر واجد شرایط Medicaid نیستید. همانطور که در فصل 1 بخش 2.1 مشخص شده است، طرح ما برای افرادی است که واجد شرایط هر دو طرح Medicare و Medicaid هستند. اگر دیگر واجد شرایط خاص طرح ما نباشید، عضویتتان در این طرح بعد از شش ماه تمام می شود. اعلامیه ای از ما دریافت می کنید که درباره پایان عضویتتان و گزینه هایی که دارید در آن توضیح داده شده است. اگر هرگونه سؤالی درباره واجد شرایط بودنتان دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.
  - 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.
- اگر از منطقه ارائه خدمات 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 آیا جایی که به آن نقل مکان یا سفر می‌کنید در منطقه خدماتی طرح ما هست یا خیر.
- اگر زندانی شوید (به زندان بروید).
- اگر دیگر شهروند ایالات متحده نباشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور نداشته باشید.

- اگر در مورد سایر بیمه ها که برای داروهای تجویزی دارید دروغ بگویید یا از ارائه اطلاعات خودداری کنید.
- اگر به خاطر درآمدتان لازم است مبلغ اضافی برای Part D پرداخت کنید و این کار را انجام ندهید، Medicare عضویتتان را از طرح ما حذف خواهد کرد.

از کجا می توانم اطلاعات بیشتری کسب کنم؟

اگر سؤالی دارید یا می خواهید اطلاعات بیشتری را در مورد زمان پایان دادن به عضویتتان دریافت کنید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

بخش 5.2 ما به هر دلیل مرتبط با سلامت نمی‌توانیم از شما درخواست کنیم از طرح خارج شوید

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) اجازه ندارد به هر دلیل مرتبط با سلامت از شما بخواهد طرح را ترک کنید.

در صورت بروز این مسئله باید چه کار کنید؟

اگر فکر می کنید به خاطر دلایل مرتبط با سلامت از شما خواسته شده است طرح را ترک کنید، می توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) و (TTY: 1-877-486-2048) با Medicare تماس بگیرید.

بخش 5.3 اگر ما عضویتتان را در طرح پایان دهیم، حق دارید شکایت کنید

اگر ما عضویتتان در طرحمان را خاتمه دهیم، باید دلایل این کار را به صورت کتبی به شما اطلاع دهیم. همچنین باید توضیح دهیم که چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما در مورد خاتمه دادن به عضویت شما، شکایت یا دعوی خودتان را ارائه دهید.

فصل 11:

اعلامیه های حقوقی

بخش 1 اعلامیه درباره قانون جاری (قابل اجرا)

قانون اصلی که بر این *گواهی پوشش دهی* اعمال می شود، عنوان XVIII از قانون سوشال سکیوریتی است که توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS طرح شده است. علاوه بر آن، قوانین فدرال و در بعضی موارد خاص نیز قوانین ایالت محل زندگی تان اعمال می شود. حتی اگر این قوانین در این دفترچه راهنما عنوان نشده باشند یا توضیح داده نشده باشند، بر حقوق و مسئولیت های شما تأثیر می گذارند.

بخش 2 اعلامیه در مورد عدم تبعیض

طرح سلامت ما از قوانین حقوق مدنی فدرال تبعیت می کند. ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، مذهب، هویت جنسی، جنسیت، سن، تمایلات جنسی، ناتوانی ذهنی یا فیزیکی، وضعیت سلامت، سابقه ارائه قبلی دعوی، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، گواهی بیمه یا مکان جغرافیایی در منطقه خدماتی،**هیچ تبعیضی قائل نمی‌شویم**. همه سازمان هایی که مانند ما طرح های Medicare Advantage را ارائه می کنند باید از قوانین فدرال بر علیه تبعیض پیروی کنند، از جمله عنوان VI از «قانون حقوق مدنی» مصوب 1964، «قانون بازپروری» مصوب 1973، «قانون تبعیض براساس سن» مصوب 1975، «قانون آمریکایی های دارای ناتوانی»، بخش 1557 از «قانون ارائه خدمات درمانی ارزان قیمت»، و سایر قوانینی که بر سازمان هایی که از طرف دولت فدرال تأمین مالی می شوند، و همچنین هرگونه قانون دیگری که به هر دلیلی دیگری قابل اعمال باشد.

اگر می خواهید اطلاعات بیشتری کسب کنید یا اگر مشکلی درباره تبعیض یا درمان غیرمنصفانه دارید، با اداره حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی به شماره 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)، یا با اداره حقوق مدنی محلی تان تماس بگیرید. همچنین می‌توانید اطلاعات را از دفتر حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی در این سایت مطالعه کنید http://www.hhs.gov/ocr/index.html.

اگر معلولیتی دارید یا برای دسترسی به خدمات مراقبتی به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر شکایتی درباره مسائلی مانند مشکل دسترسی به صندلی چرخدار دارید، خدمات اعضا می‌تواند کمک کند.

بخش 3 اعلامیه درباره حقوق Medicare در مورد جایگزینی پرداخت کننده دوم

ما حق و مسئولیت داریم هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را که Medicare برای آن ها پرداخت کننده اصلی نیست دریافت کند. بر اساس قوانین و مقررات CMS در بخش های 42 CFR، شماره 422.108 و 423.462، طرح ما به عنوان یک Medicare Advantage Organization از حقوقی یکسان برای وصول طلب برخوردار است دقیقاً مانند وزارت که از قوانین CMS در بخش های B تا D از بخش 411 از 42 CFR استفاده می کند، و همچنین قوانینی که در این بخش جایگزین هرگونه قانون ایالتی است.

بخش 4 بازپرداخت مزایای پرداختی توسط طرح ما تحت طرح Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

وقتی دچار جراحت می شوید

اگر شما به خاطر اقدامات فرد یا شرکتی دیگر یا رفتارهای خودتان («طرف مسئول»(مجروح شوید، بیمار شوید یا در وضعیتی خاص قرار بگیرید، طرح ما مزایا را برای خدمات تحت پوششی که دریافت می کنید ارائه خواهد کرد.

اما اگر به خاطر جراحت، بیماری یا وضعیتی که ایجاد شده است و در نتیجه جریمه مشخص شده چه از طریق تسویه مالی، جریمه مشخص شده، یا هرگونه پرداخت دیگر واجد دریافت پول باشید، یا این دریافت پول به هر شکل مرتبط با جراحت، بیماری، یا شرایط خاص شما باشد، طرح ما و/یا ارائه دهندگان خدمات درمانی همچنان حق دارند هزینه هرکدام از خدمات ارائه شده به شما از طریق این طرح را با توجه به قوانین ایالتی قابل اجرا دریافت کنند.

عبارت «طرف مسئول» همانطور که در کل این بخش به کار رفته است، به معنی فرد یا نهادی است که در حقیقت یا به صورت احتمالی در قبال جراحت، بیماری، یا وضعیت شما مسئول است. عبارت «طرف مسئول» شامل هرگونه تعهد یا شرکت بیمه کننده فرد یا نهاد مسئول است.

چند مثال از نحوه بروز جراحت، یا بیماری یا شرایط خاص در نتیجه اقدام طرف مسئول شامل این موارد است اما محدود به اینها نمی شود:

- اگر در تصادف رانندگی حضور داشته باشید؛
- اگر در فروشگاه لیز بخورید و بیفتید؛ یا
- اگر در معرض مواد شیمیایی خطرناک در محل کار قرار بگیرید.

حق وصول طلب متعلق به طرح ما برای هر مبلغی که شما از طرف مسئول دریافت می کنید اعمال می شود، ازجمله و نه محدود به:

- پرداخت های انجام شده از طرف شخص ثالث یا هر شرکت بیمه از طرف شخص ثالث؛
- پوشش راننده بدون بیمه یا بدون بیمه مناسب؛
- محافظت از جراحت فردی، پوشش بیمه بدون مقصر، یا هر پوشش دیگری که متعلق به طرف اول باشد؛
- جبران خسارت کارگری یا کمک هزینه ناتوانی یا هرگونه تسویه حساب مالی
- پوشش پرداخت های پزشکی تحت هرگونه بیمه خودرو، پوشش بیمه مکان یا صاحبان خانه، یا پوشش بیمه جامع؛
- هرگونه تسویه حساب مالی یا جریمه مشخص شده در پی دعوی یا اقدام حقوقی؛ یا
- هرگونه پرداخت دیگر از هر منبعی به عنوان جبران خسارت در قبال اقدامات یا عذر و تقصیر طرح مسئول.

با پذیرفتن مزایا تحت این طرح، موافقت می کنید که طرح ما دارای اولویت در حق جایگزینی و بازپرداخت است و زمانی اعمال می شود که این طرح مزایای خدمات تحت پوشش را که شما به خاطر اقدامات یا قصور یک طرف مسئول دریافت کرده اید پرداخت کرده باشد، و شما یا نماینده تان هر مبلغی را از طرف مسئول دریافت کرده باشید، یا واجد دریافت باشید.

همچنین شما با پذیرش مزایای این طرح (i) حق خودتان را در مورد دریافت هزینه های پزشکی از هر طرح بیمه ای تا حداکثر مبلغ کل خدمات تحت پوشش که توسط طرح و در ارتباط با جراحت، بیماری، یا وضعیت خاص شما ارائه شده است به طرح ما واگذار می کنید، و (ii) موافقت می کنید که طرف مسئول مستقیماً از طرف شما برای بازپرداخت به طرح اقدام کند.

با پذیرفت مزایا تحت این طرح، همچنین به طرح ما حق می دهید که برای وصول طلب، تسویه مالی، یا جریمه مشخص شده، یا هرگونه منبع دیگر برای جبران خسارت و همچنین همه موارد بازپرداخت برای کل هزینه مزایای خدمات تحت پوشش که در قالب این طرح و در ارتباط با جراحت، بیماری، یا شرایط خاص شما در نتیجه اقدام یا قصور فرد مسئول به شما پرداخت شده است اقدام کند. این اولویت بدون نظر گرفتن این مسائل است: اینکه مبالغ دقیقاً به عنوان وصول طلب پزشکی مشخص شده اند، و بدون در نظر گرفتن این مسئله که برای چنین زیان هایی به طور کامل یا جزئی به شما جبران خسارت داده شده باشد. طرح ما ممکن است کل هزینه تمام مزایای ارائه شده توسط این طرح را بدون توجه به هر دعوی درباره قصور از طرف شما چه به دلیل قصور دوطرفه یا به هر شکل دیگر باشد، وصول کند. هزینه وکیل از مبلغ طلب وصول شده توسط طرح ما کسر نمی شود، و طرح ما الزامی در پرداخت یا مشارکت در پرداخت هزینه های دادگاه یا وکیل استخدام شده برای پیگیری دعوی یا پرونده حقوقی بر علیه هرکدام از طرفین مسئول، نخواهد داشت.

مراحلی که باید دنبال کنید

اگر به خاطر عملکرد فرد مسئول دچار جراحت یا بیماری شوید یا در شرایط خاصی قرار بگیرید، باید با طرح ما و/یا ارائه دهنده خدمات درمانی همکاری کنید تا هزینه هایش را وصول کند، ازجمله:

- این اطلاعات را در اختیار طرح ما یا ارائه دهنده خدمات درمانی قرار دهید: در صورت امکان و اگر نام و آدرس طرف مسئول و/یا وکیل او را می دانید، همچنین اگر از وکیل استفاده می کنید نام و آدرس وکیل خودتان، نام و آدرس هرکدام از شرکت های بیمه حاضر در این مسئله، و توصیفی از جراحت، بیماری، یا شرایط خاص ایجاد شده.
- تکمیل هرگونه کار اداری که طرح ما یا ارائه دهنده خدمات درمانی ممکن است به طور منطقی لازم داشته باشد تا بتواند حقوق خود را در مورد وصول طلب و دریافت هزینه ها محقق کند.
- به سرعت به پرسش های طرح ما یا ارائه دهنده خدمات درمانی درباره وضعیت پرونده یا دعوی پاسخ دهید و هرگونه بحث و تبادل اطلاعات درباره تسویه حساب ها را به اطلاع برسانید.
- اگر خودتان یا وکیلتان پولی را از طرف مسئول یا هر منبع دیگری دریافت کردید، فوراً به طرح ما اطلاع دهید.
- پرداخت مبالغ مربوط به وصول طلب از هر منبعی، تسویه مالی یا جریمه مشخص شده، یا از هر منبعی برای جبران خسارت، از جمله پرداخت کلیه مبالغ بازپرداختی به دلیل اینکه طرح ما هزینه کامل مزایا را در رابطه با جراحت، بیماری، یا شرایط خاص دیگری که در نتیجه اقدام فرد طرف مسئول ایجاد شده است به شما پرداخت کرده است؛ که در اینجا فرقی نمی کند این مبالغ به طور خاص به عنوان وصول طلب برای هزینه های پزشکی در نظر گرفته شده باشد، یا اینکه شما در قبال خسارت ایجاد شده به طور کامل یا جزئی جبران خسارت دریافت کرده باشید؛
- هیچ کاری در جهت پیش داوری حقوق طرح ما همانطور که در بالا عنوان شده است انجام ندهید. این مورد شامل و نه محدود به این موارد می شود: عدم انجام هرگونه تلاش برای کم کردن مبلغ تسویه یا مستثنی شدن از تسویه مالی یا وصول طلب برای هزینه های کامل تمام مزایایی که توسط طرح پرداخت شده است، یا هرگونه تلاش برای عدم پذیرش حقوق طرح ما به عنوان اولویت اول در وصول طلب.

- نگهداشتن هر مبلغی که شما یا وکیلتان بر مبنای اعتماد از طرف مسئول یا از هر منبع دیگری دریافت می کنید، و بازپرداخت هرچه سریعتر مبلغ بدهی وصول شده به طرح ما یا ارائه دهنده خدمات درمانی آنطور که امکان پذیر باشد و قبل از پرداخت به سایر دارندگان حقوق یا اشخاص ثالث که ادعای دریافت مبلغ طلب وصول شده را دارند.
- شما ملزم هستید در وصول چنین مبالغ بدهی یا پرداخت های اضافی با ما همکاری کنید.

بخش 5 کارت عضویت

کارت عضویت صادر شده از طرف طرح تحت این *گواهی پوشش دهی* فقط برای شناسایی عضو است. داشتن کارت عضویت تحت این *گواهی پوشش دهی*هیچ حقی را در مورد هیچ کدام از خدمات یا مزایا به کسی نمی دهد. برای اینکه واجد شرایط استفاده از خدمات یا مزایای تحت این *گواهی پوشش دهی*باشید، دارنده این کارت باید واجد شرایط دریافت پوشش باشد و به عنوان عضو تحت این *گواهی پوشش دهی*ثبت‌نام کرده باشد. هر فردی که خدمات را دریافت کند درحالی که تحت این *گواهی پوشش دهی* واجد شرایط نباشد، مسئول پرداخت هزینه چنین خدماتی خواهد بود. عضو این طرح باید کارت عضویت طرح را هنگام دریافت خدمات ارائه کند نه کارت Medicare. برای می خواهید کارت عضویتتان را تعویض کنید، از طریق شماره تلفن 9007-431-800-1 (TTY: 711) با خدمات اعضا تماس بگیرید.

توجه: هرکدام از اعضا که موارد سوء مصرف یا سوء استفاده از کارت عضویت از طرف او ثابت شود، ممکن است ثبت‌نامش به همین دلیل از طرح لغو شود. هرگونه مورد لغو ثبت‌نام که در نتیجه سوء استفاده یا سوء مصرف کارت عضویت باشد باید به دفتر دادستان کل گزارش شود و پیگرد جزایی را به دنبال خواهد داشت.

بخش 6 پیمانکارهای مستقل

رابطه بین طرح ما و هر ارائه‌دهنده حاضر در شبکه، یک رابطه پیمانکاری مستقل در نظر گرفته می‌شود. ارائه دهندگان حاضر در شبکه جزء کارمندان یا نمایندگان طرح ما نیستند و نه طرح ما و نه هیچ یک از کارکنان طرح ما کارمند یا نماینده ارائه دهنده عضو برنامه محسوب نمی‌شود. طرح ما تحت هیچ شرایطی مسئولیت قصور، فعالیت اشتباه، یا حذف هیچ یک از طرفین شرکت‌کننده یا سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت را به عهده نمی‌گیرد. پزشکان شرکت کننده در برنامه و نه طرح ما، رابطه پزشک - بیمار را با عضو حفظ می‌کنند. طرح ما ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت نیست.

بخش 7 کلاهبرداری در طرح مراقبت از سلامت

تقلب در برنامه مراقبت درمانی یعنی فریب یا جعل هویت در طرح توسط ارائه دهنده، 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 از سلامت شرکت دارد و ادعایی را تنظیم می‌کند که به عنوان مثال حاوی اظهارات نادرست یا فریبنده است، مرتکب جرم کلاهبرداری از طرح مراقبت از سلامت شده است.

اگر درباره هرکدام از مبالغ درج شده در صورتحساب یا فرم توضیح مزایا نگرانی خاصی دارید، یا اگر از یک فعالیت غیرقانونی اطلاع پیدا کرده اید یا نسبت به آن مشکوک شده‌اید، از طریق خط ویژه کلاهبرداری به شماره 1-866-685-8664 با طرح ما تماس بگیرید (TTY: 711). خط ویژه کلاهبرداری در تمام 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته فعال است. تمام تماس‌ها کاملاً محرمانه هستند.

بخش 8 شرایط که تحت کنترل طرح نباشد

تا حدی که بلایای طبیعی، جنگ، شورش، قیام داخلی، اپیدمی، تخریب کامل یا جزئی تأسیسات، انفجار اتمی یا انتشار انرژی هسته‌ای دیگر، ناتوانی پرسنل مهم گروه پزشکی، وضعیت اضطراری یا سایر رویدادهای مشابه که در کنترل طرح ما نیست باعث عدم دسترسی مراکز یا پرسنل طرح ما برای ارائه یا هماهنگی خدمات یا مزایای عنوان شده در این *گواهی پوشش دهی*شود، تعهد طرح به ارائه چنین خدمات یا مزایا محدود به این الزام است که طرح ما با حسن نیت تلاش می کند چنین خدمات یا مزایایی را در شرایط فعلی دسترسی به امکانات یا پرسنل خود ارائه کند یا هماهنگی لازم را انجام دهد.

فصل 12:

تعریف واژه های مهم

مرکز جراحی سرپایی – «مرکز جراحی سرپایی» به طور خاص برای ارائه خدمات جراحی سرپایی به بیمارانی است که نیازی به بستری شدن ندارند و انتظار نمی رود بیشتر از 24 ساعت در مرکز بمانند.

تجدیدنظر – درخواست «تجدیدنظر» را زمانی ارائه می کنید که با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش درخواست پوشش دهی خدمات مراقبت از سلامت یا داروهای تجویزی، یا پرداخت هزینه خدمات یا داروهایی که قبلاً دریافت کرده اید مخالف هستید. همچنین اگر با تصمیم ما نسبت به توقف ارائه خدماتی که دریافت می کنید مخالف باشید می توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

محصول بیولوژیک – دارویی تجویزی که از منابع زنده و طبیعی مانند سلول بدن حیوانات، سلول های گیاهی، باکتری، یا مخمر ساخته شده است. محصولات بیولوژیکی نسبت به سایر داروها پیچیده تر هستند و امکان کپی برداری دقیق از آنها وجود ندارد، بنابراین به نمونه های جایگزین آنها «بیوسیمیلار» گفته می شود. 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 نسخه ای جدید نیاز دارید که جایگزین نسخه محصولات بیولوژیک اصلی شود. بیوسیمیلارهای قابل جایگزینی دارای شرایط دیگری نیز هستند که باعث می شود بتوانند بدون نیاز به نسخه جدید و در صورتی که براساس قوانین ایالتی مجاز باشد، جایگزین محصول بیولوژیک اصلی باشند.

داروی برند – دارویی تجویزی که توسط شرکت داروسازی تهیه می شود و به فروش می رسد که از ابتدا درباره آن دارو تحقیق کرده و آن را ساخته است. داروهای برند حاوی همان ترکیبات فعال مانند نوع ژنریک داروها هستند. اما داروهای ژنریک توسط سایر تولیدکنندگان تولید می شوند و به فروش می رسند و معمولاً تا زمانی که حق ثبت داروی برند منقضی نشود به طور معمول قابل دسترسی نیستند.

مرحله پوشش وضعیت بحرانی – این مرحله در مزایای داروهای Part D است و زمانی شروع می شود که شما (یا سایر طرفین واجد شرایط از طرف شما) مبلغ $8,000 در سال تحت پوشش برای داروهای تحت پوشش Part D پرداخت کنید. در این مرحله پرداخت، این طرح هزینه کامل داروهای Part D تحت پوشش شما را پرداخت می کند. شما هیچ هزینه ای را پرداخت نمی کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) – سازمانی فدرال که مجری Medicare است.

بیمه مشترک – مبلغی که ممکن است لازم باشد به صورت درصدی (مثلاً 20%) از مبلغ تسهیم هزینه را برای خدمات یا داروهای تجویزی پرداخت کنید.

شکایت – نام رسمی «ارائه شکایت»، «**اعلام نارضایتی**»است. روند رسیدگی به شکایات فقط برای انواع خاصی از مشکلات است. این موارد شامل مشکلات مرتبط با کیفیت مراقبت، زمان انتظار، و خدمات مشتری است که دریافت می کنید. همچنین اگر طرح از دوره های زمانی مشخص شده در روند تجدیدنظر پیروی نکند، می توانید شکایت کنید.

مرکز توانبخشی جامع برای بیماران سرپایی (CORF) – این مرکز در اصل خدمات توانبخشی را بعد از بروز جراحت یا بیماری ارائه می کند، از جمله ورزش درمانی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس درمانی، درمان شغلی، گفتار درمانی و خدمات ارزیابی برای بهبود فضای خانه.

پرداخت مشترک – مبلغی که ممکن است لازم باشد به عنوان مبلغ تسهیم هزینه برای خدمات یا اقلام پزشکی مانند ویزیت پزشک، ویزیت سرپایی در بیمارستان، یا هزینه داروهای تجویزی پرداخت کنید. پرداخت مشترک مبلغی ثابت است (مثلاً $10) و به صورت درصدی نیست.

تسهیم هزینه – «تسهیم هزینه» به مبلغی گفته می‌شود که اعضا هنگام دریافت خدمات یا داروها باید پرداخت کنند. تسهیم هزینه شامل هر ترکیبی از سه نوع پرداخت زیر است: (1) هر مبلغ فرانشیزی که یک طرح ممکن است قبل از پوشش خدمات یا داروها اعمال کند. (2) هر مبلغ ثابت سهم بیماری که یک طرح به هنگام دریافت خدمات یا داروی خاص ملزم کرده است. یا (3) هر مبلغ بیمه مشترک، درصدی از کل مبلغ پرداختی برای یک خدمت یا دارو، که یک طرح در هنگام دریافت خدمات یا داروی خاص ملزم کرده است.

تعیین پوشش – تصمیم درباره اینکه آیا داروی تجویزی برای شما توسط طرح پوشش داده شود و تا چه سقفی، که در این صورت شما ملزم به پرداخت هزینه نسخه هستید. به طور کلی اگر نسخه تان را به داروخانه ببرید و داروخانه بگوید که نسخه تحت پوشش طرح شما نیست، این شرایط جزء «تعیین پوشش» نیست. لازم است با طرحتان تماس بگیرید یا برایشان درخواست کتبی ارسال کنید تا درباره پوشش شما تصمیم رسمی گرفته شود. به موارد «تعیین پوشش» در این دفترچه راهنما «تصمیم های پوشش دهی» گفته می شود.

داروهای تحت پوشش – این عبارت برای همه داروهای تجویزی است که تحت پوشش طرح ما هستند.

خدمات تحت پوشش – از این عبارت برای همه خدمات مراقبت از سلامت و تجهیزات پزشکی گفته می شود که تحت پوشش طرح ما هستند.

پوشش داروهای تجویزی معتبر – پوشش داروی تجویزی (مثلاً از طرف کارفرما یا اتحادیه) که انتظار می رود به طور متوسط مشابه پوشش داروهای تجویزی استاندارد Medicare هزینه را پرداخت کنند. به طور کلی افرادی که چنین پوشش های بیمه ای دارند هنگامی که برای Medicare واجد شرایط می شوند می توانند پوشش بیمه را حفظ کنند و اگر تصمیم بگیرند بعداً در پوشش داروی تجویزی Medicare ثبت‌نام کنند، مشمول جریمه نمی شوند.

مراقبت های غیرپزشکی – مراقبت غیرپزشکی نوعی مراقبت شخصی است که در مراکز سالمندان، مراکز نگهداری از بیماران لاعلاج، یا سایر مراکزی ارائه می شود که در آن زمان به مراقبت پزشکی تخصصی یا مراقبت پرستاری تخصصی نیاز ندارید. مراقبت غیرپزشکی توسط افرادی ارائه می شود که مهارت حرفه ای ندارند یا آموزش های حرفه ای ندیده اند، ازجمله کمک در انجام کارهای روزمره مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، روی تخت یا صندلی نشستن و بلند شدن، جابجا شدن و راه رفتن، و استفاده از حمام و توالت. همچنین ممکن است نوعی از مراقبت مرتبط با سلامت را شامل شود که اکثر افراد خودشان انجام می دهند، مثل ریختن قطره در چشم. Medicare برای مراقبت های غیرپزشکی هزینه ای پرداخت نمی کند.

نرخ روزانه تسهیم هزینه - اگر پزشک شما مقداری کمتر از دوز کامل یک ماه از داروهای خاصی را تجویز کند و لازم باشد پرداخت مشترک داشته باشید، ممکن است نرخ روزانه تسهیم هزینه اعمال شود. نرخ روزانه تسهیم هزینه برابر است با مبلغ پرداخت مشترک تقسیم بر تعداد روزهای ماهی که دوز مصرفی برای آن تجویز شده است. مثالی در اینجا ارائه شده است: اگر پرداخت مشترک شما برای یک ماه دوز دارو $30 باشد و یک ماه مصرف شامل 30 روز باشد، «نرخ روزانه تسهیم هزینه» شما $1 برای هر روز است.

فرانشیز – مبلغی که باید برای خدمات مراقبت از سلامت یا نسخه ها قبل از پرداخت توسط طرح ما پرداخت کنید.

لغو عضویت - روند پایان دادن به عضویت شما در طرح است.

هزینه توزیع دارو – هزینه ای که هر بار داروی تحت پوشش توزیع می شود باید برای تهیه آن پرداخت کنید، مثلاً برای جبران زمانی که داروساز برای تهیه و بسته بندی داروهای تجویزی صرف می کند.

فرد واجدشرایط هردو طرح – فردی که هم برای پوشش Medicare و هم برای Medicaid واجد شرایط است.

برنامه مراقبت‌های ویژه برای افراد واجد شرایط هر دو طرح (D-SNP) – افرادی که در طرح های D-SNP ثبت‌نام می کنند و هم برای Medicare (عنوان XVIII از قانون سوشال سکیوریتی) و هم برای کمک پزشکی از طرحی ایالتی تحت Medicaid (عنوان XIX) واجد شرایط هستند. هزینه های Medicare بسته به ایالت و واجد شرایط بودن افراد توسط ایالت پرداخت می شود.

تجهیزات پزشکی بادوام (DME) - بعضی تجهیزات پزشکی خاص که توسط پزشک به دلایل پزشکی سفارش داده می شوند. نمونه هایی از این تجهیزات عبارتند از واکر، صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، تشک برقی، لوازم ویژه دیابتی‌ها، پمپ‌های تزریق درون رگی (IV)، دستگاه‌های تولید گفتار، وسائل و لوازم مربوط به اکسیژن، نبولایزر، یا تخت های بیمارستانی که توسط یک ارائه دهنده برای استفاده در خانه سفارش داده می شود.

شرایط اورژانسی – شرایط اورژانسی پزشکی زمانی است که شما یا هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل درمانی و پزشکی (فردی آگاه اما بدون دانش پزشکی) فکر می کنید علائمی دارید که به درمان فوری پزشکی نیاز دارد و اگر درمان فوری انجام نشود ممکن است منجر به مرگ شود (یا اگر باردار هستید، ممکن است جنین را از دست بدهید)، ممکن است نقص جدی برای عملکردهای بدنی تان روی دهد یا عضوی را از دست بدهید. این علائم پزشکی ممکن است بیماری، جراحت، درد شدید، یا وضعیت خاصی باشد که به سرعت وخیم تر می شود.

مراقبت اورژانسی – خدمات تحت پوشش که: (1) توسط ارائه دهنده واجد شرایط برای خدمات اورژانسی ارائه می شوند؛ و (2) برای درمان، ارزیابی، یا تثبیت وضعیت پزشکی اورژانسی لازم هستند.

گواهی پوشش دهی (EOC) و افشای اطلاعات – این مدرک به همراه فرم ثبت‌نام و هرگونه مطالب الصاقی، الحاقیه یا سایر اسناد پوشش دهی اختیاری که پوشش شما، کارهایی که ما باید انجام دهید، حقوق شما و آنچه به عنوان عضوی از طرح ما باید انجام دهید را توضیح می دهند.

استثنا – نوعی تصمیم پوشش دهی که در صورت تأیید به شما امکان می دهد دارویی که در لیست دارو نیست (استثنای لیست دارو)، یا داروهای غیر برگزیده ای که در دسته اشتراک هزینه پایین ترین هستند (استثنای دسته) را دریافت کنید. همچنین اگر طرح ما شما را ملزم کند قبل از دریافت داروی مورد نظرتان دارویی دیگر را مصرف کنید، یا اگر طرح مقدار و دوز داروی درخواستی تان را محدود کند (استثنای لیست دارو) می توانید برای اعمال استثنا درخواست کنید.

Extra Help – یک برنامه ایالتی یا Medicare برای کمک به افرادی که درآمد و منابع کمی در اختیار دارند تا بتوانند هزینه داروهای تجویزی Medicare مانند حق بیمه، فرانشیز، و بیمه مشترک را پرداخت کنند.

داروی ژنریک – یک داروی تجویزی که مورد تأیید سازمان غذا و دارو (FDA) است و ترکیبات فعال آن مشابه داروی برند است. معمولاً داروی ژنریک به همان اندازه داروی برند مؤثر بوده و عموماً ارزان‌تر است.

نارضایتی – نوعی شکایت که درباره طرح، ارائه دهندگان و داروخانه ها ارائه می کند، از جمله شکایت درباره کیفیت مراقبتتان. این مورد شامل اختلاف نظرهای مربوط به پوشش یا پرداخت نیست.

کمک درمان در منزل - شخصی که خدماتی را ارائه می‌کند که به مهارت‌های پرستار یا درمانگر مجاز نیاز ندارد؛ مانند کمک در مراقبت شخصی (مانند حمام گرفتن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن یا انجام ورزش‌های تجویزشده).

خدمات بیماران لاعلاج – نوعی مزایا که درمان های خاصی را برای اعضایی که از نظر پزشکی در مرحله نهایی و کشنده بیماری هستند، به این معنی که انتظار می رود 6 ماه یا کمتر زنده بمانند. ما، طرح شما، باید فهرستی از مراکز ارائه خدمات به بیماران لاعلاج را در منطقه جغرافیایی تان در اختیارتان قرار دهیم. اگر خدمات بیماران لاعلاج را انتخاب کنید و حق بیمه را پرداخت کنید، همچنان عضو طرح ما هستید. همچنان می توانید به همه خدمات دارای ضرورت پزشکی و همچنین مزایای تکمیلی که ما ارائه می کنیم دسترسی داشته باشید.

بستری شدن در بیمارستان - بستری شدن در بیمارستان زمانی است که به طور رسمی برای خدمات پزشکی تخصصی در بیمارستان پذیرش شوید. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیماری سرپایی در نظر گرفته شوید.

مبلغ تعدیل ماهانه بسته به درآمد (IRMAA) - اگر درآمد ناخالص تعدیل شده اصلاح شده شما همانطور که در اظهارنامه مالیاتی IRS شما از 2 سال پیش گزارش شده است بالاتر از مقدار معینی باشد، مبلغ حق بیمه استاندارد و مبلغ تعدیل ماهانه مرتبط با درآمد را که به نام IRMAA نیز شناخته می شود، پرداخت خواهید کرد. IRMAA یک هزینه اضافی است که به حق بیمه شما اضافه می‌شود. کمتر از 5% افرادی که Medicare دارند تحت تأثیر قرار می گیرند، بنابراین اکثر افراد حق بیمه بیشتری پرداخت نخواهند کرد.

انجمن پزشکان مستقل (IPA) – انجمنی از پزشکان، از جمله PCP و پزشکان متخصص، و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت، از جمله بیمارستان‌هایی که برای ارائه خدمات به اعضا با این طرح قرارداد دارند. به مراجعه کنید.

محدودیت پوشش اولیه – حداکثر محدودیت پوشش دهی تحت مرحله پوشش اولیه.

مرحله پوشش اولیه – این مرحله قبل از زمانی است که هزینه کل داروهای شما از جمله مبالغی که قبلاً پرداخت کرده اید و مبلغی که طرح از طرف شما برای کل سال پرداخت می کند به سقف $5,030 برسد.

دوره ثبت‌نام اولیه – وقتی برای اولین بار واجد شرایط Medicare می شوید، دوره ای که می توانید برای Medicare Part A و Part B ثبت‌نام کنید. اگر با رسیدن به سن 65 سالگی برای Medicare واجد شرایط باشید، دوره ثبت‌نام اولیه شما دوره 7 ماهه ای است که از 3 ماه قبل از ماهی که 65 ساله شوید شروع می شود، ماهی که در آن 65 ساله می شوید نیز شامل می شود، و 3 ماه بعد از ماهی که 65 ساله شدید تمام می شود.

لیست داروهای تحت پوشش (فهرست دارو یا «لیست دارو»(– فهرستی از داروهای تجویزی که تحت پوشش طرح هستند.

کمک به افراد کم درآمد (LIS) – به «Extra Help» مراجعه کنید.

سقف پرداخت‌های شخصی – بیشترین مبلغی که شما در طول سال برای خدمات درون شبکه و تحت‌پوشش Part A و Part B شخصاً خودتان پرداخت می‌کنید. مبالغی که برای حق بیمه‌های Medicare Part A و Part B خود می‌پردازید و داروهای تجویزی در سقف پرداخت‌های شخصی حساب نمی‌شوند. (**توجه**: به دلیل اینکه اعضای ما از Medicaid نیز کمک دریافت می کنند، تعداد بسیار کمی از اعضا به این «سقف پرداخت‌های شخصی شخصی» می رسند.)

Medicaid (یا کمک‌هزینه پزشکی) – یک برنامه مشترک دولت فدرال و ایالتی است که در پرداخت هزینه‌های پزشکی به برخی افراد که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند. برنامه‌های Medicaid در هر ایالت متفاوت هستند اما اگر واجد شرایط Medicare و Medicaid باشید، اکثر هزینه‌های درمانی تحت پوشش هستند.

گروه پزشکی – انجمنی متشکل از پزشکان، از جمله PCP، پزشکان متخصص، و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت، از جمله بیمارستان‌ها که با یک طرح قرارداد دارند به ثبت‌نام کنندگان خدمات ارائه کنند. به فصل 1 بخش 3.2 مراجعه کنید.

موارد مصرف تأییدشده پزشکی – مورد مصرف دارو که به تصویب سازمان غذا و دارو رسیده باشد یا مورد تأیید کتاب های مرجع خاصی باشد.

دارای ضرورت پزشکی – خدمات، وسایل، یا داروهای مورد نیاز برای پیشگیری، تشخیص بیماری، یا درمان بیماری که و از استانداردهای مورد تأیید حوزه پزشکی برخوردار است.

Medicare – برنامه بیمه سلامت فدرال برای افراد 65 سال به بالا، بعضی افراد زیر 65 سال با معلولیت‌های خاص و اشخاصی که در مرحله نهایی بیماری کلیوی هستند (معمولاً افراد مبتلا به نارسایی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارند).

دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage – این دوره از 1 ژانویه تا 31 مارس و زمانی است که اعضای طرح Medicare Advantage می توانند ثبت‌نام طرحشان را لغو کنند و به یک طرح Medicare Advantage دیگر جابجا شوند تا پوشش طرح را از طریق Original Medicare دریافت کنند. اگر در این دوره به Original Medicare جابجا شوید، می توانید در همان زمان به یک طرح داروی تجویزی Medicare دیگر نیز ملحق شوید. همچنین دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage به مدت 3 ماه بعد از اولین باری است که برای Medicare واجد شرایط می شوید.

طرح Medicare Advantage (MA) – بعضی مواقع به آن Medicare Part C گفته می شود. طرحی که توسط شرکتی خصوصی که با Medicare قرارداد دارد ارائه می شود تا همه مزایای Medicare Part A و Part B را در اختیارتان قرار دهد. طرح Medicare Advantage می تواند i) HMO، ii) PPO، و iii) یک طرح خصوصی ارائه خدمات به صورت غیررایگان (PFFS) یا یک iv) طرح حساب پس انداز پزشکی Medicare (MSA) باشد. علاوه بر انتخاب این نوع طرح ها، Medicare Advantage طرح HMO یا PPO می تواند یک برنامه مراقبت‌های ویژه (SNP) نیز باشد. در اکثر موارد طرح های Medicare Advantage با عنوان Medicare Part D (پوشش داروی تجویزی) نیز شناخته می شوند. به این طرح ها **طرح Medicare Advantage با پوشش دهی داروی تجویزی گفته می شود**.

برنامه تخفیف وقفه پوشش دهی Medicare – برنامه ای که برای اکثر داروهای برند Part D برای اعضای Part D که به مرحله پوشش وقفه رسیده اند و قبلاً برای دریافت «Extra Help» اقدام نکرده اند تخفیف می دهد. تخفیف ها بر اساس توافق نامه بین دولت فدرال و بعضی تولیدکنندگان خاص دارو است.

خدمات تحت پوشش Medicare – خدمات تحت پوشش Medicare Part A و Part B. همه برنامه های سلامت Medicare باید همه خدماتی که تحت پوشش Medicare Part A و B هستند پوشش دهند. عبارتد «خدمات تحت پوشش Medicare» شامل مزایای اضافی مانند بینایی سنجی، دندانپزشکی، یا شنوایی سنجی که در طرح Medicare Advantage ممکن است ارائه شود نیست.

طرح سلامت Medicare – یک طرح سلامت Medicare که توسط شرکتی خصوصی که با Medicare قرارداد دارد ارائه می شود تا مزایای Part A و Part B را به افرادی که Medicare دارند و در طرح ثبت‌نام کرده اند ارائه کند. این عبارت شامل همه طرح های Medicare Advantage، طرح های پولی Medicare، برنامه های مراقبت‌های ویژه، برنامه های اجرایی/آزمایشی، و «برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان» (PACE) می شود.

پوشش داروی تجویزی Medicare (Medicare Part D) – بیمه ای برای کمک به پرداخت هزینه داروهای تجویزی سرپایی، واکسن ها، داروهای بیولوژیک و بعضی از تجهیزاتی که تحت پوشش Medicare Part A یا Part B نیستند.

سیاست Medigap (بیمه تکمیلی Medicare) – بیمه تکمیلی Medicare که توسط شرکت های بیمه خصوصی برای جبران «وقفه» در Original Medicare فروخته می شوند. سیاست های Medigap فقط با Original Medicare کار می کنند. (طرح Medicare Advantage یک سیاست Medigap نیست.)

عضو (عضو طرح ما یا عضو طرح) – فردی دارای Medicare که برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط است، در طرح ما ثبت‌نام کرده است و ثبت‌نام او توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) تأیید شده است.

خدمات عضو – بخشی در برنامه ما که مسئول پاسخگویی به سؤالات شما در مورد عضویت، مزایا، شکایات و تجدیدنظر است.

داروخانه شبکه – داروخانه ای که با طرح ما قرارداد دارد و اعضای طرح ما می توانند مزایای داروی تجویزی را از آنجا دریافت کنند. در بیشتر موارد، نسخه‌های شما تنها در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرند که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما ارائه شوند.

ارائه دهنده شبکه – **ارائه دهنده** عبارتی کلی برای پزشکان و سایر متخصصین حوزه مراقبت از سلامت، بیمارستان ها و سایر مراکز ارائه خدمات مراقبت از سلامت است که توسط ایالت و Medicare مورد تأیید و واجد شرایط هستند تا خدمات مراقبت از سلامت را ارائه کنند. **ارائه دهندگان شبکه** با طرح ما توافق دارند تا پرداخت های ما را به صورت کامل بپذیرند و بعضی مواقع نیز خدمات تحت پوشش را برای ارائه به اعضای طرح هماهنگ کنند. به ارائه دهندگان شبکه، «ارائه دهندگان طرح» نیز گفته می شود.

تصمیم سازمان – تصمیم طرح ما درباره اینکه اقلام یا خدمات تحت پوشش باشند یا اینکه چه مبلغی برای اقلام یا خدمات تحت پوشش پرداخت شود. به تصمیم سازمانی در این دفترچه راهنما «تصمیم پوشش دهی» گفته می شود.

Original Medicare (برنامه سنتی و معمولی Medicare یا Medicare با ارائه خدمات به صورت غیررایگان) - Original Medicare توسط دولت ارائه می شود و مانند طرح های Medicare Advantage و طرح های داروی تجویزی، طرح سلامت خصوصی نیست. در Original Medicare، خدمات Medicare از طریق پرداخت به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت به میزان مشخص‌شده توسط کنگره تحت پوشش قرار می‌گیرند. می‌توانید به هر پزشک، بیمارستان، یا ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت دیگری که Medicare را قبول می‌کنند مراجعه کنید. خودتان باید مبلغ فرانشیز را پرداخت کنید. Medicare سهم مبلغ مورد تأیید Medicare را پرداخت می کند و شما سهم خودتان را می پردازید. Original Medicare دو بخش دارد: Part A (بیمه بیمارستانی) و Part B (بیمه پزشکی) و در همه جای ایالات متحده قابل دسترسی است.

داروخانه خارج از شبکه - داروخانه‌ای که برای هماهنگ‌سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما قرارداد ندارد. بیشتر داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید تحت پوشش برنامه ما نیستند مگر اینکه تحت شرایط خاصی باشید.

ارائه‌دهنده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه – ارائه دهنده یا مرکزی که برای هماهنگی یا ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما قرارداد ندارد. ارائه دهندگان خارج از طرح، ارائه دهندگانی هستند که در استخدام طرح ما نیستند، متعلق به آن نیستند و توسط آن اجرا نمی شوند.

پرداخت های شخصی – به تعریف «تسهیم هزینه» در بالا مراجعه کنید. مبلغ تسهیم هزینه عضو که باید برای بخشی از خدمات یا داروهای دریافتی پرداخت کنید که به آن «پرداخت شخصی» عضو نیز گفته می شود.

طرح PACE – طرح PACE («برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان») ترکیبی از خدمات پزشکی، اجتماعی، و خدمات و پشتیبانی های طولانی مدت (LTSS) برای افراد ناتوان است تا بتوانند مستقل باشند و تا زمانی که امکان داشته باشد در جامعه زندگی کنند (بجای اینکه به مراکز سالمندان بروند). افرادی که در طرح های PACE ثبت‌نام می کنند هر دو مزایای Medicare و Medicaid را از طریق این طرح دریافت می کنند.

Part C – به طرح Medicare Advantage (MA) مراجعه کنید.

Part D – برنامه مزایای داروی تجویزی Medicare اختیاری.

داروهای Part D – داروهایی که تحت Part D پوشش داده می شوند. ممکن است همه داروهای Part D را پوشش دهیم یا پوشش ندهیم. بعضی دسته های خاص دارویی توسط کنگره از پوشش Part D مستثنی شده اند. بعضی دسته های خاص داروهای Part D باید توسط هر طرح پوشش داده شوند.

جریمه دیرکرد ثبت‌نام Part D – اگر برای مدت متوالی 63 روز یا بیشتر بعد از اولین بار که مجاز به ملحق شدن به Part D هستید بدون هیچ پوشش معتبری باشید (پوششی که به طور متوسط حداقل تا پوشش استاندارد داروی تجویزی Medicare را پرداخت کند)، این مبلغ به حق بیمه ماهیانه شما برای پوشش داروهای Medicare اضافه می شود. اگر Extra Help را از دست بدهید، در صورتی که 63 روز متوالی یا بیشتر بدون Part D یا سایر پوشش های داروهای تجویزی معتبر باشید، ممکن است مشمول جریمه ثبت‌نام دیرهنگام شوید.

حق بیمه – پرداخت دوره ای به Medicare که یک شرکت بیمه یا طرح مراقبت از سلامت برای پوشش داروهای تجویزی یا سلامت است.

ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) – پزشک یا سایر ارائه دهندگانی که پیش از سایرین برای اغلب مشکلات سلامت شما را ویزیت می کنند. در بسیاری از طرح های سلامت Medicare شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت دیگری بروید ابتدا به ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه تان مراجعه کنید.

مجوز قبلی – تأیید اولیه برای دریافت خدمات یا داروهایی خاص. خدمات تحت پوششی که به مجوز قبلی نیاز دارند در جدول مزایای پزشکی در فصل 4 عنوان شده اند. داروهای تحت پوشش که به مجوز قبلی نیاز دارند در لیست دارو مشخص شده اند.

پروتز و اُرتز – دستگاه های پزشکی، از جمله و نه محدود به: ساپورت 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 وریدی.

سازمان بهبود کیفیت (QIO) – 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 کنند و بهبود ببخشند.

محدودیت های تعداد – ابزاری برای مدیریت که برای محدود کردن استفاده از داروهای انتخابی به دلیل کیفیت، ایمنی، یا دلایل استفاده طراحی شده است. محدودیت ها ممکن است در مورد مقدار دارویی باشد که برای هر نسخه یا برای دوره ای خاص پوشش می‌دهیم.

ابزار فوری مزایا – پورتال یا برنامه کامپیوتری که ثبت‌نام کنندگان می توانند اطلاعات مربوط به مزایا و لیست دارو را به طور کامل، دقیق، به موقع، به صورت متناسب از نظر کلینیکی، و به صورت ویژه برای هر ثبت‌نام کننده مشاهده کنند. این مورد شامل مبالغ تسهیم هزینه، داروهای جایگزین در لیست دارو که برای بیماری مشابه همان داروی تجویزی عمل می کنند، و محدودیت های پوشش دهی (مجوز قبلی، درمان مرحله‌ای، محدودیت مقدار) است که برای داروهای جایگزین اعمال می شود.

خدمات توانبخشی – این خدمات شامل فیزیوتراپی، گفتار درمانی و درمان زبانی، و کار درمانی است.

منطقه خدماتی – منطقه ای جغرافیایی که باید برای ملحق شدن به یک طرح سلامت خاص در آن زندگی کنید. برای برنامه‌های درمانی که پزشکان و بیمارستان هایی که می‌توانید استفاده کنید را محدود می‌کنند، این منطقه معمولاً منطقه ای است که می‌توانید خدمات معمول (غیر اورژانسی) را دریافت کنید. اگر به صورت دائمی از منطقه خدماتی طرح خارج شوید، طرح ثبت‌نام شما را لغو می کند.

خدمات مرکز پرستاران باتجربه (SNF) - خدمات مراقبت و توانبخشی پرستاران تخصصی که به صورت پیوسته و روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی ارائه می شود. نمونه هایی از این خدمات مراقبتی شامل فیزیوتراپی یا تزریق های درون وریدی است که فقط توسط پرستار یا پزشک رسمی ارائه می شود.

برنامه مراقبت‌های ویژه – نوع خاصی از طرح Medicare Advantage که خدمات مراقبت از سلامت متمرکزتری را برای گروه هایی از افراد مانند کسانی که هم Medicare و هم Medicaid دارند، کسانی که در خانه سالمندان زندگی می کنند، یا کسانی که مشکلات پزشکی مزمن و خاصی دارند ارائه می کنند.

درمان مرحله‌ای – ابزاری برای استفاده که شما را ملزم می کند برای درمان بیماری تان قبل از پوشش دادن دارویی که احتمالاً پزشکتان در ابتدا تجویز کرده است، ابتدا داروی دیگری را امتحان کنید.

درآمد مکمل سوشال سکیوریتی (SSI) – مزایای ماهیانه که توسط سوشال سکیوریتی به افراد ناتوان، نابینا، یا 65 ساله و مسن تر که دارای درآمد و منابع محدود هستند پرداخت می‌شود. مزایای SSI مشابه مزایای سوشال سکیوریتی نیستند.

خدمات مورد نیاز فوری – خدمات مورد نیاز که از نوع خدمات اورژانسی نیستند و زمانی ارائه می شوند که ارائه دهندگان شبکه موقتاً در دسترس نباشند یا در شبکه موجود نباشند، یا زمانی که ثبت‌نام کننده خارج از منطقه خدماتی طرح باشد. مثلاً اگر روزهای آخر هفته به خدمات مراقبتی اورژانسی نیاز داشته باشید. این خدمات باید واقعا به صورت فوری مورد نیاز باشد و ضرورت پزشکی داشته باشند.

کارت Wellcare Spendables™ – کارت دبیتی که موجودی آن از قبل توسط طرح تکمیل شده است و می توانید برای کمک به پرداخت هزینه اقلامی که در نمودار مزایای پزشکی توصیف شده اند از آن استفاده کنید.

این صفحه به عمد خالی گذاشته شده است.

خدمات اعضای Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

روش تماس	خدمات اعضا - اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند. اما توجه داشته باشید که از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای تعطیل و آخر هفته ها، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماستان پاسخ دهد. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. همچنین خدمات ترجمه رایگان خدمات اعضا برای غیرانگلیسی‌زبانان قابل دسترسی است.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح در دسترس هستند. تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا تا 8 شب در دسترس هستند.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
وبسایت	www.wellcare.com/healthnetCA

برنامه California Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP)

برنامه California Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP) یک برنامه ایالتی است که از نظر مالی از دولت فدرال تأمین می شود تا مشاوره بیمه سلامت رایگان محلی را در اختیار افرادی که Medicare دارند قرار دهد.

روش تماس	اطلاعات تماس
با این شماره تماس بگیرید	1-800-434-0222
TTY	711
به این آدرس نامه ارسال کنید:	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
وبسایت	https://www.aging.ca.gov/hicap/

«بیانیه سلب مسئولیت PRA» *با توجه به قانون کاهش میزان استفاده از کاغذ در کارهای اداری مصوب 1995، هیچ فردی ملزم به پاسخگویی و جمع آوری اطلاعات نیست مگر اینکه شماره کنترل OMB معتبری وجود داشته باشد. شماره کنترل OMB معتبر برای جمع آوری این اطلاعات: 0938-1051. اگر نظر یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً به این آدرس نامه ارسال کنید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*