



2024

خلاصه مزایا

California

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

H3561 | 009

ما می‌دانیم داشتن یک طرح سلامت که بتوانید روی آن حساب کنید، چقدر مهم است.

این خلاصه‌ای از داروها و خدمات سلامت است که از 1 ژانویه 2024 تا 31 دسامبر 2024 تحت پوشش Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) قرار می‌گیرد.

این کتابچه خلاصه‌ای از آنچه ما پوشش می‌دهیم و مسئولیت‌های تسهیم هزینه را در اختیار شما قرار می‌دهد. در این کتابچه، فهرست تمام خدمات، محدودیت‌ها یا استثنایا نیامده است. فهرست کامل خدمات را می‌توانید در «مدرک پوشش» طرح (EOC) مشاهده کنید. می‌توانید «مدرک پوشش» را در وب‌سایت ما به نشانی www.wellcare.com/healthnetCA مشاهده کنید. برای درخواست نسخه‌ای از آن، لطفاً با شماره (TTY 711) 1-844-917-0175 تماس بگیرید: ساعات کاری از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب (تمام مناطق زمانی) است.

چه کسانی می‌توانند ملحق شوند؟

برای ثبت‌نام در یکی از طرح‌های ما، باید واجد شرایط Medicare بخش A باشید، در Medicare بخش B ثبت‌نام کرده باشید و در ناحیه خدماتی ما زندگی کنید. اگر حق بیمه Medicare بخش B طبق Medicaid یا توسط شخص ثالث دیگری پرداخت نشده باشد، اعضا باید به پرداخت آن ادامه دهند. برای واجد شرایط بودن، فرد ذینفع باید شهروند ایالات متحده نیز باشد یا به‌طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشد.

ناحیه خدماتی ما شامل این شهرستان‌ها در ایالت California می‌شود: San Bernardino، Riverside، Orange و San Diego.

اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد پوشش و هزینه‌های Original Medicare کسب کنید، به دفترچه راهنمای فعلی «Medicare و شما» رجوع کنید. برای مشاهده آنلاین آن، به سایت www.medicare.gov مراجعه کنید یا با تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، نسخه‌ای از آن را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

سازمان‌های حفظ سلامت (HMOها) طرح‌های مراقبت سلامت هستند که توسط یک شرکت ارائه‌دهنده بیمه با شبکه‌ای از ارائه‌دهندگان و مراکز مراقبت سلامت تحت قرارداد ارائه می‌شود. HMOها عموماً اعضا را ملزم به انتخاب یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) جهت هماهنگی مراقبت می‌کنند و در صورتی که به متخصص نیاز داشته باشید، PCP یک متخصص را که جزء شبکه ما نیز هست، انتخاب خواهد کرد.

طرح ما امکان دسترسی شما به شبکه ارائه‌دهندگان پزشکی بسیار ماهر ما را در منطقه‌تان فراهم می‌کند. می‌توانید منتظر انتخاب یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) باشید تا با شما همکاری و مراقبت‌های شما را هماهنگ کند. می‌توانید فهرست جدیدی از ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها را درخواست کنید، یا جهت دریافت فهرستی به‌روز از ارائه‌دهندگان شبکه به وب‌سایت www.wellcare.com/healthnetCA مراجعه کنید (لطفاً توجه داشته باشید که به‌جز در موارد مراقبت‌های اورژانسی، مراقبت‌های فوری هنگامی که خارج از شبکه هستید، خدمات دیالیز خارج از ناحیه و مواردی که طرح ما استفاده از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه را مجاز می‌کند، اگر مراقبت‌های پزشکی را از ارائه‌دهندگان خارج از-طرح دریافت کنید، نه Medicare و نه طرح ما، مسئولیتی در قبال هزینه‌ها نخواهد داشت).

طرح ما همچنین پوشش داروهای تجویزی و دسترسی به شبکه بزرگ داروخانه‌های ما را نیز شامل می‌شود. طرح ما از یک دارونامه استفاده می‌کند. طرح‌های دارویی ما به‌طور خاص برای ذینفعان Medicare طراحی شده‌اند و مجموعه‌ای جامع از داروهای ژنریک و برند را شامل می‌شوند.

از چه پزشکان، بیمارستان‌ها و داروخانه‌هایی می‌توانم استفاده کنم؟ (HMO D-SNP) Wellcare Dual Liberty دارای شبکه‌ای از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و سایر ارائه‌دهندگان است. در برخی طرح‌ها، اگر از ارائه‌دهندگانی استفاده کنید که جزء شبکه ما نیستند، سهم شما از هزینه‌ها برای خدمات تحت پوشش ممکن است بالاتر باشد.

می‌توانید فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما و برای طرح‌های دارای پوشش داروهای تجویزی، دارونامه کامل طرح ما (فهرست داروهای تجویزی بخش D) را در وبسایت ما به نشانی www.wellcare.com/healthnetCA مشاهده کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً از طریق شماره 1-844-917-0175 با ما تماس بگیرید (کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند). ساعات کاری از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب (تمام مناطق زمانی) است. به سایت ما به نشانی www.wellcare.com/healthnetCA مراجعه کنید.

ما باید اطلاعات را به شیوه‌ای ارائه کنیم که برای شما مناسب است (به زبان‌هایی غیر از انگلیسی، به صورت صوتی، به خط بریل، به صورت چاپ درشت یا قالب‌های جایگزین دیگر و غیره). اگر به اطلاعات طرح در قالبی دیگر نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات عضو تماس بگیرید.

واجد شرایط بودن

این طرح برای هر کسی که هم کمک پزشکی از طرف ایالت و هم Medicare را دارد، در دسترس است. جهت واجد شرایط بودن برای این طرح، باید معیارهای خاص زیر را داشته باشید:

H3561009000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) - FBDE, QMB+, SLMB+

برای مشاهده توضیحاتی درباره تمام سطوح MSP به بخش «سطوح برنامه پس انداز (MSP) Medicare» در زیر مراجعه کنید. حق بیمه، سهم بیمه شده، بیمه مشترک و فرانشیز ممکن است بسته به دسته بندی واجد شرایط بودن Medicaid شما و/یا سطح کمک اضافی که دریافت می کنید، متفاوت باشد.

طرح نیازهای خاص با واجدیت شرایط دوگانه (DSNPها) طرح های Medicare Advantage تخصصی هستند که مزایای مراقبت های سلامت را برای ذینفعانی که به طور همزمان پوشش Medicare و Medicaid را دارند، ارائه می دهند. ذینفعان باید دارای الزامات خاصی در زمینه درآمد و منابع باشند و واجد شرایط بودن و دامنه مزایای ارائه شده، توسط ایالتی که طرح در آن ارائه می شود، مشخص می شود.

شما باید در طرح California Medicaid ثبت نام کرده باشید. حق بیمه، سهم بیمه شده، بیمه مشترک و فرانشیز ممکن است بسته به دسته بندی واجد شرایط بودن Medicaid شما و/یا سطح کمک اضافی که دریافت می کنید، متفاوت باشد. برای ثبت نام کنندگان دوگانه کامل، حق بیمه بخش B شما توسط ایالت California پرداخت می شود. برای اطلاع از جزئیات بیشتر، لطفاً با طرح تماس بگیرید.

درک واجد شرایط بودن دوگانه

Medicaid یک برنامه دولتی مشترک فدرال و ایالتی است که در پرداخت هزینه های پزشکی به افراد خاص که درآمد و منابع محدودی دارند، کمک می کند. مزایای Medicaid ارزشمند هستند چون ایالت پوشش اضافی مراقبت های سلامت و حمایت مالی را بر اساس سطح کمک برنامه پس انداز (MSP) Medicare شما ارائه می دهد. پوشش Medicaid بسته به ایالت و نوع Medicaid که دارید، متفاوت است. مبلغی که برای خدمات تحت پوشش می پردازید، می تواند به سطح واجد شرایط بودن Medicaid شما بستگی داشته باشد. برخی افراد دارای Medicaid، در پرداخت حق بیمه Medicare و سایر هزینه های خود، کمک دریافت می کنند. سایر افراد نیز ممکن است برای خدمات و داروهای اضافی که تحت پوشش Medicaid هستند اما توسط Medicare پوشش داده نمی شوند، پوشش دریافت کنند.

سطوح برنامه پس انداز (MSP) Medicare

- **واجد شرایط دوگانه با مزایای کامل (FBDE):** Medicaid ممکن است حق بیمه، فرانشیز، بیمه مشترک و سهم بیمه شده Medicare بخش A و B شما را پرداخت کند. ذینفعان واجد شرایط مزایای کامل Medicaid را نیز دریافت می کنند.
- **ذینفع واجد شرایط Medicare (QMB):** Medicaid حق بیمه، فرانشیز، بیمه مشترک و سهم بیمه شده شما را برای Medicare بخش A و B پرداخت خواهد کرد. برخی افراد دارای QMB واجد شرایط مزایای کامل Medicaid نیز هستند (QMB+)

- **دینفع کم درآمد Medicare با شرایط ویژه (SLMB):** Medicaid هزینه حق بیمه Medicare بخش B شما را بر عهده خواهد گرفت. برخی افراد دارای SLMB واجد شرایط مزایای کامل Medicaid نیز هستند (SLMB+).
- **فرد واجد شرایط (QI):** Medicaid هزینه‌های مرتبط با Medicare بخش B را پرداخت خواهد کرد.
- **فرد شاغل ناتوان واجد شرایط (QDWI):** Medicaid هزینه‌های مرتبط با Medicare بخش A را پرداخت خواهد کرد.

توجه: برخی سطوح MSP به‌طور خودکار واجد شرایط «کمک اضافی» (Extra Help) برای کمک هزینه پوشش داروهای تجویزی Medicare هستند. برخی ایالت‌ها تسهیم هزینه بخش‌های A و B را پوشش نمی‌دهند.

«کمک اضافی» چیست؟

ممکن است کمک هزینه افراد کم درآمد (LIS) که «کمک اضافی» نیز نامیده می‌شود، در دسترس باشد تا به شما در هزینه‌های پرداختی از جیب از قبیل حق بیمه، فرانشیز، بیمه مشترک و سهم بیمه‌شده کمک کند. افراد زیادی واجد شرایط «کمک اضافی» هستند و حتی از آن خبر ندارند. به یاد داشته باشید که این کمک هزینه ممکن است به سطح برنامه پس‌انداز Medicare (MSP) و وضعیت واجد شرایط بودن دوگانه شما نیز بستگی داشته باشد.

اگر درباره واجد شرایط بودن Medicaid خود و اینکه چه مزایایی به شما تعلق می‌گیرد، سؤال دارید، با شماره مندرج در جلد پشت این سند تماس بگیرید.

مزایا

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	
\$0	حق بیمه ماهانه طرح (شامل پوشش پزشکی و دارویی)
اگر حق بیمه Medicare بخش B شما توسط Medicaid یا شخص ثالث دیگری پرداخت نشود، باید همچنان به پرداخت آن ادامه دهید.	
بدون فرانشیز	فرانشیز
سالانه \$8,850 درون شبکه این حداکثر مبلغی است که در قالب سهم بیمه شده و بیمه مشترک برای خدمات بخش A و B در سال پرداخت می کنید.	حداکثر هزینه پرداختی از جیب (شامل داروهای تجویزی نمی شود)
روزهای 1-90: \$0 سهم بیمه شده به ازای پذیرش *	پوشش بستری بیمارستانی
\$0 سهم بیمه شده برای خدمات جراحی و غیر جراحی (شامل کولونوسکوپی تشخیصی). *	پوشش سرپایی بیمارستانی خدمات سرپایی بیمارستانی
\$0 سهم بیمه شده	خدمات معاینه سرپایی بیمارستانی
\$0 سهم بیمه شده *	خدمات مرکز جراحی سرپایی (ASC)
\$0 سهم بیمه شده	ویزیت پزشک ارائه دهندگان مراقبت های اولیه
\$0 سهم بیمه شده *	پزشکان متخصص

خدمات ستاره دار (*) ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشد.
خدمات دارای مربع (■) به معنای این است که ممکن است نیاز به ارجاع باشد.

مزایا

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	
\$0 سهم بیمه شده	مراقبت‌های پیشگیرانه (مثلاً ویزیت سلامت سالانه، سنجش تراکم استخوان، غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی)، غربالگری بیماری‌های قلب و عروق، غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن، غربالگری سرطان روده بزرگ، غربالگری دیابت، غربالگری ویروس هپاتیت ب، غربالگری سرطان پروستات (PSA)، واکسن‌ها (از جمله واکسن آنفولانزا، واکسن هپاتیت ب، واکسن پنوموکوک، واکسن COVID))
\$0 سهم بیمه شده	مراقبت‌های اورژانسی
\$100 سهم بیمه شده	پوشش اورژانسی جهانی خدمات اورژانسی و خدمات فوری جهانی تا سقف \$50,000 تحت پوشش طرح هستند. برای مراقبت‌های خارج از بخش اورژانس یا پذیرش در بیمارستان اورژانس، پوشش جهانی وجود ندارد. در صورت بستری شدن در بیمارستان برای خدمات اورژانسی جهانی، سهم بیمه شده لغو نمی‌شود.
\$0 سهم بیمه شده	خدمات فوری
\$100 سهم بیمه شده	پوشش مراقبت‌های فوری جهانی خدمات اورژانسی و خدمات فوری جهانی تا سقف \$50,000 تحت پوشش طرح هستند. در صورت بستری شدن در بیمارستان برای خدمات فوری جهانی، سهم بیمه شده لغو نمی‌شود.
\$0 سهم بیمه شده *	خدمات تشخیصی/آزمایشگاه/عکس برداری خدمات آزمایشگاه
\$0 سهم بیمه شده *	آزمایشات و رویه‌های تشخیصی

خدمات ستاره‌دار (*) ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشد.
 خدمات دارای مربع (■) به معنای این است که ممکن است نیاز به ارجاع باشد.

مزایا

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	
\$0 سهم بیمه شده *	عکس برداری سرپایی با اشعه ایکس
\$0 سهم بیمه شده *	خدمات رادیولوژی تشخیصی (مثلاً MRI، اسکن CAT)
\$0 سهم بیمه شده *	رادیولوژی درمانی
خدمات شنوایی	
\$0 سهم بیمه شده *	معاینه شنوایی تحت پوشش Medicare
\$0 سهم بیمه شده *	معاینه روتین شنوایی
1 معاینه در هر سال	
\$0 سهم بیمه شده *	سمع نصب/ارزیابی سمع
1 بار نصب / ارزیابی در هر سال	
هر سال تا سقف \$1,000 کمک هزینه برای سمع هر گوش. \$0 سهم بیمه شده *	کمک هزینه سمع تمام انواع
محدود به 2 سمع در هر سال	
آنچه باید بدانید	
اگر پزشک یا سایر ارائه دهندگان مراقبت های سلامت این آزمایش ها را برای بررسی نیاز شما به درمان پزشکی تجویز کند، Medicare معاینات تشخیصی شنوایی و تعادل را پوشش می دهد.	
اطلاعات بیشتر درباره شنوایی	

خدمات ستاره دار (*) ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشد.
خدمات دارای مربع (■) به معنای این است که ممکن است نیاز به ارجاع باشد.

مزایا

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	
\$0 سهم بیمه شده به عنوان عضوی از Medi-Cal، بسیاری از خدمات استاندارد دندان پزشکی از طریق «برنامه هزینه برای خدمات دندان پزشکی Medi-Cal» در دسترس است؛ چند نمونه از آنها که البته محدود به این موارد نیست، عبارت اند از: • معاینات اولیه، عکس برداری اشعه ایکس، جرم گیری و فلوراید درمانی • ترمیم و روکش • عصب کشی • دندان مصنوعی کامل یا جزئی و تنظیم، تعمیر و ریلاین آن نمایندگان «برنامه هزینه برای خدمات دندان پزشکی Medi-Cal» آماده کمک به شما هستند، برای دریافت کمک، با شماره 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922) از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. همچنین به صورت آنلاین از طریق وبسایت https://smilecalifornia.org می توانید اطلاعات بیشتری کسب کنید.	خدمات دندان پزشکی مراقبت های پیشگیرانه و معاینات منظم دندان پزشکی
\$0 سهم بیمه شده * مزایای دندان پزشکی در برنامه دندان پزشکی Medi-Cal در دسترس است. برای کسب اطلاعات بیشتر، می توانید به وبسایت https://smilecalifornia.org/ مراجعه کنید. علاوه بر برنامه دندان پزشکی Medi-Cal، موارد زیر نیز در طرح ارائه می شود: • خدمات ترمیمی - روکش دندان یکی از مزایایی است که برای هر دندان، یک بار در هر پنج سال تقویمی تحت پوشش قرار دارد. • دندان سازی، از جمله دندان مصنوعی - خدمات تحت پوشش شامل ری بیس دندان مصنوعی یک بار برای هر فک در هر دو سال تقویمی است. پونتیک دندان یکی از مزایایی است که برای هر دندان در هر پنج سال تقویمی تحت پوشش قرار دارد.	مراقبت های دندان پزشکی اضطراری و ترمیمی

خدمات ستاره دار (*) ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشد.
خدمات دارای مربع (■) به معنای این است که ممکن است نیاز به ارجاع باشد.

مزایا

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	
خدمات بینایی	معاینه چشم تحت پوشش Medicare \$0 سهم بیمه شده (غریبالگری رتینوپاتی دیابتی تحت پوشش Medicare) \$0 سهم بیمه شده (تمام معاینات دیگر چشم تحت پوشش Medicare) *
معاینه روتین چشم (عیوب انکساری)	\$0 سهم بیمه شده * 1 معاینه در هر سال
غریبالگری آب سیاه	\$0 سهم بیمه شده برای هر یک از خدمات تحت پوشش Medicare.
عینک تحت پوشش Medicare	\$0 سهم بیمه شده
عینک روتین لنزهای تماسی/عینک (لنز و فریم)/فریم عینک کمک هزینه عینک	\$0 سهم بیمه شده * جمعاً تا سقف \$300 کمک هزینه برای لنزهای تماسی و عینک (لنز و/یا فریم) در هر سال.
خدمات سلامت روان مراجعه بستری	روزهای 1-90: \$0 سهم بیمه شده به ازای پذیرش *
مراجعه درمانی انفرادی سرپایی	\$0 سهم بیمه شده
مراجعه درمانی گروهی سرپایی	\$0 سهم بیمه شده
مرکز پرستاری تخصصی (SNF)	روزهای 1-100: \$0 سهم بیمه شده به ازای پذیرش *

خدمات ستاره دار (*) ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشد.
 خدمات دارای مربع (■) به معنای این است که ممکن است نیاز به ارجاع باشد.

مزایا

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	
خدمات درمان و توانبخشی	فیزیوتراپی \$0 سهم بیمه شده *
خدمات توانبخشی سربایی ارائه شده توسط کار درمانگر	\$0 سهم بیمه شده *
خدمات توانبخشی ریوی	\$0 سهم بیمه شده
آمبولانس	آمبولانس زمینی \$0 سهم بیمه شده *
آمبولانس هوایی	\$0 سهم بیمه شده *
خدمات حمل و نقل	حداکثر 24 سفر در هر سال به مکان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت که مورد تأیید طرح هستند. این مورد شامل مطب پزشکان و سایر متخصصان نیز می‌شود (حداکثر 4 سفر یک‌طرفه در روز). \$0 سهم بیمه شده (به ازای سفر یک‌طرفه) * آنچه باید بدانید: ممکن است محدودیت‌های مسافت اعمال شود. جهت رزرو سفر برای وقت ملاقات خود، 72 ساعت قبل با مرکز خدمات عضو تماس بگیرید.
داروهای Medicare بخش B	
داروهای شیمی‌درمانی و سایر داروهای بخش B	\$0 سهم بیمه شده * برخی داروهای تخفیف‌دار بخش B ممکن است دارای بیمه مشترک کمتری نسبت به مبلغ مندرج در بالا باشند. فهرست داروهای تخفیف‌دار بخش B که دارای بیمه مشترک کمتری هستند، توسط مرکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) منتشر می‌شود و ممکن است به صورت فصلی تغییر کند.

خدمات ستاره‌دار (*) ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشد.
خدمات دارای مربع (■) به معنای این است که ممکن است نیاز به ارجاع باشد.

مزایا

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	
انسولین	\$0 سهم بیمه شده *
آنتی ژن حساسیت	\$0 سهم بیمه شده *

خدمات ستاره‌دار (*) ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشد.
 خدمات دارای مربع (■) به معنای این است که ممکن است نیاز به ارجاع باشد.

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	پوشش داروهای تجویزی
\$0	فرانشیز سالانه نسخه
تأمین دارو به مدت 30 روز/حداکثر 100 روز از داروخانه خرده‌فروشی تحت شبکه	
\$0 سهم بیمه‌شده برخی داروهای تحت پوشش محدود به ذخیره 30 روزه هستند	تمام داروهای تحت پوشش

مزایای اضافی

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	
خدمات کایروپراکتیک تحت پوشش Medicare	\$0 سهم بیمه شده *
خدمات کایروپراکتیک روتین	\$0 سهم بیمه شده * 24 ویزیت در هر سال
طب سوزنی تحت پوشش Medicare	\$0 سهم بیمه شده *
خدمات طب سوزنی روتین	\$0 سهم بیمه شده * محدود به 24 ویزیت در هر سال.
خدمات پابزشکی (مراقبت‌های پا) تحت پوشش Medicare	\$0 سهم بیمه شده *
خدمات پابزشکی روتین	\$0 سهم بیمه شده * 12 ویزیت در هر سال
ویزیت مجازی	طرح ما امکان دسترسی به ویزیت مجازی توسط پزشکان دارای برد تأیید شده را از طریق Teladoc در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته فراهم می‌کند، این نوع ویزیت می‌تواند در رسیدگی به طیف گسترده‌ای از نگرانی‌ها/سؤالات در زمینه سلامت به شما کمک کند. خدمات تحت پوشش شامل پزشکی عمومی، سلامت رفتاری، بیماری‌های پوستی و بسیاری موارد دیگر می‌شود. ویزیت مجازی (که با عنوان مشاوره سلامت از راه دور نیز شناخته می‌شود) عبارت است از ویزیت و گفتگو با پزشک یا از طریق تلفن و یا اینترنت با استفاده از یک تلفن هوشمند، تبلت یا رایانه. برخی انواع خاص از ویزیت‌ها ممکن است به اینترنت و دستگاه دوربین‌دار نیاز داشته باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر، یا رزرو وقت، با Teladoc به شماره 1-800-835-2362 (TTY: 711) در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

خدمات ستاره‌دار (*) ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشد.

خدمات دارای مربع (■) به معنای این است که ممکن است نیاز به ارجاع باشد.

مزایای اضافی

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	
مراقبت‌های خانگی توسط آژانس سلامت	\$0 سهم بیمه شده *
وعده‌های غذایی	\$0 سهم بیمه شده ▪ آنچه باید بدانید: بلافاصله پس از ترخیص از بیمارستان، برای وعده‌های غذایی دریافتی در خانه که جهت کمک به بهبودی شما ارائه می‌شود، تا حداکثر 3 وعده غذایی در روز تا سقف 14 روز و حداکثر 42 وعده غذایی به ازای هر بار بستری و برای تعداد نامحدود بستری در سال، هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.
تجهیزات/لوازم پزشکی	\$0 سهم بیمه شده *
تجهیزات پزشکی بادوام (DME)	
پروتز	\$0 سهم بیمه شده *
لوازم دیابت	\$0 سهم بیمه شده * برای کسب اطلاعات بیشتر و اطلاع از محدودیت‌ها و موارد استثنا، لطفاً به مدرک پوشش خود مراجعه کنید.
کفش یا کفی کفش درمانی دیابتی	\$0 سهم بیمه شده *
خدمات برنامه درمان اعتیاد	\$0 سهم بیمه شده *

خدمات ستاره‌دار (*) ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشد.
 خدمات دارای مربع (■) به معنای این است که ممکن است نیاز به ارجاع باشد.

مزایای اضافی

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	
برای مشاهده فهرست مفصل مزایای برنامه تندرستی ارائه شده، لطفاً به مدرک پوشش مراجعه کنید. \$0 سهم بیمه شده آنچه باید بدانید: در مزایای این طرح، عضویت در مزایای انعطاف پذیر تناسب اندام با اعتبارهای ماهانه ارائه می شود تا در انواع مختلف باشگاه های ورزشی بزرگ یا مراکز تناسب اندام محل خود از آن استفاده کنید. اعضا هر ماه 32 اعتبار برای استفاده خواهند داشت. اعتبارها به حدی خواهد بود که عضویت ماهانه باشگاه و/یا کلاس های مرکز تناسب اندام یا باکس های تناسب اندام و ویدیوهای تناسب اندام در خانه را پوشش دهد.	برنامه های تندرستی تناسب اندام
\$0 سهم بیمه شده محدود به 5 ویزیت در هر سال	جلسات اضافی مشاوره برای ترک سیگار و دخانیات
\$0 سهم بیمه شده آنچه باید بدانید: این معاینه شامل سابقه پزشکی/خانوادگی مفصل و توصیه هایی برای غربالگری ها/مراقبت های پیشگیرانه می باشد.	معاینه بدنی سالانه
\$0 سهم بیمه شده	تلفن 24 ساعته مشاوره با پرستار
\$0 سهم بیمه شده	دستگاه امداد پزشکی اضطراری شخصی (PERS)
\$0 سهم بیمه شده برای هر ویزیت خدمات حمایت در منزل. تا 12 ویزیت در هر سال. آنچه باید بدانید: در صورتی که دارای معیارهای بالینی خاصی باشید، می توانید خدمات کارهای روزمره و مراقبت شخصی را دریافت کنید. این خدمات باید توسط پزشک یا ارائه دهنده ای که دارای مجوز و عضو طرح ما است، توصیه یا درخواست شود. این خدمات در بازه های زمانی چهار ساعته ارائه می شود.	خدمات حمایت در منزل

خدمات ستاره دار (*) ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشد.
خدمات دارای مربع (■) به معنای این است که ممکن است نیاز به ارجاع باشد.

مزایای اضافی

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561، طرح 009	
برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای بدون نیاز به نسخه (OTC)، لطفاً به بخش Wellcare Spendables™ مراجعه کنید.	اقدام بدون نیاز به نسخه (OTC)
شما ماهانه \$75 (\$900 در سال) به صورت از پیش شارژ شده در کارت Wellcare Spendables™ خود دریافت خواهید کرد. کمک هزینه ماهانه شما در صورتی که استفاده نشود، به ماه بعد منتقل می شود و در پایان سال طرح، منقضی می شود. کمک هزینه کارت شما برای موارد زیر قابل استفاده است: • موارد بدون نیاز به نسخه (OTC) - کارت شما در مکان های خرده فروشی عضو، از طریق برنامه تلفن همراه یا ورود به پورتال اعضا جهت ثبت سفارش برای تحویل خانگی قابل استفاده است. نمونه هایی از موارد تحت پوشش شامل داروهای بدون نسخه برند و ژنریک، ویتامین ها، مسکن ها، داروهای سرماخوردگی و حساسیت و داروهای دیابت می شود. - چون طرح شما در «برنامه طراحی بیمه ارزش بنیاد» شرکت کرده است، می توانید از کمک هزینه Wellcare Spendables™ خود برای هر یک از مزایای زیر استفاده کنید: • مواد غذایی سالم - می توانید از کارت خود برای پرداخت هزینه مواد غذایی و محصولات سالم در خرده فروشی های عضو استفاده کنید. وعده های غذایی آماده برای سفارش دادن از طریق پورتال آنلاین در دسترس هستند. • پرداخت هزینه بنزین در پمپ بنزین - می توانید از کارت خود برای پرداخت مستقیم هزینه بنزین در پمپ بنزین استفاده کنید. این کارت برای پرداخت شخصی در صندوق فروشگاه قابل استفاده نیست. امکان استفاده از کارت، تنها تا حداکثر مبلغ کمک هزینه در دسترس وجود دارد. • کمک هزینه خدمات عمومی - می توانید از کارت خود برای کمک به پرداخت هزینه خدمات عمومی برای خانه خود استفاده کنید. کارت شما برای پرداخت هزینه خدمات عمومی از جمله آب، نفت سفید و گاز طبیعی، برق، زباله، خدمات تلویزیون کابلی (به استثنای خدمات استریمینگ)، تلفن ثابت یا موبایل و اینترنت قابل استفاده است. • کمک هزینه اجاره - می توانید از کارت خود برای کمک به پرداخت هزینه اجاره برای خانه خود استفاده کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر و اطلاع از محدودیت ها و موارد استثنا، لطفاً به مدرک پوشش خود مراجعه کنید.	Wellcare Spendables™

خدمات ستاره دار (*) ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشد.

خدمات دارای مربع (■) به معنای این است که ممکن است نیاز به ارجاع باشد.

بیانیه کتبی جامع برای ثبت نام کنندگان بالقوه

مزایای تشریح شده در بخش حق بیمه و مزایای سند خلاصه مزایا توسط Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ما پوشش داده می شوند. برای هر یک از مزایای موجود در فهرست، می توانید مشاهده کنید که طرح ما چه مواردی را پوشش می دهد. مبلغی که برای خدمات تحت پوشش می پردازید، می تواند به سطح واجد شرایط بودن Medicaid شما بستگی داشته باشد. پوشش مزایای تشریح شده در این سند خلاصه مزایا، به سطح واجد شرایط بودن Medicaid شما بستگی دارد. اگر درباره واجد شرایط بودن Medicaid خود و اینکه چه مزایایی به شما تعلق می گیرد، سؤال دارید، با تلفن رایگان California Medi-Cal (Medicaid) به شماره (TTY: 1-800-430-7077) 1-800-541-5555 تماس بگیرید.

برای اطلاع از جدیدترین اطلاعات مربوط به پوشش California Medicaid، لطفاً از وبسایت <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx> بازدید کنید یا برای دریافت کمک، با مرکز خدمات عضو تماس بگیرید.

هنگامی که به عضویت Wellcare by Health Net درآمدید، Wellcare by Health Net از اطلاعات حفاظت شده سلامت عضو و اطلاعات مالی شخصی غیرعمومی* با اهداف درمان، پرداخت، عملیات مراقبت های سلامت و مواردی که طبق قانون مجاز یا الزامی باشد، استفاده کرده و آن ها را افشا می کند. Wellcare by Health Net اطلاعاتی رویه های حفظ حریم خصوصی را در اختیار اعضا قرار می دهد که در آن، نحوه استفاده و افشای اطلاعات حفاظت شده سلامت؛ حقوق فرد برای دسترسی، درخواست اصلاح، محدودیت، گزارشی از موارد افشای اطلاعات حفاظت شده سلامت؛ و رویه های ثبت شکایت تشریح شده است. Wellcare by Health Net این فرصت را در اختیار شما قرار خواهد داد که افشای اطلاعات خود را برای موارد غیر روتین از قبیل بازاریابی، تأیید یا رد کنید. Wellcare by Health Net امکان بررسی یا دریافت نسخه ای از اطلاعات حفاظت شده سلامت عضو در مجموعه سوابق نگهداری شده توسط Wellcare by Health Net را برای اعضا فراهم می کند. Wellcare by Health Net با استفاده از تدابیر حفاظتی و امنیتی مناسب و معقول، از اطلاعات شفاهی، کتبی و الکترونیک در سراسر سازمان محافظت می کند. این تدابیر حفاظتی شامل محدود کردن دسترسی به اطلاعات حفاظت شده سلامت فرد، تنها به افرادی است که به منظور انجام دادن پرداخت، درمان، عملیات مراقبت های سلامت یا در موارد مجاز یا الزامی طبق قانون، نیاز دارند که به اطلاعات دسترسی داشته باشند. متن کامل اطلاعاتی رویه های حفظ حریم خصوصی Wellcare by Health Net را می توانید در www.wellcare.com/healthnetCA در بخش «حریم خصوصی» مشاهده کنید یا اینکه می توانید برای دریافت نسخه ای از آن، با شماره تلفن مندرج در جلد پشت این کتابچه تماس بگیرید.

*اطلاعات مالی شخصی غیرعمومی شامل اطلاعات مالی قابل شناسایی شخصی می شود که برای دریافت پوشش طرح سلامت در اختیار ما قرار داده اید یا ما در ارائه مزایا به شما، آنها را کسب کرده ایم. چند نمونه از این اطلاعات عبارت است از شماره تأمین اجتماعی، موجودی حساب و سابقه پرداخت. ما هیچ گونه اطلاعات مالی غیرعمومی درباره شما را در اختیار هیچ کس قرار نمی دهیم، مگر در مواردی که طبق قانون مجاز باشد.

ضمیمه H: خدمات Medi-Cal که در مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal گنجانده شده یا از آن خارج شده‌اند
1 ژانویه 2022 – 31 دسامبر 2026¹

مزایا از مراقبت‌های مدیریت‌شده خارج شده است*	مزایا در مراقبت‌های مدیریت‌شده گنجانده شده است	تعریف	طبقه‌بندی خدمات طرح ایالتی	خدمات
	X	خدمات طب سوزنی بایستی محدود به درمان انجام‌شده برای جلوگیری، تعدیل یا تسکین ادراک درد مزمن شدید و مداوم ناشی از یک عارضه پزشکی باشد که به‌طور عمومی به رسمیت شناخته شده است.	خدمات سایر پزشکان و خدمات طب سوزنی	خدمات طب سوزنی
	X	خدمات شنوایی‌سنجی هنگامی پوشش داده می‌شود که توسط افرادی ارائه شود که الزامات مناسب را دارا هستند.	خدمات شنوایی‌سنجی	خدمات شنوایی‌سنجی
	X ²	ارائه خدمات BHT ضروری از نظر پزشکی به اعضای واجد شرایط زیر 21 سال Medi-Cal طبق الزام دستور و طرح ایالتی «غربالگری، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره‌ای (EPSDT)».	خدمات پیشگیرانه - EPSDT	درمان سلامت رفتاری (BHT)
	X	مرکزی که خون انسان و مشتقات خونی را جمع‌آوری، ذخیره و توزیع می‌کند. گواهی خون دستور داده شده توسط پزشک یا مرکز را در مواقعی که تزریق خون تجویز می‌شود، پوشش می‌دهد.	خون و مشتقات خونی	خون و مشتقات خونی
	X ³	خدمات کودکان California (CCS) به معنای خدماتی است که توسط برنامه CCS برای تشخیص و درمان عارضه‌های پزشکی مشمول CCS در یک عضو خاص مجاز شمرده شده است.	EPSDT	خدمات کودکان California (CCS)
	X	یک پرستار متخصص خانواده که خدمات را در حوزه فعالیت خود ارائه می‌کند.	خدمات پرستار متخصص خانواده	پرستار متخصص خانواده
	X	مراقبت از مادران و نوزادان را در طول چرخه بارداری، زایمان، تولد و دوره بلافاصله پس از زایمان پوشش می‌دهد، نباید از شش هفته بیشتر شود؛ می‌تواند شامل خدمات مراقبت‌های اولیه نیز باشد.	خدمات پرستار متخصص اطفال	خدمات پرستار متخصص اطفال
X		موردی از مسمومیت با سرب در دوران کودکی (به منظور شروع مدیریت پرونده) که در آن یک کودک از بدو تولد تا سن 21 سالگی یک بار دارای سطح سرب خون ویریدی (BLL) بیشتر یا مساوی 15 میکروگرم/دسی‌لیتر یا دو BLL بیشتر یا مساوی 10 میکروگرم/دسی‌لیتر با فاصله حداقل 30 و حداکثر 600 روز تقویمی از یکدیگر باشد، الزامی وجود ندارد که نمونه اول ویریدی باشد اما نمونه دوم باید ویریدی باشد.	EPSDT	مدیریت پرونده مسمومیت با سرب در دوران کودکی (توسط ادارات بهداشت محلی شهرستان ارائه می‌شود)
	X ⁴	خدمات ارائه شده توسط کاپروپراکتورها که طبق قانون California در حوزه فعالیت خود عمل می‌کنند، پوشش داده می‌شود، اما این خدمات باید به درمان ستون فقرات با استفاده از ماساژ دستی محدود شود.	خدمات کاپروپراکتورها	خدمات کاپروپراکتیک

مزایا از مراقبت‌های مدیریت شده خارج شده است *	مزایا در مراقبت‌های مدیریت شده گنجانده شده است	تعریف	طبقه‌بندی خدمات	خدمات
	X	رویه استفاده شده برای درمان نارسایی کلیه - تنها به‌عنوان خدمات سربازی پوشش داده می‌شود. خون از طریق یک رگ از بدن خارج می‌شود و در دستگاهی به گردش در می‌آید که مواد زائد و مایعات اضافی خون را فیلتر می‌کند. سپس خون «تمیز» به بدن بازگردانده می‌شود. مزمن به این معنا است که این رویه به‌طور منظم انجام می‌شود. هنگامی که توسط مراکز دیالیز کلیوی یا واحدهای همودیالیز محل ارائه شود، به مجوز قبلی نیاز است.	همودیالیز مزمن	همودیالیز مزمن
	X	خدمات مجموعه‌ای CBAS: یک برنامه خدماتی سربازی مرکز محور که مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، تراپی‌ها، مراقبت فردی، آموزش و حمایت از خانواده/مراقب، وعده‌های غذایی و حمل‌ونقل را به ذینفعان Medi-Cal ارائه می‌دهد.	خدمات جامع‌ه محور بزرگسالان (CBAS)	خدمات جامع‌ه محور بزرگسالان (CBAS)
	X ⁵	خدمات تفکیک شده CBAS: بخش‌های مجزای خدمات مرکز CBAS که خارج از مراکز و تحت شرایط خاص ارائه می‌شود.	سلامت یاران جامعه	سلامت یاران جامعه
	X	خدمات پیشگیرانه که توسط سلامت یاران، مروجان و نمایندگان سلامت جامعه که دارای مجوز خاصی نیستند، به‌منظور پیشگیری از بیماری، معلولیت و سایر عارضه‌های سلامت یا پیشرفت آنها انجام می‌شود.	خدمات جامع‌ه دوران بارداری	خدمات جامع‌ه دوران بارداری
	X ⁶	خدمات حرفه‌ای انجام‌شده یا ارائه‌شده توسط دندان‌پزشکان از جمله تشخیص و درمان دندان‌هایی که در موقعیت طبیعی قرار ندارند، بیماری یا نقص فرایند آلتولی، لثه‌ها، فک‌ها و ساختارهای مرتبط؛ استفاده از داروهایی که در مطب تجویز می‌شود، داروهای پی‌حسی و ارزیابی بدنی؛ مشاوره؛ تماس‌های خانگی، اداری و سازمانی.	خدمات دندان‌پزشکی (تحت پوشش Medi-Cal)	خدمات دندان‌پزشکی (تحت پوشش Medi-Cal)
	X ⁵	غربالگری یکپارچه سلامت بدنی و رفتاری برای کودک، مراقب و خانواده	خدمات ارتباط‌ده درمانی	خدمات ارتباط‌ده درمانی
	X ⁵	پشتیبانی شخصی توسط ارائه‌دهندگان بدون مجوز برای زنان باردار و خانواده‌هایشان در طول بارداری، زایمان و دوره پس از زایمان.	خدمات پشتیبان بارداری	خدمات پشتیبان بارداری
	X	دستگاه‌ها و لوازم پزشکی کمکی با نسخه پوشش داده می‌شود؛ به مجوز قبلی نیاز است.	DME	تجهیزات پزشکی بادوام
	X	EPSDT مزایای برنامه Medicaid برای کودکان و نوجوانان است که مجموعه‌ای جامع از خدمات پیشگیری، تشخیص و درمان را برای نوزادان، کودکان و نوجوانان کم‌درآمد زیر 21 سال، مطابق آنچه در بخش (r) 1905 قانون تأمین اجتماعی مشخص شده است، فراهم می‌کند.	EPSDT	خدمات غربالگری، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره‌ای (EPSDT)

مزایا از مراقبت‌های مدیریت شده خارج شده است *	مزایا در مراقبت‌های مدیریت شده گنجانده شده است	تعریف	طبقه‌بندی خدمات	خدمات
X		داروهای که تنها کاربرد مورد تأیید FDA آنها، درمان اختلالات جنسی یا اختلال نعوظ است، جزء مزایای برنامه نیست. داروهای که علاوه بر یک یا چند کاربرد دیگر، در زمینه درمان اختلالات جنسی یا اختلال نعوظ دارای تأییدیه FDA هستند، تنها در صورتی جزء مزایا هستند که دارو برای کاربردی غیر از درمان اختلالات جنسی یا اختلال نعوظ، تأییدیه FDA را دریافت کرده باشد.		داروهای اختلال نعوظ و/یا اختلالات جنسی
X		یک آزمایش خون ساده برای تمام زنان باردار توصیه می‌شود تا مشخص شود که آیا چنین آنها دارای ناهنجاری‌های ژنتیکی خاص از قبیل نقص لوله عصبی باز، سندروم داون، ناهنجاری‌های کروموزومی و نقص در دیواره شکم چنین می‌باشد یا خیر.		آزمایش آلفا فتوپروپروتئین-گسترش یافته (تجویز شده توسط شعبه بیماری‌های ژنتیک (CDPH)
	X ⁷	لوازم مربوط به چشم در صورت تجویز معتبر یک پزشک یا اپتومتریست پوشش داده می‌شود.	عینک، لنزهای تماسی، لوازم کمکی ضعف بینایی، چشم مصنوعی و سایر لوازم مربوط به چشم	عینک، لنزهای تماسی، لوازم کمکی ضعف بینایی، چشم مصنوعی و سایر لوازم مربوط به چشم
	X	خدمات تشریح شده در 42 U.S.C بخش (C)(2)(a) 1396d که توسط یک نهاد تعریف شده در 42 U.S.C بخش (B)(2)(I) 1396d ارائه می‌شود.	FQHC	مراکز سلامت مورد تأیید فدرال (FQHC) (تنها خدمات تحت پوشش (Medi-Cal)
	X	سمعک تنها در صورتی پوشش داده می‌شود که توسط یک توزیع‌کننده سمعک و با تجویز یک متخصص گوش، حلق و بینی یا هنگامی که متخصص گوش، حلق و بینی در منطقه در دسترس نیست، با تجویز پزشک معالج تأمین شده باشد؛ علاوه بر این، یک ارزیابی شنوایی‌سنجی شامل ارزیابی سمعک باید توسط پزشک فوق یا تحت نظارت وی یا توسط شنوایی‌سنج دارای مجوز انجام شود.	سمعک	سمعک
X		خدمات معافیت مبتنی بر خانه و جامعه باید تنها با شرایط زیر به عنوان مزایای تحت پوشش Medi-Cal ارائه و بازپرداخت شود: (1) به مدت معافیت اجرایی مورد تأیید فدرال، (2) تا حدی که خدمات در معافیت اجرایی تأیید شده توسط HHS مشخص شده است؛ و (3) تا حدی که اداره بتواند وجوه فدرال را برای این خدمات مطالبه کرده و به او بازپرداخت شود.		1915(c) خدمات معافیت مبتنی بر خانه و جامعه (شامل خدمات EPSDT نمی‌شود)
	X	خدمات خانگی آژانس سلامت وقتی توسط پزشک، دستیار پزشک، پرستار متخصص یا پرستار بالینی متخصص تجویز شود و در خانه فرد ذینفع مطابق با یک طرح درمانی کتبی ارائه شود که پزشک آن را هر 60 روز مورد بررسی قرار می‌دهد، پوشش داده می‌شود.	خدمات سلامت خانگی-آژانس سلامت خانگی	خدمات خانگی آژانس سلامت

مزایا از مراقبت‌های مدیریت شده خارج شده است *	مزایا در مراقبت‌های مدیریت شده گنجانده شده است	تعریف	طبقه‌بندی خدمات	خدمات
	X	پرستاری تخصصی یا سایر خدمات تخصصی را در محل سکونت پوشش می‌دهد از جمله خدمات پاره‌وقت و مقطعی پرستاری تخصصی، خدمات کمکی سلامت خانگی، فیزیوتراپی، کار درمانی، گفتار درمانی و خدمات شنوایی سنجی و خدمات پزشکی اجتماعی که توسط مددکار اجتماعی ارائه می‌شود.	خدمات سلامت خانگی-کمک‌های سلامت خانگی	خدمات کمکی سلامت خانگی
X		محصولات مربوط به تغذیه که به‌دلیل بیماری یا آسیب مزمن برای بیمارانی که نمی‌توانند تغذیه دهانی را ادامه دهند، از نظر پزشکی ضروری‌اند؛ هنگامی که به‌عنوان یک رژیم درمانی برای جلوگیری از ناتوانی جدی یا مرگ در بیماران مبتلا به عارضه‌های پزشکی استفاده می‌شود که استفاده کامل از غذای عادی را غیرممکن می‌کند، صورتحساب این موارد توسط داروخانه در برگه درخواست داروخانه صادر می‌شود و شامل سرم، پمپ، لوله تغذیه و زیرمجموعه‌های عمومی، مطابق آنچه در نامه مربوط به تمام طرح‌های Medi-Cal Rx (APL 20-020) تشریح شده است.	سلامت خانگی	خدمات داروخانه‌ای سلامت خانگی-تغذیه کامل تزریقی و روده‌ای Medi-Cal Rx
	X	محصولات مربوط به تغذیه که به‌دلیل بیماری یا آسیب مزمن برای بیمارانی که نمی‌توانند تغذیه دهانی را ادامه دهند، از نظر پزشکی ضروری هستند، هنگامی که به‌عنوان یک رژیم درمانی برای جلوگیری از ناتوانی جدی یا مرگ در بیماران مبتلا به عارضه‌های پزشکی استفاده می‌شود که استفاده کامل از غذای عادی را غیرممکن می‌کند، صورتحساب این موارد در درخواست‌های پزشکی و سازمانی صادر می‌شود، مطابق آنچه در نامه مربوط به تمام طرح‌های Medi-Cal Rx (APL 20-020) تشریح شده است.	سلامت خانگی	سایر خدمات داروخانه‌ای سلامت خانگی-تغذیه کامل تزریقی و روده‌ای
	X	خدمات مربوطه را محدود به افرادی که ابتلای آنها به بیماری لاعلاج طبق ماده 42، بخش CFR 418، زیربخش B تأیید شده است و کسانی که مستقیماً یا از طریق نماینده خود، داوطلب دریافت این مزایا به جای سایر مراقبت‌های مشخص شده می‌شوند، پوشش می‌دهد.	مراقبت بیماری‌های لاعلاج	مراقبت بیماری‌های لاعلاج
	X	یک تدارک اداری برنامه‌ریزی شده که بیماران سربازی را قادر می‌سازد توسط یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت مورد توجه و رسیدگی قرار بگیرند. امکان مشاوره، بررسی و درمان جزئی را فراهم می‌کند.	خدمات درمانگاهی و خدمات بخش سربازی بیمارستان و خدمات سازمان یافته درمانگاه سربازی	خدمات بخش سربازی بیمارستان و خدمات سازمان یافته درمانگاه سربازی
X		داروهای ویروس نقص ایمنی انسانی و ایدز که در راهنمای ارائه‌دهنده Medi-Cal آمده است		داروهای ویروس نقص ایمنی انسانی و ایدز

مزایا از مراقبت‌های مدیریت شده خارج شده است *	مزایا در مراقبت‌های مدیریت شده گنجانده شده است	تعریف	طبقه‌بندی خدمات	خدمات
	X	به‌جز در مورد زنانی که قبلاً عقیم شده‌اند، برداشتن غیر اورژانسی رحم تنها در این موارد پوشش داده می‌شود: (1) فردی که مجوز انجام دادن هیستریکتومی را کسب می‌کند، به خود فرد و در صورت وجود، نمایندگان فرد به‌صورت شفاهی و کتبی اطلاع دهد که هیستریکتومی موجب عقیم شدن دائمی فرد خواهد شد، (2) فرد و در صورت وجود، نمایندگان فرد، تأییدیه کتبی دریافت این اطلاعات را امضا کرده باشند و (3) فرد از حق مشورت با یک پزشک ثانویه مطلع شده باشد. هیستریکتومی اورژانسی تنها در صورتی می‌تواند پوشش داده شود که پزشک در فرم درخواست یا ضمیمه آن، تأیید کند که هیستریکتومی به دلیل یک وضعیت اورژانسی که جان بیمار را تهدید می‌کرده، انجام شده است و پزشک در آن وضعیت تشخیص داده که اخذ تأییدیه قبلی امکان‌پذیر نیست و توضیحاتی در مورد ماهیت این وضعیت اورژانسی ارائه دهد.	خدمات بستری بیمارستانی	هیستریکتومی (برداشتن رحم)
	X	بومی به معنای هر فردی است که طبق قوانین و مقررات فدرال (25 U.S.C. 1603c، 1679b و 1680c) واجد شرایط است و خدمات سلامت را که مستقیماً توسط اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، خدمات سلامت بومیان یا توسط یک برنامه سلامت بومی قبیله‌ای یا شهری که توسط خدمات سلامت بومیان تأمین اعتبار می‌شود تا خدمات سلامت را مستقیماً یا به صورت قراردادی به افراد واجد شرایط ارائه دهد، تحت پوشش قرار می‌دهد.	خدمات بستری بیمارستانی	خدمات سلامت بومیان (تنها خدمات تحت پوشش Medi-Cal)
	X	خدمات زایمان و بستری برای نوزادان؛ خدمات اورژانسی بدون مجوز قبلی و هر گونه بستری در بیمارستان که از نظر پزشکی ضروری تلقی شود را با مجوز قبلی پوشش می‌دهد.	خدمات بستری بیمارستانی	خدمات بستری بیمارستانی
	X ⁸	معاینات، آزمایشات و خدمات درمانی تجویز شده توسط پزشک دارای مجوز را پوشش می‌دهد.	خدمات آزمایشگاه، عکس‌برداری با اشعه-ایکس و آزمایشگاه، رادیولوژی و رادیو ایزوتوپ	خدمات آزمایشگاه، رادیولوژی و رادیو ایزوتوپ
	X	خدمات زیر هنگامی که توسط یک ماما دارای مجوز ارائه شوند، به عنوان خدمات ماما دارای مجوز تحت برنامه Medi-Cal پوشش داده می‌شوند: (1) حضور در موارد زایمان طبیعی و (2) ارائه مراقبت‌های قبل، حین و پس از زایمان شامل مراقبت‌های تنظیم خانواده، مراقبت‌های مادر و مراقبت‌های فوری برای نوزاد.	سایر خدمات پزشکان و خدمات ماما دارای مجوز	خدمات ماما دارای مجوز

مزایا از مراقبت‌های مدیریت شده خارج شده است *	مزایا در مراقبت‌های مدیریت شده گنجانده شده است	تعریف	طبقه‌بندی خدمات طبق ایالتی	خدمات
X	X	خدمات ارزیابی سلامت و سلامت روان و آموزش سلامت و سلامت روان LEA، که شامل هر یک با تمام موارد زیر می‌شود: (A) ارزیابی تغذیه و آموزش تغذیه، شامل ارزیابی و آموزش غیرکلاسی تغذیه که بر اساس خروجی ارزیابی سلامت تغذیه‌ای در اختیار ذینفع واجد شرایط LEA قرار می‌گیرد (رژیم غذایی، تغذیه، مقادیر آزمایشگاهی و رشد)، (B) ارزیابی بینایی شامل معاینه حدت بینایی در نقطه دوره که با استفاده از آزمایش Snellen (اسنلن) انجام می‌شود، (C) ارزیابی شنوایی شامل آزمایش اختلال شنوایی با استفاده از معیار در معرض خطر و تکنیک‌های غربالگری مناسب طبق آنچه در ماده 17، مجموعه شامل مقررات California، بخش (c) 2951 تعریف شده است، (D) ارزیابی رشد شامل معاینه سطح رشد با بررسی دستاوردهای رشدی در مقایسه با هنجارهای مورد انتظار برای سن و سابقه، (E) ارزیابی وضعیت روانی اجتماعی شامل ارزیابی عملکرد شناختی، عاطفی، اجتماعی و رفتاری و خود پنداره از طریق آزمایش، مصاحبه و ارزیابی رفتاری و (F) آموزش سلامت و راهنمایی پیش‌نگرانه متناسب با سن و وضعیت سلامت شامل آموزش غیرکلاسی سلامت و راهنمایی پیش‌نگرانه بر اساس سن و آموزش سلامت متناسب با رشد.	خدمات برنامه‌گزینه صورت‌حساب پزشکی Medi-Cal آژانس آموزشی محلی	خدمات آژانس آموزشی محلی (LEA)
	قبل از 2023/1/1: X^{9, 10, 11} پس از 2023/1/1: X	مراقبت‌های ضروری از نظر پزشکی در مراکز یا محیط‌های LTC، شامل تمام موارد زیر: • مرکز پرستاری تخصصی (SNF) شامل یک بخش مجزا یا بخشی از یک بیمارستان؛ • مرکز مراقبت‌های متوسط (ICF)؛ • مرکز مراقبت‌های متوسط برای افراد دارای ناتوانی‌های رشدی (ICF/DD)؛ • مرکز مراقبت‌های متوسط برای افراد دارای ناتوانی‌های رشدی با توانبخشی (ICF/DDH)؛ • مرکز مراقبت‌های متوسط برای افراد دارای ناتوانی‌های رشدی با پرستاری (ICF/DDN)؛ • مرکز مراقبت‌های نیمه‌حاد؛ • مرکز مراقبت‌های نیمه حاد اطفال.		خدمات مرکز مراقبت‌های بلند مدت (LTC)
X		درمان سوء مصرف مواد برای ذینفعان واجد شرایط که از نظر پزشکی ضروری است. این مورد شامل خدمات مشاوره و رفتار درمانی مرتبط با داروها و مواد بیولوژیکی می‌شود که طبق قانون SUPPORT (حمایت) تحت پوشش هستند.	خدمات درمان سوء مصرف مواد	خدمات سوء مصرف مواد Medi-Cal

مزایا از مراقبت‌های مدیریت شده خارج شده است *	مزایا در مراقبت‌های مدیریت شده گنجانده شده است	تعریف	طبقه‌بندی خدمات	خدمات
	X	لوازم ضروری پزشکی هنگامی که توسط پزشک دارای مجوز تجویز می‌شوند. لوازم پزشکی خارج شده به Medi-Cal Rx را که صورتحساب آن توسط داروخانه در برگه درخواست داروخانه صادر می‌شود، از جمله لوازم پزشکی تشریح‌شده در نامه تمام طرح‌های Medi-Cal Rx (APL 20-020) را شامل نمی‌شود.	لوازم پزشکی	لوازم پزشکی
	X	خدمات حمل‌ونقل پزشکی با آمبولانس، ون مجهز به برانکار و ون مجهز به ویلچر را در مواقعی که شرایط پزشکی و بدنی ذینفع به گونه‌ای است که حمل‌ونقل با وسایل عمومی یا خصوصی حمل‌ونقل از نظر پزشکی توصیه نمی‌شود، و حمل‌ونقل با هدف دریافت مراقبت‌های پزشکی لازم، ضروری است. NMT عبارت است از حمل‌ونقل با وسایل نقلیه خصوصی یا عمومی برای ذینفعانی که شیوه دیگری برای رفتن به وقت ملاقات رزرو شده خود ندارند.	حمل‌ونقل - خدمات حمل‌ونقل پزشکی و غیر-پزشکی (NMT)	خدمات حمل‌ونقل پزشکی و غیرپزشکی (NMT)
	X	خدمات هوشبری انجام‌شده توسط پرستار هوشبری را که در حوزه مجوز خود فعالیت می‌کند، تحت پوشش قرار می‌دهد.	خدمات سایر پزشکان و خدمات پرستار هوشبری	خدمات پرستار هوشبری
	X	یک پرستار حرفه‌ای دارای مجوز که دارای دانش و آموزش تخصصی در هر دو حوزه پرستاری و مامایی می‌باشد، در زمینه مامایی آموزش دیده است و از مادران و نوزادان در طول چرخه بارداری، زایمان، تولد و دوره بلافاصله بعد از زایمان که نباید از شش هفته تجاوز کند، مراقبت می‌کند.	خدمات پرستار-مامایی	خدمات پرستار مامایی
	X	معاینات چشم و نسخه‌های تجویز شده برای لنزهای اصلاحی را پوشش می‌دهد.	خدمات اپتومتریست‌ها	خدمات اپتومتری
	X	جراحی پیوند عضو و مغز استخوان که از نظر پزشکی ضروری است برای اهداکننده و گیرنده برای اهداکنندگان و گیرندگان بزرگسال و کودک، شامل خدمات مرتبط از قبیل تهیه اعضای بدن و مراقبت‌های اهداکننده زنده.	پیوند	جراحی پیوند اعضا و مغز استخوان
	X ¹²	خدمات ارائه‌شده توسط متخصصان دارای مجوز مراقبت‌های سلامت در حوزه مجوزشان برای بزرگسالان و کودکانی که ابتدای آنها به مشکل روانی طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) تشخیص داده شده و منجر به ناراحتی خفیف تا متوسط یا اختلال در عملکرد ذهنی، عاطفی یا رفتاری می‌شود. این خدمات شامل این موارد می‌شود: - خدمات پیشگیرانه سلامت روان برای اختلالات بالقوه سلامت روان که هنوز تشخیص داده نشده‌اند - غربالگری‌ها و مداخلات سلامت رفتاری	خدمات سرپایی سلامت روان	خدمات سرپایی سلامت روان

مزایا از مراقبت‌های مدیریت شده خارج شده است *	مزایا در مراقبت‌های مدیریت شده گنجانده شده است	تعریف	طبقه‌بندی خدمات	خدمات
		- ارزیابی و درمان سلامت روان شامل روان‌درمانی فردی، گروهی و خانوادگی - آزمایش روانشناسی و عصب‌روانشناسی وقتی به صورت بالینی برای ارزیابی یک مشکل سلامت روان تجویز شود. - خدمات سرپایی با اهداف نظارت بر دارودرمانی - مشاوره روانپزشکی - آزمایشات، داروها، لوازم و مکمل‌های سرپایی - خدمات سلامت روان برای دینفعان 21 سال به بالا که دارای مشکلات خفیف تا متوسط یا اختلالات خفیف تا متوسط در عملکرد ذهنی، عاطفی یا رفتاری ناشی از اختلالات سلامت روان طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی هستند - خدمات سلامت روان برای دینفعان زیر سن 21 سال صرفنظر از سطح مشکل یا اختلال یا وجود تشخیص مگر اینکه گیرنده واجد معیارهای خدمات تخصصی سلامت روان باشد		
	X	خدمات معافیت از الزامات مراقبت‌های پزشکی خانگی و خدمات معافیت از الزامات مراقبت‌های مرکز پرستاری در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرند که توسط پزشک تجویز شوند و در محل سکونت دینفع مطابق با طرح درمان کتبی که نشان دهنده نیاز به خدمات معافیت از الزامات مراقبت‌های پزشکی خانگی و خدمات معافیت از الزامات مراقبت‌های مرکز پرستاری است، و طبق توافقنامه کتبی بین اداره و ارائه‌دهنده خدمات ارائه شوند.	خدمات کلینیکی و خدمات سازمان یافته کلینیک سرپایی	خدمات سازمان یافته کلینیک سرپایی
X		می‌تواند تعدادی از داروها و درمان‌ها را تحت پوشش قرار دهد و امکان عملکرد روز-به-روز را برای افرادی که نمی‌خواهند بستری شوند، فراهم کند. خدمات روئین و اختیاری سم‌زدایی هروئین مشروط به دریافت مجوز قبلی و تنها به‌عنوان خدمات سرپایی پوشش داده می‌شود. خدمات سرپایی حداکثر به یک دوره 21 روزه محدود است. خدمات بستری بیمارستانی باید به بیمارانی که دارای عوارض پزشکی جدی اعتیاد هستند یا بیماران دارای مشکلات پزشکی مرتبط که نیازمند درمان بستری است، محدود شود.	خدمات سرپایی سم‌زدایی هروئین	خدمات سرپایی سم‌زدایی هروئین
X		مزایای دارو برای دینفعان واجد شرایط دوگانه دارای مزایای کامل که طبق بخش D ماده 18 قانون تأمین اجتماعی، واجد شرایط مزایای دارویی هستند.		داروهای بخش D

مزایا از مراقبت‌های مدیریت شده خارج شده است *	مزایا در مراقبت‌های مدیریت شده گنجانده شده است	تعریف	طبقه‌بندی خدمات	خدمات
X	X	مزایای داروخانه‌ای خارج شده به Medi-Cal Rx که مزایای داروخانه‌ای است که صورت‌حساب آن توسط داروخانه و روی برگه درخواست داروخانه صادر می‌شود، محمول شده است، شامل داروهای تحت پوشش سربایی و داروهای تجویز شده توسط پزشک، طبق آنچه در نامه همه طرح‌های Medi-Cal Rx (APL 20-020) تشریح شده است.	خدمات دارویی و داروهای تجویزی	خدمات دارویی و داروهای تجویزی Medi-Cal Rx طبق
	X	مزایای داروخانه‌ای را که صورت‌حساب آن روی درخواست‌های پزشکی و سازمانی صادر می‌شود، پوشش می‌دهد، از جمله داروهای تجویز شده توسط پزشک، سایر داروهای سربایی، داروهای تجویزی، غیر-تجویزی و داروهای تخصصی که طبق آنچه در بالا آمد و توضیحات بیشتری که در نامه تمام طرح‌های Medi-Cal Rx (APL 20-020) آمده است، به Medi-Cal Rx محمول نشده است.	خدمات دارویی و داروهای تجویزی	سایر خدمات دارویی و داروهای تجویزی
	X	داروسازان یک داروخانه محلی که دسته‌های خاصی از داروها را ارائه می‌کنند (تأمین Naloxone (نالوکسان)، داروهای ضدبارداری هورمونی بدون نیاز به تجویز پزشک، درمان جایگزین نیکوتین، پیشگیری دارویی قبل و پس از قرار گرفتن در معرض HIV و شروع و تزریق واکسن‌ها).	خدمات داروسازی	خدمات داروسازی
	X	مراقبت‌های اولیه، خدمات سربایی و خدمات ارائه شده در طول بستری در بیمارستان یا مرکز پرستاری را برای خدمات لازم پزشکی پوشش می‌دهد. می‌تواند برخی خدمات محدود در زمینه سلامت روان را در صورتی که توسط پزشک ارائه شود و برخی درمان‌های محدود حساسیت را پوشش دهد.	خدمات پزشکی	خدمات پزشکی
	X	مراجعه به مطب در صورتی که از نظر پزشکی ضروری باشد، پوشش داده می‌شود. تمام سایر خدمات سربایی مشروط به همان رویه‌های مجوز قبلی هستند که در رابطه با پزشکان وجود دارد و به خدمات پزشکی و جراحی که برای درمان اختلالات پا، قوزک پا، یا تاندون‌هایی که وارد پا می‌شوند، اختلالات ثانویه یا پیچیده‌کننده بیماری‌های مزمن پزشکی یا مواردی که توانایی راه رفتن را به میزان قابل توجهی مختل می‌کنند، محدود می‌شوند. خدماتی که در مواقع اورژانسی ارائه می‌شوند، از دریافت مجوز قبلی معاف هستند.	سایر خدمات پزشکی و خدمات پانزدهگان	خدمات پزشکی
	X	تمام خدمات پیشگیرانه‌ای که در طرح ایالتی تصریح شده است.	خدمات پیشگیرانه	خدمات پیشگیرانه
	X	همه وسایل پروتز و ارتوز لازم برای بازایی عملکرد یا جایگزینی اعضای بدن طبق تجویز پزشک، پانزدهگان یا دندانپزشک دارای مجوز، در حیطه مجوز آنها، در صورتی که توسط متخصص پروتز، متخصص ارتوز یا پزشک دارای مجوز مربوطه ارائه شود، تحت پوشش قرار می‌گیرند.	لوازم پروتز و ارتوز	لوازم پروتز و ارتوز

مزایا از مراقبت‌های مدیریت شده خارج شده است *	مزایا در مراقبت‌های مدیریت شده گنجانده شده است	تعریف	طبقه‌بندی خدمات	خدمات
	X	فیزیوتراپی و کاردرمانی هنگامی پوشش داده می‌شود که توسط افرادی ارائه شود که الزامات مناسب را دارا هستند	فیزیوتراپی و کاردرمانی	فیزیوتراپی و کاردرمانی
	X ²	پرستار شخصی عبارت است از برنامه‌ریزی مراقبت و مراقبت از مشتریان توسط پرستاران، چه پرستار ثبت‌شده و چه پرستار تجربی دارای مجوز برای افراد زیر سن 21 سال.	EPST	پرستار شخصی
	X	مرکزی که خدمات درمان و آموزش توانبخشی را به صورت سرپایی ارائه می‌دهد. این مرکز ممکن است کاردرمانی، فیزیوتراپی، حرفه‌آموزی و آموزش‌های ویژه را ارائه کند.	خدمات توانبخشی	خدمات سرپایی مرکز توانبخشی
	X	مرکزی که یک برنامه چندرشته‌ای یکپارچه توانبخشی را که برای ارتقا یا حفظ عملکرد بدنی بیماران طراحی شده است، ارائه می‌دهد.	خدمات توانبخشی	خدمات مرکز توانبخشی
	X	ارائه‌دهنده‌ای که در زمینه مراقبت‌های تنفسی آموزش دیده و مجوز دریافت کرده است تا درمان، مدیریت، توانبخشی، ارزیابی تشخیصی و مراقبت از بیماران دارای نقص و ناهنجاری که بر سیستم ریوی و جنبه‌های قلبی ریوی و سایر سیستم‌ها تأثیر می‌گذارد را ارائه دهد.	خدمات پزشکی	خدمات مراقبت‌های تنفسی
	X	خدمات تشریح شده در U.S.C 42. بخش (B)(2)(a) 1396 که توسط درمانگاه سلامت روستایی طبق تعریف U.S.C 42. بخش (1)(I) 1396d ارائه می‌شود.	خدمات درمانگاه سلامت روستایی	خدمات درمانگاه سلامت روستایی
	X	خدمات مترجم زبان اشاره می‌تواند برای خدمات مراقبت‌های ضروری سلامت مورد استفاده قرار گیرد	خدمات مترجم زبان اشاره	دامنه خدمات مترجم زبان اشاره
X		بیمارستان‌های ایالت California، خدمات درمان بستری را برای اهالی California که دارای بیماری‌های روانی جدی هستند، ارائه می‌دهند. بیمارستان‌های فدرال خدماتی را برای گروه‌های خاصی از جمعیت از قبیل نظامیان ارائه می‌دهد که دولت فدرال مسئولیت آن را بر عهده دارد.		خدمات ارائه شده در یک بیمارستان ایالتی یا فدرال
		خدمات توانبخشی که شامل خدمات سلامت روان، خدمات پشتیبانی دارویی، درمان روزانه فشرده، توانبخشی روزانه، مداخله در بحران، تثبیت پس از بحران، خدمات درمان در مرکز شبانه‌روزی بزرگسالان، خدمات شبانه‌روزی مقابله با بحران و خدمات مرکز بهداشت روان می‌شود.		خدمات تخصصی سلامت روان
	X ⁹	خدمات تخصصی توانبخشی تحت پوشش قرار می‌گیرد. این خدمات شامل ادامه خدمات درمانی آغاز شده در بیمارستان که از نظر پزشکی ضروری است یا درمان فشرده کوتاه‌مدت که انتظار می‌رود به بهبود عملکرد بینجامد و منجر به (1) سطحی بالاتر و پایدار از خودمراقبتی و ترخیص به خانه یا (2) سطح پایین‌تری از مراقبت شود.	خدمات توانبخشی	خدمات تخصصی توانبخشی در مراکز پرستاری تخصصی و خدمات تخصصی سلامت روان در مراکز مراقبت‌های متوسط
	X ¹³			خدمات تخصصی سلامت روان

مزایا از مراقبت‌های مدیریت شده خارج شده است *	مزایا در مراقبت‌های مدیریت شده گنجانده شده است	تعریف	طبقه‌بندی خدمات	خدمات
	X	خدمات آسیب‌شناسی گفتار هنگامی پوشش داده می‌شود که توسط افرادی ارائه شود که الزامات مناسب را دارا هستند.	آسیب‌شناسی گفتار	آسیب‌شناسی گفتار
	X	خدمات سقط جنین با بودجه ایالتی که از طریق قرارداد ثانویه ارائه می‌شوند.		خدمات تحت حمایت ایالت
	X	خدمات انتقال به بخش فرعی بیمارستان، خدمات مراقبت‌های بستری اضافی برای افرادی است که واجد شرایط هستند و قبل از برگشتن به خانه به مراقبت‌های اضافی نیاز دارند.	خدمات بستری بیمارستانی	خدمات انتقال به بخش فرعی بیمارستان
X		افرادی که واجد شرایط دریافت خدمات مدیریت هدفمند پرونده هستند، شامل گروه‌های ذینفع Medi-Cal نیز می‌باشند: (1) کودکان دارای خطر بالا، زیر 21 سال، (2) افرادی که از نظر پزشکی دارای شرایط شکننده هستند؛ (3) کودکانی که دارای طرح آموزش فردی یا طرح خدمات خانواده فردی هستند؛ (4) افرادی که در معرض خطر پیامدهای منفی بستری در مراکز نگهداری هستند؛ (5) افرادی که در معرض خطر پیامدهای منفی سلامتی یا روانی-اجتماعی هستند؛ و (6) افراد مبتلا به یک بیماری مسری. خدمات مدیریت هدفمند پرونده شامل حداقل یکی از اجزای خدمات زیر می‌شود: یک ارزیابی مستند جهت شناسایی نیازهای ذینفع، تدوین یک طرح خدمات فردی جامع و کتبی، پیاده‌سازی طرح خدمات شامل ارتباط، مشورت و ارجاع به ارائه‌دهندگان خدمات، کمک در زمینه دسترسی به خدمات شناسایی شده در طرح خدمات، برنامه‌ریزی کمک در مواقع بحران برای هماهنگی و تدارک خدمات فوری یا درمان لازم در شرایطی که به نظر می‌رسد ماهیت اورژانسی دارند یا برای جلوگیری، حذف یا تسکین وضعیتی بحرانی برای یک ذینفع خاص، به توجه یا حل و فصل فوری نیاز دارند، بررسی دورهای پیشرفت ذینفع در راستای دستیابی به نتایج خدمات مشخص شده در طرح خدمات برای تعیین اینکه آیا خدمات فعلی باید ادامه یابد، اصلاح شده یا متوقف شود.	مدیریت هدفمند پرونده	خدمات مدیریت هدفمند پرونده (ارائه شده توسط آژانس‌های دولتی محلی)
	X	تمرکز بر انتقال مراقبت از سریالی به بستری. هماهنگ‌کنندگان مراقبت‌های بستری، همراه با ارائه‌دهندگانی از محیط‌های مختلف در طول دوره مراقبت باید امکان انتقالی امن و باکیفیت را فراهم کنند.	خدمات مرکز پرستاری و مراقبت‌های بستری انتقالی	خدمات مراقبت‌های بستری انتقالی
X		مراقبت و درمان بیماری سل (TB) را مطابق دستورالعمل‌های توصیه شده توسط «انجمن قفسه سینه آمریکا» و «مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری» پوشش می‌دهد.	خدمات مرتبط با TB (سل)	خدمات مرتبط با بیماری سل (TB) (ارائه شده توسط ادارات بهداشت محلی شهرستان)

¹ پوشش و بازپرداخت هزینه واکسن‌های COVID-19 و تزریق آن از حوزه مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal برای تمام جمعیت‌های واجد شرایط خارج شده و منحصرأ از طریق سیستم هزینه در برابر خدمات توسط تمام ارائه‌دهندگان ذی‌ربط پوشش داده و بازپرداخت می‌شود.

² پوشش مزایا تنها محدود به ذینفعان زیر سن 21 سال برای خدمات ارائه شده بر اساس الزامات EPSDT می‌باشد.

³ خدمات کودکان California (CCS) در شهرستان‌های COHS به استثنای شهرستان Ventura (طرح سلامت Gold Coast) پوشش داده می‌شود. CCS در شهرستان‌های غیر-COHS و شهرستان Ventura پوشش داده نمی‌شود.

- 4 پوشش کاپروپراکتیک تنها محدود به دینفعان «گروه‌های معاف» است؛ 1) دینفعان زیر سن 21 سال برای خدمات ارائه شده بر اساس برنامه EPSDT؛ 2) دینفعان ساکن در SNF (مرکز پرستاری سطح A و سطح B) شامل مراکز مراقبت‌های تحت حاد؛ 3) دینفعانی که باردار هستند؛ 4) دینفعان CCS؛ 5) دینفعان ثبت‌نام شده در PACE؛ 6) دینفعانی که خدمات را در FQHC یا RHC دریافت می‌کنند؛ و 7) دینفعان سریانی بیمارستان. خدمات کاپروپراکتیک در درمانگاه‌های سلامت بومیان به جز برای کسانی که در گروه‌های معاف هستند، در دسترس نمی‌باشد.
- 5 پوشش مزایا مشروط به تأیید فدرال در طرح ایالتی Medi-Cal می‌باشد.
- 6 خدمات دندان‌پزشکی برای طرح سلامت San Mateo وارد مراقبت‌های مدیریت‌شده شده است.
- 7 ساخت عدسی عینک در سراسر ایالت به آزمایشگاه‌های اپتیکال قراردادی FFS Medi-Cal واگذار شده است، به استثنای عدسی‌های تخصصی (شامل لنزهایی که از محدوده قرارداد آزمایشگاه فراتر می‌روند)، که در حوزه مسئولیت طرح مراقبت مدیریت‌شده باقی مانده است.
- 8 پوشش و بازپرداخت هزینه آزمایش COVID-19 در محیط مدرسه، از حوزه مراقبت‌های مدیریت‌شده خارج می‌شود و از طریق سیستم هزینه در برابر خدمات ایالت پوشش داده و بازپرداخت می‌شود.
- 9 در شهرستان‌های غیر-COHS، تنها برای ماه پذیرش و ماه بعد از آن پوشش داده می‌شود. خدمات در شهرستان‌های COHS پوشش داده می‌شود.
- 10 این خدمات تنها در شهرستان‌های مجاز دینفع واجد شرایط MLTSS تحت مراقبت‌های مدیریت شده پوشش داده می‌شود: Los Angeles، Orange، Riverside، San Bernardino، San Diego، San Mateo، Santa Clara و مزایای IHSS بخشی از این خدمات تحت پوشش نمی‌باشد.
- 11 ساکنان ICF-DD از ثبت‌نام طرح مراقبت‌های مدیریت شده در شهرستان‌های «اینگار مراقبت هماهنگ» معاف هستند.
- 12 خدمات ارائه شده توسط پزشکان مراقبت‌های اولیه؛ روان‌پزشکان؛ روانشناسان؛ مددکاران اجتماعی بالینی دارای مجوز؛ یا سایر ارائه‌دهندگان تخصصی مراقبت‌های سلامت روان.
- 13 اعضای Kaiser Health plan for Partnership Solano County در خدمات تخصصی سلامت روان و GMC Kaiser خدمات تخصصی سلامت روان، بستری و سریانی را پوشش می‌دهد.
- اعضای Kaiser در شهرستان‌های Solano و Sacramento تا 2023/1/7 وارد مراقبت‌های مدیریت‌شده شده‌اند.

اطلاعیه عدم تبعیض

تبعیض برخلاف قانون است. Wellcare by Health Net تابع قوانین ایالتی و فدرال حقوق مدنی است. Wellcare By Health Net بر مبنای جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی یا تمایل جنسی افراد را مورد تبعیض قرار نمی‌دهد یا با آن‌ها رفتار متفاوتی ندارد.

Wellcare by Health Net این خدمات را ارائه می‌کند:

- کمک‌ها و خدمات رایگان برای افراد معلول و کمک به آن‌ها در برقراری ارتباط بهتر، مانند:
 - مترجمان مجرب زبان اشاره
 - اطلاعات مکتوب در قالب‌های دیگر (چاپ درشت، قالب صوتی، قالب‌های الکترونیک دسترس‌پذیر، قالب‌های دیگر)
- خدمات رایگان زبانی به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:
 - مترجمان شفاهی واجد شرایط
 - اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با Wellcare by Health Net به شماره **1-800-431-9007** تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، می‌توانید در 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با ما تماس بگیرید. و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با ما تماس بگیرید. از سیستم پیام‌رسانی بعد از ساعات کاری، آخر هفته‌ها و تعطیلات رسمی فدرال استفاده می‌شود. اگر مشکلات شنوایی یا گفتاری دارید، لطفاً با **TTY 711** تماس بگیرید. در صورت درخواست، این سند در قالب خط بریل، چاپ درشت، نوار صوتی یا قالب الکترونیکی قابل ارائه به شما است. برای دریافت یک نسخه در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً تماس بگیرید یا با نشانی زیر مکاتبه پستی کنید:

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

نحوه ارائه شکایت

اگر فکر می‌کنید که Wellcare By Health Net این خدمات را ارائه نکرده یا به هر شکل دیگری بر مبنای جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی یا گرایش جنسی رفتاری تبعیض‌آمیز داشته است، می‌توانید نزد بخش خدمات اعضا شکایت خود را مطرح کنید. می‌توانید شکایت خود را تلفنی، کتبی از طریق پست، حضوری یا الکترونیکی ثبت کنید:

- **تلفنی:** با هماهنگ‌کننده حقوق مدنی Wellcare By Health Net به شماره **1-866-458-2208** تماس بگیرید. روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر. یا اگر مشکل شنیداری یا گفتاری دارید، لطفاً با TTY 711 تماس بگیرید.
- **از طریق پست:** فرم شکایت پر کنید یا نامه بنویسید و آن را به نشانی زیر ارسال کنید:

Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. BOX 9103
Van Nuys, CA 91409-9103

- **حضوری:** به مطب پزشک خود یا Wellcare By Health Net بروید و بگویید می‌خواهید شکایت ثبت کنید.
- **به صورت الکترونیک:** به وبسایت Wellcare by Health Net به نشانی **wellcare.com/healthnetCA** مراجعه کنید.

دفتر حقوق مدنی – سازمان خدمات درمانی California

همچنین می‌توانید به صورت تلفنی، کتبی یا الکترونیکی یک شکایت حقوق مدنی نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت سلامت California ثبت کنید:

- **تلفنی:** با **1-916-440-7370** تماس بگیرید. اگر مشکل شنیداری یا گفتاری دارید، لطفاً با **TTY 711** (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرید.

- **از طریق پست:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به نشانی زیر ارسال کنید:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. BOX 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

فرم‌های شکایت در http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx موجود است.

- **به صورت الکترونیک:** به CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل بفرستید.

دفتر حقوق مدنی – وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا

اگر فکر می‌کنید که بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، ناتوانی یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید به صورت تلفنی، مکاتبه پستی یا الکترونیکی، شکایتی را نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا ثبت کنید:

- **تلفنی:** با **1-800-368-1019** تماس بگیرید. اگر مشکل شنوایی یا گفتاری دارید، لطفاً با **TTY/TDD 1-800-537-7697** تماس بگیرید.

- **از طریق پست:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به نشانی زیر 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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود است.

- **به صورت الکترونیک:** به درگاه شکایات حقوق مدنی به این نشانی 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: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。這些服務為免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntiv 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 buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਲੋਂ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਲੋਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ਼ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕੁਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

چک لیست قبل از ثبت نام

قبل از تصمیم گیری برای ثبت نام، بسیار مهم است که مزایا و قوانین ما را به طور کامل درک کنید. اگر هر گونه سؤالی دارید، می توانید با نماینده مرکز خدمات مشتری به شماره (TTY: 711) 1-844-917-0175 تماس بگیرید. ساعات کاری از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب (تمام مناطق زمانی) است.

درک مزایا

- ☐ مدرک پوشش (EOC) لیست کاملی از تمام پوشش ها و خدمات را ارائه می کند. بسیار مهم است که قبل از ثبت نام، پوشش، هزینه ها و مزایای طرح را بررسی کنید. از سایت www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید یا با شماره (TTY: 711) 1-844-917-0175 تماس بگیرید تا بتوانید نسخه ای از EOC را مشاهده کنید. ساعات کاری از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب (تمام مناطق زمانی) است.
- ☐ فهرست ارائه کنندگان را بررسی کنید (یا از پزشک خود سؤال کنید) تا مطمئن شوید که پزشکی که اکنون به آنها مراجعه می کنید، جزء شبکه هستند. اگر در فهرست قرار ندارند، به این معنا است که احتمالاً باید پزشک جدیدی انتخاب کنید.
- ☐ فهرست داروخانه ها را بررسی کنید تا اطمینان حاصل کنید که داروخانه ای که برای داروهای تجویزی استفاده می کنید، جزء شبکه است. اگر آن داروخانه در فهرست قرار ندارد، احتمالاً باید داروخانه جدیدی برای نسخه های خود انتخاب کنید.
- ☐ برای اطمینان از اینکه داروهای شما تحت پوشش است، دارونامه را بررسی کنید.

درک قوانین مهم

- ☐ شما علاوه بر پرداخت حق بیمه ماهانه خود، باید به پرداخت حق بیمه Medicare بخش B خود ادامه دهید. این حق بیمه معمولاً هر ماه از چک تأمین اجتماعی شما کسر می شود.
- ☐ مزایا، حق بیمه ها و یا سهم بیمه شده/بیمه مشترک ممکن است در تاریخ 1 ژانویه 2025 تغییر کند.
- ☐ **تأثیر بر پوشش فعلی.** اگر در حال حاضر در طرح Medicare Advantage ثبت نام شده اید، هنگامی که پوشش Medicare Advantage جدید شما آغاز شود، پوشش فعلی مراقبت های بهداشتی Medicare Advantage شما به پایان خواهد رسید. اگر دارای Tricare هستید، هنگامی که پوشش جدید Medicare Advantage شما آغاز شود، پوشش شما ممکن است تحت تأثیر قرار بگیرد. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً با Tricare تماس بگیرید. اگر دارای طرح Medigap هستید، هنگامی که پوشش Medicare Advantage شما آغاز شود، ممکن است بخواهید بیمه نامه Medigap خود را رها کنید چون هزینه پوششی را پرداخت می کنید که نمی توانید استفاده کنید.
- ☐ **برای طرح های HMO، CSNP و DSNP:** ما جز در موارد اورژانسی یا فوری، خدمات ارائه شده توسط ارائه دهندگان خارج از شبکه (پزشکانی که در فهرست ارائه کنندگان قرار ندارند) را پوشش نمی دهیم.
- ☐ این طرح یک طرح نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (D-SNP) می باشد. توانایی شما برای ثبت نام بسته به تأیید این موضوع خواهد داشت که هم واجد شرایط Medicare و هم کمک پزشکی از یک طرح ایالتی تحت Medicaid می باشید.

Wellcare برند Medicare برای Centene Corporation و یک طرح HMO، PPO، PFFS و PDP تحت قرارداد Medicare و حامی مالی مورد تأیید بخش D است. طرح‌های D-SNP ما با برنامه ایالتی Medicaid قرارداد دارند. ثبت نام در طرح‌های ما منوط به تمدید قرارداد است.

ارائه‌دهندگان خارج از شبکه/فاقد قرارداد هیچ تعهدی در قبال درمان اعضای طرح، به جز در شرایط اضطراری، ندارند. برای کسب اطلاعات بیشتر، از جمله درباره تسهیم هزینه مربوط به خدمات خارج از شبکه، با شماره تلفن مرکز خدمات مشتریان ما تماس بگیرید یا به مدرک پوشش خود مراجعه کنید.

تماس با ما

برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً با ما تماس بگیرید:

به صورت تلفنی

با تلفن رایگان به شماره (TTY: 711) 1-844-917-0175 تماس بگیرید. تماس شما ممکن است توسط یک کارشناس دارای مجوز پاسخ داده شود.



ساعات کار

دوشنبه - یکشنبه، 8 صبح - 8 شب (تمام مناطق زمانی)



آنلاین

www.wellcare.com/healthnetCA

