Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

دفترچه راهنمای اعضا

H3561_008_2025_CA_EOC_DSNP_155268L_C

CA5CNCEOC60374L_0008_FAR
H3561008000

این صفحه عمداً خالی گذاشته شده است

زبان‌ها و قالب‌های دیگر

زبان‌های دیگر

این دفترچه راهنمای اعضا و سایر محتویات طرح را می‌توانید بدون پرداخت هزینه به زبان‌های دیگری نیز دریافت کنید. Wellcare by Health Net ترجمه کتبی از مترجمان باتجربه ارائه می‌دهد. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر درباره خدمات زبانی برای مراقبت از سلامت، از جمله مترجم شفاهی و خدمات ترجمه، به دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

قالب‌های دیگر

این اطلاعات را می‌توانید به‌طور رایگان در قالب‌های مانند خط بریل، چاپ فونت بزرگ 20 نقطه‌ای، فایل صوتی، قالب قابل‌دسترسی الکترونیکی دریافت کنید. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)
H3561_008_2025_CA_EOC_DSNP_155268E_C

خدمات مترجم شفاهی

Wellcare by Health Net خدمات ترجمه شفاهی (شامل زبان اشاره) را با استفاده از خدمات مترجمان باتجربه به‌صورت 24 ساعته بدون هیچ هزینه‌ای برای شما ارائه می‌دهد. نیازی نیست که از یکی از اعضای خانواده یا دوستان بخواهید که برای شما ترجمه کند. توصیه می‌کنیم از افراد خردسال به‌عنوان مترجم استفاده نکنید مگر اینکه حالت اضطراری باشد. مترجم شفاهی و خدمات زبانی و فرهنگی به‌رایگان دردسترس شما قرار می‌گیرند. این کمک‌ها 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته دردسترسند. برای دریافت راهنمایی درباره زبان خود یا دریافت این دفترچه راهنمای اعضا به زبانی دیگر، با «خدمات اعضا» به این شماره تماس بگیرید: 1-800-431-9007 (TTY: 711). این تماس رایگان است.

1 ژانویه تا 31 دسامبر 2025

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

مقدمه دفترچه راهنمای اعضا

این دفترچه *راهنمای اعضا* ، که با عنوان *شواهد پوشش* نیز شناخته می‌شود، شامل اطلاعاتی درباره پوشش‌دهی تحت طرح ما تا 31 دسامبر 2025 است. در این دفترچه درباره خدمات مراقبت درمانی، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مربوط به اعتیاد)، پوشش داروی تجویزی و خدمات و حمایت‌های بلندمدت توضیحاتی ارائه شده است. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در **فصل 12** دفترچه *راهنمای اعضا* آمده است.

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

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

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

با تماس با بخش «خدمات اعضا» با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) می‌توانید این سند را به‌طور رایگان در قالب‌های دیگر، ازجمله حروف درشت، حروف بریل، و/یا فایل صوتی دریافت کنید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.

Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود که اطلاعات طرح سلامت خود را درک کرده‌اید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. به این درخواست «تقاضای ثابت» گفته می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.

لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

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

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

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.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711).
تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，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。

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)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।** 1-800-431-9007 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces 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 pab dawb xwb.

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）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

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. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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

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.

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.

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). Libre ang mga serbisyong ito.

โปรดทราบ: **หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร** 1-800-431-9007 (TTY: 711) **นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารทีเป็นอักษรเบรลล์และเอกสารทีใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร** 1-800-431-9007 (TTY: 711) **บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย**

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 безкоштовні.

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 miễn phí.

دفترچه راهنمای اعضای Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) سال 2025

فهرست مطالب

فصل 1	شروع به کار به عنوان یک عضو	9
فصل 2	شماره تلفن‌ها و منابع مهم	19
فصل 3	استفاده از پوشش طرح ما برای خدمات مراقبت از سلامت و سایر خدمات تحت پوشش	39
فصل 4	نمودار مزایا	64
فصل 5	دریافت داروهای سرپایی	131
فصل 6	هزینه‌ای که برای داروهای تجویزی Medi-Cal و Medicare پرداخت می‌کنید	149
فصل 7	درخواست پرداخت سهم هزینه از مبلغ قبض‌هایی که برای داروها یا خدمات تحت پوشش دریافت می‌کنید	156
فصل 8	حقوق و مسئولیت های شما	163
فصل 9	در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم درباره پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت)	186
فصل 10	پایان دادن به عضویت در طرح	227
فصل 11	اعلامیه‌های حقوقی	236
فصل 12	تعریف واژه‌های مهم	243

سلب مسئولیت

- Wellcare نام تجاری Medicare برای Centene Corporation، یک طرح HMO، PPO، PFFS، PDP با قرارداد Medicare است و یک حامی تایید شده بخش D می‌باشد. طرح‌های D-SNP ما با برنامه ایالتی Medicaid قرارداد دارد. ثبت‌نام در طرح‌های ما به تمدید قرارداد بستگی دارد.
- ارائه دهندگان خارج از شبکه/فاقد قرارداد هیچ تعهدی در قبال درمان اعضای طرح ندارند بجز در موارد اورژانسی. برای اطلاعات بیشتر از جمله تسهیم هزینه خدمات خارج از شبکه با مرکز خدمات اعضای ما تماس بگیرید یا به دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- Wellcare مورد تأیید Medicare، این مزایا را به عنوان بخشی از برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (Value-Based Insurance Design) ارائه می‌کند. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد راه های جدیدی را برای بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند
- بر اساس مرور «مدل مراقبتی»، Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) توسط «کمیته ملی تضمین کیفیت» (NCQA) برای اجرای «طرح نیازهای ویژه» (SNP) تا سال 2025 به تأیید رسیده است.
- پوشش تحت Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) پوشش درمانی واجد شرایطی است که «حداقل پوشش ضروری» نامیده می‌شود. این پوشش الزام مسئولیت مشترک فردی مربوط به قانون محافظت از بیمار و ارائه خدمات درمانی کم‌هزینه (ACA) را برآورده می‌کند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد شرایط لازم و تعهدات مشترک افراد، به وب‌سایت خدمات درآمد داخلی (IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families مراجعه کنید.

فصل 1 شروع به کار به عنوان یک عضو

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی درباره طرح سلامت Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) است که همه خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد و همه خدمات Medicare و Medi-Cal شما و عضویت شما در آن را هماهنگ می‌کند. همچنین به شما می‌گوید که چه انتظاری داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. کلیدواژه‌ها و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه *راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. به طرح ما خوش آمدید 10

B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal 10

B1. Medicare 10

B2. Medi-Cal 11

C. مزایای طرح ما 11

D. منطقه خدماتی طرح ما 12

E. چه چیز باعث می‌شود واجد شرایط عضویت در طرح باشید 12

F. انتظارات شما وقتی اولین‌بار عضو طرح سلامت ما می‌شوید 13

G. تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما 14

G1. تیم خدمات درمانی 14

G2. طرح خدمات درمانی 14

H. هزینه‌های ماهانه برای Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 14

H1. حق بیمه طرح 14

I. دفترچه *راهنمای اعضا* 15

J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید 15

J1. از کارت شناسایی عضویت شما 15

J2. *فهرست راهنمای داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان* 16

J3. *فهرست داروهای تحت پوشش* 17

J4. *توضیح مزایا* 17

K. به‌روز نگه داشتن سابقه عضویت 18

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI) 18

A. به طرح ما خوش آمدید

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

تجربه‌ای که می‌توانید روی آن حساب کنید

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

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

- ما به خدمات مشتریان فوق‌العاده‌مان افتخار می‌کنیم؛ این خدمات با توجه و رسیدگی دقیق، مثبت و شخصی به شما که عضو ما هستید ممکن شده‌اند. کارکنان آموزش‌دیده «خدمات اعضا» شما را منتظر نخواهند گذاشت و می‌توانند با استفاده از خدمات ترجمه شفاهی، به چند زبان از شما پشتیبانی کنند. برای کمک به شما در استفاده از مزایا، خدمات «ویژه» در اختیارتان قرار می‌دهیم و شما را همچون خانواده خود می‌دانیم تا از این طریق بتوانیم به سرعت پاسخگوی نیازهای درمانی شما باشیم.
- ما حدود 25 سال است که مشغول ایجاد شبکه‌های ارزشمندی از پزشکان هستیم. پزشکان و متخصصان شبکه ما در گروه‌های پزشکی همکاری می‌کنند تا اطمینان حاصل کنند که شما مراقبت‌های لازم را هنگام نیاز دریافت کنید.
- جامع شما، جامعه ما است – ما یک شرکت ملی با حضور محلی هستیم. بسیاری از کارکنان ما در محل سکونت شما زندگی می‌کنند. ما در موارد زیر از جامعه محلی خود حمایت می‌کنیم::
  - معاینات غربالگری سلامت در همایش‌های محلی بهداشتی و مراکز اجتماع محلی
  - کلاس‌های رایگان آموزش سلامت

B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare نام برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر است:

- اشخاص 65 ساله یا بالاتر،
- برخی افراد زیر 65 سال که ناتوانی‌های خاصی دارند، و
- اشخاص مبتلا به بیماری کلیوی لاعلاج (نارسایی کلیه).

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

B2. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه Medicaid ایالت California است. Medi-Cal توسط دولتی ایالتی ارائه شده و هزینه آن توسط دولت‌های ایالتی و فدرال تأمین می‌شود. Medi-Cal به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS) و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند. این برنامه خدمات و داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند را پوشش می‌دهد.

هر ایالت درباره موارد زیر تصمیم‌گیری می‌کند:

- چه مواردی شامل درآمد و منابع مالی می‌شوند،
- چه کسانی واجد شرایط هستند؟
- چه خدماتی تحت پوشش است، **و**
- هزینه خدمات.

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

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

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

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

C. مزایای طرح ما

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

کمک می‌کنیم مزایای Medicare و Medi-Cal عملکرد مشترک بهتری برای شما داشته باشند. برخی از مزایا عبارتند از:

- شما می‌توانید **بیشتر** نیازهای مراقبت‌های سلامت خود را از ما دریافت کنید.
- شما یک تیم مراقبت دارید که به آنها کمک می‌کنید امور را سر و سامان دهند. تیم مراقبتی شما ممکن است شامل خود شما، مراقبان شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران و سایر متخصصان سلامت باشد.
- شما به یک هماهنگ‌کننده مراقبت دسترسی خواهید داشت. فردی است که با شما، با طرح ما، و با تیم مراقبتی شما برای تهیه طرح مراقبتی همکاری می‌کند.
- شما می‌توانید مراقبت از خودتان را با کمک تیم مراقبتی و هماهنگ‌کننده مراقبت مدیریت کنید.

- تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت با شما همکاری می‌کنند تا طرح مراقبتی تدارک شود که برای رفع نیازهای مراقبتی **شما** طراحی شده باشد. تیم مراقبت به هماهنگ‌سازی خدمات مورد نیاز شما کمک خواهد کرد. به عنوان مثال تیم مراقبت شما اطمینان حاصل می‌کند که:
  - پزشکان شما از کلیه داروهای مورد استفاده شما آگاه هستند تا اطمینان حاصل شود که داروهای صحیح را دریافت خواهید کرد و آنها می‌توانند عوارض جانبی احتمالی حاصل از داروها را کم کنند.
  - نتایج آزمایش شما در صورت لزوم با همه پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان به اشتراک گذاشته می‌شود.

اعضای جدید Wellcare Dual Align (HMO D-SNP): در بیشتر موارد، شما در روز نخست ماه پس از درخواست عضویت در طرح ما، در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) برای مزایای Medicare ثبت‌نام خواهید شد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید، لطفاً با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

D. منطقه خدماتی طرح ما

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

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

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

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

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

- در منطقه خدماتی ما زندگی کنید (افراد زندانی حتی اگر از نظر فیزیکی در منطقه خدمات باشند به معنای این نیست که در اینجا زندگی می‌کنند) **و**
- در زمان ثبت نام 21 ساله یا بیشتر باشید، **و**
- هر دو مورد Medicare Part A و Medicare Part B را داشته باشید، **و**
- شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید،**و**
- در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط باشید، **و**

اگر دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نبودید اما احتمال آن وجود داشته باشد که ظرف 6 ماه دوباره آن را به دست آورید در این صورت همچنان برای طرح ما واجد شرایط هستید.

برای اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

F. انتظارات شما وقتی اولین‌بار عضو طرح سلامت ما می‌شوید

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

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

برای تکمیل HRA با شما تماس می‌گیریم. ما می‌توانیم HRA را از طریق دیدار حضوری، تماس تلفنی یا از طریق پست تکمیل کنیم.

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

اگر طرح ما برای شما جدید است، می‌توانید تا مدت معینی به پزشکان فعلی‌تان مراجعه کنید، حتی اگر در شبکه ما نباشند. ما این را تداوم مراقبت می‌نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، می‌توانید ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را در زمان ثبت‌نام تا 12 ماه در صورت رعایت همه شرایط زیر حفظ کنید:

- شما، نماینده یا ارائه‌دهنده شما از ما می‌خواهید که به شما اجازه دهیم از ارائه‌دهنده فعلی خود استفاده کنید.
- ما ثابت می‌کنیم که شما با یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا تخصصی، به استثنای برخی موارد، رابطه فعلی دارید. منظور ما از «رابطه فعلی» به این معنی است که شما در خلال 12 ماه قبل از تاریخ عضویت اولیه خود در طرح ما حداقل یکبار برای ویزیت‌های غیر اضطراری به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.
  - با بررسی اطلاعات سلامت‌تان که دردسترس است و یا اطلاعاتی که شما به ما ارائه کرده‌اید، ارتباط فعلی شما را تعیین می‌کنیم.
  - ما برای پاسخگویی به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. همچنین شما می‌توانید از ما درخواست کنید تا سریعتر تصمیم گیری کنیم و ما باید ظرف 15 روز به شما پاسخ دهیم. ازطریق تماس با شماره (711 :TTY) 1-800-431-9007 می‌توانید این درخواست را ارائه دهید. اگر سؤالی دارید، از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. اگر در خطر آسیب‌دیدگی باشید، باید ظرف 3 روز پاسخ دهیم.
  - وقتی درخواستی ثبت می‌کنید، شما یا خدمات‌دهنده‌تان باید اسنادی در مورد رابطه موجود را نشان دهید و با شرایط خاصی موافقت کنید.

توجه: می‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان وسیله پزشکی بادوام (DME) برای حداقل 90 روز یا تا زمانی که ما یک اجاره جدید را تأیید کنیم و از یک ارائه‌دهنده شبکه بخواهیم اجاره را تحویل دهد ارائه کنید. اگرچه نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان حمل و نقل یا سایر ارائه‌دهندگان کمکی ارائه کنید، می‌توانید درخواستی برای خدمات حمل و نقل یا سایر خدمات کمکی که در طرح ما نیستند ارائه کنید.

بعد از پایان دوره تداوم دریافت خدمات درمانی لازم است توسط سایر پزشکان یا ارائه‌دهندگان شبکه Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ویزیت شوید که با گروه پزشکی ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما همکاری دارند، مگر اینکه ما با پزشک خارج از شبکه مورد نظر شما توافق‌نامه داشته باشیم. یک ارائه‌دهنده شبکه در واقع ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی همکاری دارد. وقتی در طرح ما ثبت‌نام می‌کنید، به یک گروه پزشکی تحت قرارداد در شبکه Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) تخصیص داده خواهید شد. همچنین به یک PCP از این گروه پزشکی تحت قرارداد اختصاص خواهید یافت. برای انتخاب PCP خود، به وب‌سایت ما در www.wellcare.com/healthnetCA بروید و یک PCP را از شبکه طرح ما انتخاب کنید. خدمات اعضا همچنین می‌تواند به شما در انتخاب PCP کمک کند. هنگامی که PCP خود را انتخاب کردید با خدمات اعضا تماس بگیرید و انتخاب خود را بگویید. PCP شما باید در شبکه ما باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد دریافت مراقبت، به **فصل 3، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (711 :TTY) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

G. تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما

G1. تیم خدمات درمانی

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

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

G2. طرح خدمات درمانی

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

طرح خدمات درمانی شما شامل این موارد می‌باشد:

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

تیم خدمات درمانی شما پس از HRA با شما ملاقات می‌کند. آنها در مورد خدمات مورد نیازتان از شما سوال می‌کنند. آنها همچنین در مورد خدماتی که ممکن است شما علاقمند به دریافت آنها باشید با شما صحبت می‌کنند. طرح خدمات درمانی شما بر اساس نیازها و اهداف شما تهیه شده است. تیم خدمات درمانی‌تان با شما همکاری خواهد کرد تا حداقل هر سال طرح خدمات درمانی خود را به‌روز کنید.

H. هزینه‌های ماهانه برای Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

طرح ما حق بیمه ندارد.

H1. حق بیمه طرح

وقتی که در طرح ما ثبت‌نام کرده باشید، برنامه «کمک اضافی» (Extra Help) حق بیمه Medicare Part D را ازطرف شما پرداخت می‌کند.

I. دفترچه *راهنمای اعضا*

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

می‌توانید از طریق تماس با «خدمات اعضا» از طریق شماره‌های موجود در پایین صفحه، دفترچه *راهنمای اعضا* را درخواست کنید. همچنین می‌توانید به دفترچه *راهنمای اعضا* در وب‌سایت ما در نشانی اینترنتی پایین صفحه مراجعه کنید.

این قرارداد برای ماه‌هایی که در طرح ما ثبت‌نام می‌کنید از 1 ژانویه 2025 تا 31 دسامبر 2025 معتبر است.

J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید

اطلاعات مهم دیگری که در اختیار شما قرار می‌دهیم شامل کارت ID، اطلاعات نحوه دسترسی به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها*، و اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به *فهرست داروهای تحت پوشش* است که *لیست دارو* نیز نامیده می‌شود.

J1. از کارت شناسایی عضویت شما

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

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

تا وقتی در طرح ما عضویت دارید، لزومی ندارد از کارت Medicare خود به رنگ‌های قرمز، سفید و آبی یا کارت Medi-Cal خود برای دریافت بیشتر خدمات استفاده کنید. از این کارت‌ها در محل امنی نگهداری کنید چون ممکن است بعداً به آن‌ها نیاز داشته باشید. اگر کارت Medicare خود را به جای کارت شناسایی عضویت نشان دهید، ارائه‌دهنده ممکن است به جای طرح درمانی ما برای Medicare صورتحساب بفرستد و شما ممکن است صورتحسابی را دریافت نمایید. برای اطلاع از اینکه در صورت دریافت صورت‌حساب از یک ارائه‌دهنده چه کاری باید انجام دهید، به **فصل 7، بخش A** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

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

J2. *فهرست راهنمای داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان*

فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها، ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های موجود در شبکه طرح ما را فهرست کرده است. مادامی که عضو طرح ما هستید، باید از ارائه‌دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید.

می‌توانید از طریق تماس با «خدمات اعضا» از طریق شماره‌های موجود در پایین صفحه، *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* (الکترونیکی یا نسخه کاغذی) را درخواست کنید. درخواست‌ها برای نسخه کاغذی فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها ظرف سه روز کاری به شما پست خواهد شد.

همچنین می‌توانید به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* در نشانی اینترنتی پایین صفحه مراجعه کنید.

ازطریق فهرست ارائه‌دهندگان می‌توانید اطلاعات ارائه‌دهندگان شبکه ازجمله نام،

نشانی، شماره تلفن، تخصص، و موارد دیگر مربوط به آن‌ها را پیدا کنید.

از طریق مرکز خدمات اعضا و این وب‌سایت می‌توانید جدیدترین اطلاعات مربوط به تغییرات ایجاد شده در فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما را دریافت کنید. در فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها متخصصان مراقبت از سلامت(از جمله پزشکان، پرستاران و روانشناسان)، مراکز (مانند بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها)، و ارائه‌دهندگان خدمات پشتیبانی (مانند ارائه‌دهندگان خدمات محلی بزرگسالان) ارائه شده است که شما به‌عنوان یکی از اعضای Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به آن‌ها دسترسی داشته باشید. همچنین فهرست داروخانه‌هایی ارائه شده است که می‌توانید برای دریافت داروی تجویزی به آن‌ها مراجعه کنید. داروخانه‌های موجود در فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها شامل خرده‌فروشان، داروخانه‌های ارسال‌کننده پستی، تزریق در منزل و خدمات مراقبت بلندمدت (LTC) است.

تعریف ارائه‌دهندگان شبکه

- ارائه‌دهندگان شبکه ما شامل موارد زیر می‌شوند:
  - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت از سلامت که به عنوان عضو برنامه می‌توانید به آنها مراجعه کنید؛
  - کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر مکان‌هایی که خدمات سلامت را در طرح ما ارائه می‌کنند؛ **و**،

- LTSS، خدمات سلامت رفتاری، سازمان‌های مراقبت خانگی، ارائه‌دهندگان وسیله پزشکی بادوام (DME)، و دیگرانی که کالاها و خدماتی را ارائه می‌کنند که از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می‌کنید.

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

تعریف داروخانه‌های شبکه

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

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

J3. *فهرست داروهای تحت پوشش*

این طرح شامل *فهرست داروهای تحت پوشش* است. به این فهرست مختصراً «*فهرست داروها*» می‌گوییم. این فهرست به شما می‌گوید که طرح ما کدام داروهای تجویزی را پوشش می‌دهد.

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

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

J4. *توضیح مزایا*

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

در EOB درباره مبلغ کلی که برای داروهای نسخه‌ای Medicare Part D شما هزینه کرده‌اید یا دیگران از جانب شما هزینه کرده‌اند و مبلغ کلی که ما برای هر کدام از داروهای نسخه‌ای Medicare Part D در طول ماه پرداخت کرده‌ایم توضیحاتی ارائه شده است. این EOB یک صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید دارد. **فصل 6، بخش A** دفترچه *راهنمای اعضا* شامل اطلاعات بیشتری در مورد EOB و اینکه چگونه به شما کمک می‌کند پوشش دارویی خود را پیگیری کنید است.

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

K. به‌روز نگه داشتن سابقه عضویت

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

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

فوراً در مورد موارد زیر به ما اطلاع دهید:

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

اگر هرگونه اطلاعات تغییر کند، با خدمات اعضا با شماره های پایین صفحه تماس بگیرید.

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)

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

فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. خدمات اعضا 20
B. هماهنگ‌کننده مراقبت 23
C. برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) 25
D. خط تلفن مشاوره پرستاری 26
E. خط بحران سلامت رفتاری 27
F. سازمان بهبود کیفیت (QIO) 28
G. Medicare 29
H. Medi-Cal 29
I. دفتر بازرسی مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal و سلامت روانی 30
J. خدمات اجتماعی شهرستان 31
K. دفتر خدمات سلامت رفتاری شهرستان 33
L. سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California 35
M. برنامه‌های کمک به افراد در پرداخت هزینه‌های داروهای تجویزی 35
M1. کمک اضافی (Extra Help) 35
N. تأمین اجتماعی 36
O. هیات بازنشستگی راه‌آهن (RRB) 37
P. سایر منابع 37
Q. برنامه Medi-Cal دندان‌پزشکی 38

A. خدمات اعضا

تلفن تماس	1-800-431-9007 این تماس رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه کنید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف مدت یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه کنید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف مدت یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت.
با این آدرس مکاتبه کنید:	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
وب‌سایت	www.wellcare.com/healthnetCA

برای دریافت کمک با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- سؤالات مربوط به طرح
- سؤالاتی در مورد مطالبات یا صورت‌حساب
- تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی مراقبت از سلامت

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- تصمیم در مورد پوشش مراقبت درمانی شما شامل موارد زیر است:
  - مزایای شما و خدمات تحت پوشش، **یا**
  - مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می‌کنیم.
- اگر در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت درمانی خود سؤالی دارید با ما تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش، به **فصل 9، بخش E** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

• تجدیدنظر در مورد مراقبت از سلامت

- تجدیدنظر روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می‌باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده‌ایم و درخواست از ما برای تغییر آن اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم یا با آن مخالف هستید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9، بخش E** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

• شکایت‌های مربوط به مراقبت از سلامت

- می‌توانید درباره ما یا هریک از ارائه‌دهندگان (شامل ارائه‌دهنده خارج شبکه یا داخل شبکه) شکایت کنید. ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح ما کار می‌کند. همچنین می‌توانید شکایتی به ما یا به سازمان بهبود کیفیت (QIO) درباره کیفیت مراقبتی که دریافت کرده‌اید ارائه کنید (به **بخش F** مراجعه کنید).
- برای مطرح کردن شکایت خود می توانید با ما از طریق این شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید: بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
- اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش برای مراقبت از سلامت شما است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به بخش بالای صفحه «» مراجعه کنید).
- شما می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست راهنمایی با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
- می‌توانید با تماس با شماره 1-855-501-3077 از طرح ما به برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal شکایت کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارسال شکایت در مورد مراقبت از سلامت خود، به **فصل 9، بخش K** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

• تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی داروها

- تصمیم در مورد پوشش داروهای شما شامل موارد زیر است:
  - مزایا و داروهای تحت پوشش شما، **یا**
  - مبلغی که ما برای داروهای شما می‌پردازیم.

- داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند، مانند داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر، به وب سایت (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) Medi-Cal Rx مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درخصوص تصمیمات پوشش در مورد داروهای تجویزی‌تان، به **فصل 9، بخش G** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- تجدیدنظر در مورد داروها
  - تجدیدنظر راهی برای درخواست از ما برای ایجاد تغییرات در تصمیم پوشش‌دهی می‌باشد.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درخصوص درخواست تجدیدنظر در مورد داروهای تجویزی‌تان، به **فصل 9، بخش G** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- شکایت در مورد داروها
  - شما می‌توانید در مورد ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این کار شامل شکایت در مورد داروهای تجویزی شما می‌شود.
  - اگر شکایت شما در مورد تصمیم‌گیری پوشش مربوط به داروهای تجویزی است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (به بخش بالا مراجعه کنید)
  - شما می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست راهنمایی با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارسال شکایت برای داروهای تجویزی‌تان، به **فصل 9، بخش K** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- پرداخت هزینه خدمات مراقبت از سلامت یا داروهایی که هزینه‌شان قبلاً پرداخت شده است
  - جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص نحوه درخواست بازپرداخت هزینه یا پرداخت صورت‌حساب دریافتی، به **فصل 7، بخش A** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - اگر برای پرداخت صورتحساب درخواست کنید و ما با هر بخشی از درخواست شما موافقت نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. به **فصل 9، بخش E** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. هماهنگ‌کننده مراقبت

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

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

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

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

تلفن تماس	1-833-340-0083 این تماس رایگان می‌باشد. نمایندگان از دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت شرقی (EST) دردسترسند ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. نمایندگان از دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت شرقی (EST) دردسترسند
با این آدرس مکاتبه کنید:	Wellcare By Health Net Attention: Care Coordination Team PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
وب‌سایت	www.wellcare.com/healthnetCA

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

- سؤالات در مورد مراقبت درمانی شما

- سؤالات مربوط به سلامت رفتاری (خدمات مربوط به اختلالات سلامت روانی و سوء مصرف مواد مخدر)
- سوالات مربوط به مزایای دندانپزشکی
- سوالات مربوط به جابه‌جایی به قرارهای ملاقات پزشکی
- سؤالات مربوط به خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS) شامل خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS) و مراکز پرستاری (NF).

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات محلی بزرگسالان (CBAS)
- مراقبت پرستاری تخصصی
- فیزیوتراپی
- کاردرمانی
- گفتاردرمانی
- خدمات پزشکی و اجتماعی
- مراقبت از سلامت در خانه
- خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS) از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستان
- گاهی اوقات می‌توانید کمک‌هایی را در رابطه با مراقبت از سلامت و نیازهای زندگی روزمره‌تان دریافت کنید
- خدمات پشتیبانی محلی

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

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

- نیازهایی که به اندازه کافی قابل توجه هستند تا واجدشرایط سطح مراقبت A در مرکز پرستاری (NF-A) باشند، مانند نیاز به خدمات پرستاری ماهر، معاینه پرستاری ماهر، مدیریت دارو، کمک به افراد دارای محدودیت‌های فیزیکی و/یا محدودیت‌های ذهنی یا بیشتر.
- معلولیت متعادل تا شدید ذهنی، شامل Alzheimer یا سایر زوال‌های ذهنی متعادل تا شدید
- ناتوانی رشدی
- معلولیت ذهنی خفیف تا متوسط، شامل Alzheimer یا زوال ذهنی و نیاز به

امداد یا نظارت برای دو مورد زیر:

- حمام کردن
- راه رفتن
- غذا خوردن مستقل
- مدیریت دارویی
- توالت رفتن
- نظافت

- بیماری مزمن روانی یا مصدومیت مغزی و نیاز به امداد یا نظارت برای دو مورد زیر:
  - حمام کردن
  - توالت رفتن
  - لباس پوشیدن
  - راه رفتن
  - غذا خوردن مستقل
  - انتقال
- مدیریت دارویی یا نیاز به کمک یا نظارت برای یکی موارد فوق و یکی از موارد زیر:
  - نظافت
  - مدیریت مالی
  - دسترسی به منابع
  - تهیه خوراک
  - حمل و نقل
- انتظار منطقی مبنی بر اینکه خدمات پیشگیری، میزان کنونی عملکرد را حفظ کرده یا بهبود خواهند داد (برای مثال در موارد آسیب مغزی ناشی از شوک یا عفونت)
- پتانسیل زیاد برای تخریب بیشتر و احتمال بستری دائم در مؤسسات درمانی اگر CBAS موجود نباشد (برای مثال، در موارد غدد مغزی یا زوال ذهنی مربوط به HIV)

C. برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP)

برنامه کمک بیمه درمانی ایالتی (SHIP) در واقع مشاوره بیمه درمانی رایگان را در اختیار اشخاصی قرار می‌دهد که در Medicare عضو هستند. SHIP در California، برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) نامیده می‌شود. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهد و کمک کنند بدانید برای مدیریت مشکل خود چه کار کنید. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر شهرستان دارد و خدمات رایگان ارائه می‌دهد.

HICAP با هیچ شرکت بیمه یا طرح درمانی مرتبط نمی‌باشد.

تلفن تماس	1-800-434-0222 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی، دوشنبه تا جمعه
TTY	711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه، از 9:00 صبح تا 5:00 عصر.
با این آدرس مکاتبه کنید:	California Department of Aging برای اطلاع از مکان دفاتر شهرستان، به https://www.aging.ca.gov/hicap/ مراجعه کنید
ایمیل	ارسال درخواست سوابق عمومی
وب‌سایت	https://www.aging.ca.gov/hicap/

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

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

D. خط تلفن مشاوره پرستاری

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

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

E. خط بحران سلامت رفتاری

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) خط اضطراری سلامت رفتاری دارد که به‌طور 24 ساعته طی 7 روز هفته فعال است و اعضا از طریق آن می‌توانند چنین کمک‌هایی را دریافت کنند. اعضا می‌توانند در این تماس با متخصص دارای مجوز صحبت کنند که به آن‌ها کمک می‌کند خدمات مورد نیازشان را دریافت کنند. اعضا می‌توانند از طریق تماس با شماره زیر به این خط بحران دسترسی داشته باشند.

تلفن تماس	1-800-646-5610 این تماس رایگان است. متخصصان بالینی سلامت رفتاری دارای مجوز، در 24 ساعت شبانه‌روزی، 7 روز هفته، 365 روز سال در دسترس می‌باشند. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. متخصصان بالینی سلامت رفتاری دارای مجوز، در 24 ساعت شبانه‌روزی، 7 روز هفته، 365 روز سال در دسترس می‌باشند.

برای دریافت کمک با خط بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید:

- سؤال درباره سلامت رفتاری و خدمات مربوط به سوء مصرف مواد مخدر

Wellcare by Health Net دسترسی شبانه روزی به اطلاعات و توصیه پزشکی را به شما ارائه می‌کند.
وقتی تماس می‌گیرید، متخصصین سلامت رفتاری ما به سؤالات مربوط به تندرستی شما پاسخ خواهند داد. اگر نیاز درمانی فوری دارید که اضطراری نیست، می‌توانید طی 365 روز در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته برای سؤالات بالینی سلامت رفتاری با خط اضطراری سلامت رفتاری ما تماس بگیرید. برای سؤالات مربوط به خدمات تخصصی سلامت روان شهرستان، به **بخش K** این فصل مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید.
از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی به نام Livanta - سازمان بهبود کیفیت California دارد. این سازمان از گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت درمانی تشکیل شده است که به بهبود کیفیت مراقبت اعضای Medicare کمک می‌کنند. Livanta - سازمان بهبود کیفیت California با طرح ما مرتبط نیست.

تلفن تماس	1-877-588-1123
TTY	711 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
با این آدرس مکاتبه کنید:	Livanta LLC/BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
وب‌سایت	https://www.livantaqio.cms.gov/en

جهت دریافت راهنمایی در ارتباط با موارد زیر با Livanta - سازمان بهبود کیفیت California تماس بگیرید:

- سؤال درباره حقوق خدمات درمانی
- ارسال شکایت در مورد خدمات درمانی که دریافت می‌کنید:
  - اگر مشکلی در رابطه با کیفیت درمان دارید،
  - اگر فکر می‌کنید مدت زمان بستری شدن در بیمارستان بسیار زود تمام شده است، **یا**
  - اگر فکر می‌کنید خدمات مراقبت از سلامت شما در منزل، مرکز پرستاران باتجربه یا تسهیلات جامع توانبخشی سرپایی (CORF) بسیار سریع تمام شده است.

G. Medicare

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

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

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

H. Medi-Cal

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

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

در Medicare و در Medi-Cal ثبت‌نام شده‌اید. اگر سؤالی درباره مزایای Medi-Cal دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت طرح خودتان تماس بگیرید. اگر سوالاتی درباره نام‌نویسی در طرح Medi-Cal دارید، با Health Care Options تماس بگیرید.

تلفن تماس	1-800-430-4263 8 صبح تا 6 عصر، دوشنبه تا جمعه.
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
با این آدرس مکاتبه کنید:	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. PO Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
وب‌سایت	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. دفتر بازرسی مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal و سلامت روانی

دفتر بازرسی، دفتری در ایالت شما است که به عنوان مدافع حقوق شما عمل می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی دارید، آنها می‌توانند به سؤالات پاسخ دهند و به شما در درک آنچه باید انجام دهید کمک کنند. دفتر بازرسی همچنین در رابطه با مشکلات خدمات یا صورت‌حساب به شما کمک کند. با طرح ما و هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامتی دیگر رابطه‌ای ندارد. خدمات آن‌ها رایگان است.

تلفن تماس	1-888-452-8609 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 عصر.
TTY	711 این تماس رایگان است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

با این آدرس مکاتبه کنید:	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وب‌سایت	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

L. خدمات اجتماعی شهرستان

اگر در رابطه با خدماتی که خدمات اجتماعی شهرستان در مورد آن‌ها راهنمایی ارائه می‌کند، از جمله واجدشرایط بودن برای Medi-Cal و مزایای IHSS، به کمک نیاز دارید، با اداره خدمات اجتماعی شهرستان محلی‌تان تماس بگیرید.

با اداره خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید تا برای خدمات پشتیبانی در خانه درخواست کنید که در پرداخت هزینه‌های ارائه‌شده به شما کمک خواهد کرد تا بتوانید به صورت امن در خانه خودتان بمانید. انواع خدمات ممکن است شامل کمک در تهیه غذا، حمام کردن، لباس پوشیدن، شستن لباس، خرید کردن، یا حمل‌ونقل باشد.

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

شهرستان Los Angeles	
تلفن تماس	1-866-613-3777 این تماس رایگان است. به جز روزهای تعطیل: 7:30 صبح تا 7:30 شب، دوشنبه تا جمعه. شنبه: از 8:00 صبح تا 4:30 عصر.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. برای تماس گرفتن، به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. 7:30 صبح تا 7:30 شب، دوشنبه تا جمعه. شنبه: از 8:00 صبح تا 4:30 عصر.

شهرستان Los Angeles	
با این آدرس مکاتبه کنید:	برای پیدا کردن نزدیک‌ترین دفتر خدمات اجتماعی به اینجا بروید https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html
وب‌سایت	dpss.lacounty.gov

شهرستان Sacramento	
تلفن تماس	1-916-874-2888 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 عصر.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. برای تماس گرفتن، به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 عصر.
با این آدرس مکاتبه کنید:	IHSS Public Authority 3700 Branch Center Road, Suite A Sacramento, CA 95827
ایمیل	hhs-pa@saccounty.net
وب‌سایت	http://pubauth.saccounty.net/

شهرستان Tulare	
تلفن تماس	1-800-571-9555 این تماس رایگان می‌باشد. دوشنبه تا پنجشنبه: از 7:30 صبح تا 5:00 بعدازظهر. جمعه: از 8:00 صبح تا 12:00 ظهر.

شهرستان Tulare	
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه: از 7:30 صبح تا 5:00 عصر. جمعه: 8:00 صبح تا 12:00 ظهر.
با این آدرس مکاتبه کنید:	Tulare County Human Services 4025 W. Noble Ave., Suite A Visalia, CA 93277
وبسایت	www.tchhsa.org/eng/human-services/in-home-supportive-services-ihss/

K. دفتر خدمات سلامت رفتاری شهرستان

خدمات تخصصی سلامت روان و خدمات سوءمصرف مواد Medi-Cal، اگر معیارهای دسترسی را داشته باشید، ازطریق شهرستان برایتان قابل دسترس است.

شهرستان Los Angeles	
تلفن تماس	خط مرکز دسترسی: 1-800-854-7771 خط ویژه مربوط به خدمات سوءمصرف مواد (SASH): 1-844-804-7500 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وبسایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

شهرستان Sacramento	
تلفن تماس	1-888-881-4881 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 عصر (24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته برای تماس‌های مربوط به بحران سلامت روان) ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

شهرستان Tulare	
تلفن تماس	پشتیبانی بحران سلامت روان: 1-800-320-1616 دسترسی در رابطه با اختلال سوءمصرف مواد: 1-866-732-4114 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

برای دریافت کمک در موارد زیر، با طرح سازمان سلامت رفتاری شهرستان تماس بگیرید:

- اگر درباره خدمات تخصصی سلامت ذهنی ارائه‌شده توسط شهرستان سؤالی دارید
- سؤالات مربوط به خدمات سوءمصرف مواد که از سوی شهرستان ارائه می‌شود
- برای اطلاعات محرمانه و رایگان سلامت روان، ارجاع به ارائه‌دهندگان خدمات و مشاوره بحران در هر روز یا زمان، با شماره تلفن بالا مربوط به شهرستانتان تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

L. سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California

سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده California (DMHC) مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی است.
مرکز پشتیبانی DMHC در مورد درخواست تجدیدنظر و شکایات شما در مورد خدمات Medi-Cal می‌تواند به شما کمک کند.

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

M. برنامه‌های کمک به افراد در پرداخت هزینه‌های داروهای تجویزی

وب‌سایت Medicare.gov (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) اطلاعات مربوط به چگونگی کاهش هزینه داروهای تجویزی را ارائه می‌کند. برای افراد کم‌درآمد، برنامه‌های دیگری نیز برای کمک وجود دارند که در زیر شرح داده می‌شوند.

M1. کمک اضافی (Extra Help)

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

تلفن تماس	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته رایگان است.
TTY	1-877-486-2048 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
وب‌سایت	www.medicare.gov

N. تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی واجد شرایط بودن را تعیین می‌کند و به مسائل مربوط به عضویت Medicare رسیدگی می‌کند. و افراد مقیم دائمی قانونی ایالات متحده با سن 65 سال و بالاتر یا آن‌هایی که مبتلا به معلولیت یا بیماری کلیوی لاعلاج (ESRD) هستند و شرایط خاصی را برآورده می‌کنند برای Medicare واجد شرایط هستند. اگر در حال حاضر چک‌های تأمین اجتماعی را دریافت می‌کنید، عضویت در Medicare خودکار می‌باشد.
اگر چک‌های تأمین اجتماعی را دریافت نمی‌کنید، باید در Medicare ثبت‌نام کنید. برای درخواست Medicare، می‌توانید با تأمین اجتماعی تماس بگیرید یا از دفتر محلی تأمین اجتماعی بازدید کنید.

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

تلفن تماس	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. شما می‌توانید از خدمات تلفن خودکار آنها جهت دریافت اطلاعات ثبت‌شده و برخی کارها در تمام 24 ساعت شبانه‌روز استفاده کنید.
TTY	1-800-325-0778 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
وب‌سایت	www.ssa.gov/

O. هیات بازنشستگی راه‌آهن (RRB)

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

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

P. سایر منابع

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

اگر درخصوص موارد زیر مشکل دارید:

- Medi-Cal
- Medicare
- طرح سلامت شما
- دسترسی به خدمات پزشکی

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- درخواست تجدیدنظر خدمات رد شده، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، خدمات بهداشت روان و غیره.
- صورتحساب پزشکی
- خدمات پشتیبانی در خانه (In-Home Supportive Services، IHSS)

برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal، در موضوعات مربوط به شکایت‌ها، درخواست‌های تجدیدنظر و دادرسی‌ها کمک می‌کند. شماره تلفن برنامه بازرسی 1-855-501-3077 است.

Q. برنامه Medi-Cal دندان‌پزشکی

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 از طریق برنامه‌های خدمات غیررایگان (FFS) دندان‌پزشکی Medi-Cal و مراقبت مدیریت‌شده (DMC) دردسترسند.

تلفن تماس	1-800-322-6384 این تماس رایگان است. نمایندگان برنامه Medi-Cal دندان‌پزشکی از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه دردسترسند.
TTY	1-800-735-2922 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
وب‌سایت	smilecalifornia.org

به‌جای برنامه خدمات غیررایگان دندان‌پزشکی Medi-Cal، می‌توانید مزایای دندانپزشکی را از طریق طرح راقبت‌های مدیریت‌شده نپزشکی دریافت کنید. برنامه‌های مراقبت هماهنگ دندانپزشکی در شهرستان‌های Sacramento و Los Angeles قابل ارائه هستند. اگر درباره طرح‌های دندانپزشکی اطلاعات بیشتری نیاز دارید یا می‌خواهید طرح 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. شماره‌های تماس DMC نیز در اینجا دردسترس است: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای خدمات مراقبت از سلامت و سایر خدمات تحت پوشش

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌دهندگان 41
B. مقررات دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد 41
C. هماهنگ‌کننده مراقبت 43
C1. مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت کیست 43
C2. چطور می‌توانید با هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود تماس بگیرید 43
C3. چطور می‌توانید هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود را تغییر دهید 43
D. مراقبت از سوی ارائه‌دهندگان 43
D1. مراقبت از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) 43
D2. خدمات درمانی توسط متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان شبکه 46
D3. هنگامیکه یک ارائه‌دهنده، طرح درمانی ما را ترک می‌کند 47
D4. ارائه‌دهنده خارج از شبکه: 48
E. خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (LTSS) 49
F. خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و سوءمصرف مواد) 49
F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح ما ارائه می‌شود 49
G. خدمات حمل‌ونقل 53
G1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیر اضطراری 53
G2. حمل‌ونقل غیرپزشکی 54
H. خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانس پزشکی، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام فاجعه 55

H1. مراقبت در وضعیت اضطراری پزشکی 55
H2. مراقبت‌های فوری ضروری 56
H3. مراقبت در شرایط بروز بلایا 57
I. اگر مستقیماً صورت‌حسابی را برای خدمات تحت پوشش طرح درمانی ما دریافت کردید چه باید بکنید 58
I1. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد چه باید کرد 58
J. پوشش خدمات مراقبت از سلامت هنگامی که داوطلب شرکت در مطالعه تحقیقات بالینی شده‌اید 58
J1. تعریف مطالعه تحقیقات بالینی 58
J2. پرداخت هزینه خدمات زمانی که در مطالعه تحقیقات بالینی حضور دارید 59
J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی بالینی 59
K. خدمات ارائه‌شده توسط مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی چطور تحت پوشش قرار می‌گیرند 60
K1. تعریف مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی 60
K2. دریافت خدمات از مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی 60
L. وسیله پزشکی بادوام (DME) 60
L1. DME به عنوان عضوی از طرح ما 60
L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare 61
L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضو طرح ما 62
L4. تجهیزات اکسیژن هنگام جابجایی به برنامه Original Medicare یا طرح دیگر Medicare Advantage(MA) 62

A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌دهندگان

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

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

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

B. مقررات دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد

طرح ما تمام خدمات تحت پوشش Medicare و بیشتر خدمات Medi-Cal را پوشش می‌دهد. اینها شامل سلامت رفتاری و LTSS است.

طرح ما معمولاً هزینه‌های خدمات مراقبت از سلامت، خدمات سلامت رفتاری، و بسیاری از خدمات LTSS را که در راستای مقررات ما دریافت می‌کنید پرداخت می‌کند. برای اینکه تحت پوشش طرح‌تان باشید:

- خدمات درمانی که دریافت می‌کنید باید جزء **مزایای طرح** باشد. این یعنی ما آن را در نمودار مزایا در **فصل 4، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* لحاظ می‌کنیم.
- مراقبت باید **ضرورت پزشکی** داشته باشد. منظور ما از ضرورت پزشکی، خدمات مهمی است که معقول هستند و از جان محافظت می‌کنند. مراقبت ضروری پزشکی، خدمات مهمی است که افراد را از بیماری جدی یا ناتوانی در امان نگه می‌دارد و با درمان بیماری، بیماری یا جراحت، درد شدید را کاهش می‌دهد.
- برای خدمات پزشکی، باید یک **ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)** داخل شبکه داشته باشید که درمان را تجویز کرده باشد یا به شما گفته باشد که نزد پزشک دیگری بروید. به عنوان عضو برنامه درمانی، باید یک ارائه‌دهنده شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.
  - در بیشتر موارد، PCP شبکه شما یا طرح ما باید پیش از اینکه بتوانید از یک ارائه‌دهنده استفاده کنید که PCP شما نیست یا از ارائه‌دهنده دیگری در شبکه طرح درمانی استفاده کنید به شما تأییدیه بدهد. این کار **ارجاع** نام دارد. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را تحت پوشش قرار ندهیم.
  - پزشکان PCP طرح درمانی ما به گروه‌های پزشکی مختلفی وابسته هستند. وقتی PCP خود را انتخاب می‌کنید گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. این امر بدین معنی است که PCP شما را به متخصصان و خدماتی که با گروه پزشکی آنها همکاری دارند هم ارجاع خواهد داد. گروه پزشکی به گروهی متشکل از PCPها، متخصصین و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت گفته می‌شود که با یکدیگر همکاری دارند و تحت قرارداد با طرح ما همکاری می‌کنند.

- برای مراقبت‌های اضطراری یا مراقبت‌های فوری ضروری، برای استفاده از ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی زنان یا برای هر یک از خدمات دیگر مذکور در **بخش D1** این فصل، نیازی به ارجاع از PCP خود ندارید.

- **باید خدمات درمانی را از آن دسته از ارائه‌دهندگان شبکه دریافت کنید که با گروه پزشکی PCP شما همکاری دارند.** معمولاً ما خدمات درمانی از طرف ارائه‌دهنده‌ای را که با طرح سلامت ما و گروه پزشکی PCP شما همکاری ندارد نمی‌پذیریم. این بدان معنی است که شما باید برای خدمات ارائه شده به طور کامل به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. در اینجا چند مورد ذکر می‌شوند که این قاعده اطلاق پذیر نمی‌باشد:
  - ما مراقبت‌های اضطراری یا مراقبت‌های فوری ضروری را ازسوی ارائه‌دهنده خارج از شبکه پوشش می‌دهیم (برای اطلاعات بیشتر، به **بخش H** این فصل مراجعه کنید).
  - اگر به خدمات درمانی تحت پوشش طرح ما نیاز دارید و ارائه دهندگان شبکه ما نمی‌توانند آن را در اختیار شما قرار دهند، می‌توانید این خدمات درمانی را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. اگر لازم است نزد ارائه‌دهنده خارج از شبکه بروید، به مجوز قبلی (PA) نیاز خواهد بود. پس از دریافت مجوز قبلی، به ارائه‌دهنده درخواست‌کننده و ارائه‌کنندهٔ موافقت‌کننده درباره تأیید مجوز اطلاع داده خواهد شد. در این شرایط، ما خدمات درمانی را به صورت رایگان تحت پوشش قرار می‌دهیم.
  - هنگامی که شما برای مدت کوتاهی خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید یا زمانی که ارائه‌دهنده به طور موقت فعالیت نمی‌کند یا قابل دسترسی نمی‌باشد، خدمات دیالیز کلیه را پوشش می‌دهیم. شما می‌توانید این خدمات را در مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare دریافت کنید.
  - هنگامی که برای اولین بار به طرح ما ملحق شدید، می‌توانید درخواست کنید که همچنان به مراجعه به ارائه‌دهندگان فعلی خود ادامه دهید. با در نظر گرفتن بعضی از موارد استثنا، اگر بتوانیم مشخص کنیم که شما در زمان حال با ارائه‌دهندگان مربوطه مرتبط هستید، لازم است که این درخواست را تأیید کنیم. به **فصل 1** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید. اگر ما درخواست شما را تأیید کنیم، می‌توانید به رفتن نزد ارائه‌دهنده‌های کنونی خود برای حداکثر 12 ماه ادامه دهید. در طول این مدت هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت با شما تماس می‌گیرد تا در یافتن ارائه‌دهندگان موجود در شبکهٔ ما که با گروه پزشکی PCP شما همکاری دارند به شما کمک کند. بعد از 12 ماه اگر همچنان بخواهید توسط ارائه‌دهندگانی ویزیت شوید که در شبکه ما نیستند و با گروه پزشکی PCP شما همکاری ندارند، این خدمات دیگر تحت پوشش ما نخواهند بود.

اعضای جدید Wellcare Dual Align (HMO D-SNP): در بیشتر موارد، شما در روز نخست ماه پس از درخواست عضویت در طرح ما، در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) برای مزایای Medicare ثبت‌نام خواهید شد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید، لطفاً با شماره 1-800-431-9007 (TTY 711) با ما تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند.

C. هماهنگ‌کننده مراقبت

C1. مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت کیست

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

C2. چطور می‌توانید با هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود تماس بگیرید

«خدمات اعضا» می‌تواند برای تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت به شما کمک کند. هماهنگ‌کننده مراقبت برای کمک به شما در ارتباط با نیازهای مراقبت از سلامتتان دردسترس است. تیم هماهنگ‌کننده مراقبت ما با شما تماس می‌گیرد و از شما می‌پرسد که مایل به صحبت کردن با مدیر مراقبت هستید یا نه.

C3. چطور می‌توانید هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود را تغییر دهید

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

D. مراقبت از سوی ارائه‌دهندگان

D1. مراقبت از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)

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

تعریف «PCP» و این که PCP چه کاری برای شما انجام می‌دهد

وقتی در طرح ما عضو می‌شوید، باید یک ارائه‌دهنده شبکه Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) را به عنوان PCP خودتان انتخاب کنید. PCP شما پزشکی است که حائز شرایط ایالتی بوده و برای ارائه مراقبت پزشکی پایه به شما کارآموزی دیده است. این متخصصین شامل پزشکانی می‌شوند که مراقبت پزشکی عمومی/خانوادگی را ارائه می‌کنند، متخصصین طب داخلی که مراقبت پزشکی داخلی را ارائه می‌کنند و متخصصین زنان و زایمانی (OB/GYNs) که مراقبت برای خانم‌ها را ارائه می‌کنند.

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

- پرتوبرداری با اشعه ایکس،
- تست‌های آزمایشگاهی،

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- 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. اگر به انواع خاصی از خدمات تحت پوشش یا لوازم نیاز دارید، باید اجازه PCP خود را از قبل دریافت کنید (از قبیل ارائه ارجاع به شما برای رفتن نزد متخصص). PCP شما برای برخی خدمات لازم خواهد بود که تأیید اولیه را دریافت کند (مجوز قبلی). اگر خدمات مورد نیاز شما به مجوز قبلی نیاز دارند، PCP شما این اجازه را از برنامه درمانی ما یا گروه پزشکی شما درخواست خواهد کرد. چون PCP شما مراقبت پزشکی شما را ارائه و هماهنگ می‌کند، شما باید ترتیب ارسال همه پرونده‌های پزشکی گذشته خود را به مطب PCP بفرستید.

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

هر عضو یک PCP دارد. PCP حتی می‌تواند یک درمانگاه باشد. خانم‌ها می‌توانند به عنوان PCP خود یک متخصص زنان/ زایمان درون شبکه یا کلینیک تنظیم خانواده را انتخاب کنند. شما می‌توانید یک کارشناس پزشکی غیر پزشک را به عنوان PCP خود انتخاب کنید. کارشناسان غیر پزشک عبارتند از: ماماهای رسمی، پرستاران رسمی و دستیاران پزشکی. شما به PCP ناظر ارتباط داده می‌شوید، اما خدمات خود را از کارشناس غیر پزشک انتخابی خود دریافت خواهید کرد. شما اجازه دارید که با عوض کردن PCP ناظر، کارشناس انتخابی خود را تغییر دهید. نام PCP ناظر در کارت شناسایی شما چاپ خواهد شد. ممکن است بتوانید متخصصی را به عنوان PCP خود داشته باشید. باید آن متخصص بخواهد و قادر باشد مراقبتی که لازم دارید را ارائه کند.

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

یک FQHC یا RHC درمانگاهی است که میتواند PCP شما به حساب آید. FQHC و RHC مراکز درمانی هستند که خدمات مراقبتهای درمانی اصلی ارائه میکنند. برای اطلاع از نام و نشانی FQHC و RHCهایی که با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) همکاری دارند می‌توانید با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها مراجعه کنید.

انتخاب PCP

وقتی در طرح ما ثبت نام می‌کنید، یک گروه پزشکی تحت قرارداد از شبکه ما انتخاب خواهید کرد. گروه پزشکی به گروهی متشکل از PCPها، متخصصین، و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت گفته می‌شود که با یکدیگر همکاری دارند و تحت قرارداد با طرح ما همکاری می‌کنند. یک PCP نیز از این گروه پزشکی تحت قرارداد انتخاب خواهید کرد. مراجعه به مطب پزشک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه باید برایتان آسان باشد. می‌توانید برای یک PCPای درخواست بدهید که در فاصله 10 مایل یا 30 دقیقه از محل سکونت یا کار شما باشد. گروه‌های پزشکی (و PCPها و بیمارستان‌های مرتبط با آن‌ها) را می‌توانید در فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها مشاهده کنید یا به وب‌سایت ما به نشانی www.2025wellcaredirectories.com مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

برای اطمینان از امکان دسترسی به یک ارائه‌دهنده یا اگر درباره PCP خاصی سؤال دارید، لطفاً با «خدمات اعضا» به شماره 1-800-431-9007 (TTY:711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند.

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

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

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

گزینهٔ تغییر PCP

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

درخواست شما در اولین روز ماه بعد از تاریخی که طرح ما درخواست شما را دریافت می‌کند معتبر خواهد بود. برای تغییر PCP، ازطریق شماره‌های درج‌شده در پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

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

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

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

خدماتی که بدون تأیید قبلی PCP خود می‌توانید دریافت کنید

در اغلب موارد نیاز به تایید از طرف PCP دارید

PCP شما قبل از استفاده از سایر ارائه‌دهندگان. این تاییدیه **ارجاع** خوانده می‌شود. می توانید خدماتی مانند موارد لیست شده در زیر را بدون تأییدیه قبلی PCP دریافت کنید:

- خدمات اضطراری از ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه
- مراقبت‌های فوری ضروری از ارائه‌دهنده شبکه
- مراقبت‌های فوری ضروری از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه زمانی که به ارائه‌دهندگان شبکه دسترسی ندارید (برای مثال، زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح هستید)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

توجه: مراقبت‌های فوری ضروری باید واقعاً به صورت فوری مورد نیاز باشد و از نظر پزشکی ضروری باشد.

- دیالیز کلیه در مراکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید. اگر قبل از خروج از منطقه خدماتی با «خدمات اعضا» تماس بگیرید می‌توانیم کمک کنیم تا زمانی که خارج از منطقه هستید دیالیز دریافت کنید.
- واکسن آنفلوآنزا، و واکسن COVID-19 و همچنین واکسن های هپاتیت ب، و واکسن های ذات الریه، مادامی که از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت شوند.
- مراقبت درمانی عادی از خانم‌ها و خدمات تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه سینه، معاینه غربالگی ماموگرام (عکسبرداری اشعه ایکس از سینه)، آزمایش پپ و آزمایش لگن خاصره می‌شود مادامی که آن‌ها را از ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید.
- علاوه‌براین، اگر عضو بومیان آمریکا باشید می‌توانید «خدمات تحت پوشش» را، بدون نیاز به دریافت ارجاع از PCP یا مجوز قبلی، از «ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی بومیان آمریکا» که خودتان انتخاب می‌کنید دریافت کنید.

D2. خدمات درمانی توسط متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان شبکه

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

- ارائه مراقبت از سوی متخصص سرطان‌شناسی برای بیماران سرطانی.
- خدمات قلبی برای بیماران دارای مشکل قلبی.
- خدمات ارتوپدی برای بیمارانی که در قسمت استخوان، عضله یا ماهیچه دچار مشکل هستند.

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

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

هر گروه پزشکی و PCP ارجاعاتی را به متخصصان خاصی از طرح درمانی انجام داده و از بیمارستان‌های خاصی در داخل شبکه خود استفاده می‌کند. یعنی گروه پزشکی و PCP که انتخاب می‌کنید ممکن است متخصصین یا بیمارستانی که می‌توانید استفاده کنید را مشخص کنند. اگر متخصصین یا بیمارستان‌هایی وجود دارند که می‌خواهید استفاده کنید، کنترل کنید که آیا گروه پزشکی یا PCP شما از این متخصصین یا بیمارستان‌ها استفاده می‌کنند. اگر 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 این فصل تحت «گزینه تغییر PCP شما»، درباره نحوه تغییر PCP توضیح می‌دهیم.

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

ارجاع کتبی ممکن است فقط برای یک بار مراجعه باشد یا اگر به خدمات مستمر نیاز دارید ممکن است ارجاع ثابتی برای بیش از یک مراجعه باشد. ما باید برای هر یک از وضعیت‌های زیر، یک ارجاع ثابت برای مراجعه به یک متخصص واجد شرایط بدهیم:

- یک وضعیت مزمن (مداوم)؛
- یک بیماری روانی یا جسمی تهدید کننده زندگی؛
- بیماری یا ناتوانی دژنراتیو؛
- هر بیماری یا بیماری دیگری که به اندازه کافی جدی یا پیچیده باشد که نیاز به درمان توسط متخصص داشته باشد.

اگر در صورت نیاز یک ارجاع کتبی دریافت نکنید، ممکن است صورتحساب پرداخت نشود. برای اطلاعات بیشتر، با شماره تلفن پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر نتوانیم یک ارائه‌دهنده شبکه واجد شرایط در طرح برای شما پیدا کنیم، باید برای هر یک از بیماری‌های زیر به شما مجوز خدمات دائمی برای متخصص واجد شرایط بدهیم:

- یک وضعیت مزمن (مداوم)؛
- یک بیماری روانی یا جسمی تهدید کننده زندگی؛
- بیماری یا ناتوانی دژنراتیو؛
- هر بیماری یا بیماری دیگری که به اندازه کافی جدی یا پیچیده باشد که نیاز به درمان توسط متخصص داشته باشد.

اگر در صورت نیاز مجوز خدمات را از ما دریافت نکنید، ممکن است صورتحساب پرداخت نشود. برای اطلاعات بیشتر، با شماره تلفن درج شده در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

D3. هنگامیکه یک ارائه‌دهنده، طرح درمانی ما را ترک می‌کند

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

- حتی اگر شبکه ارائه‌دهندگان ما در طول سال تغییر کند، باید به شما دسترسی بی‌وقفه به ارائه‌دهندگان واجد شرایط بدهیم.
- به شما اطلاع می دهیم ارائه‌دهنده تان در حال خروج از طرح است تا زمان کافی برای انتخاب یک ارائه‌دهنده جدید داشته باشید.
  - اگر پزشک اولیه یا ارائه‌دهنده خدمات سلامت رفتاری شما طرح ما را ترک کند و در سه سال گذشته توسط او ویزیت شده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
  - اگر هرکدام از سایر ارائه دهندگان شما از طرح ما خارج شوند و آن ارائه‌دهنده 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.
- به شما کمک خواهیم کرد تا یک ارائه‌دهنده مجرب جدید در داخل شبکه برای ادامه مدیریت نیازهای مراقبت درمانی خود انتخاب کنید.

- اگر در حال حاضر تحت درمان یا درمان‌های پزشکی با ارائه‌دهنده فعلی خود هستید، این حق را دارید که بخواهید، و ما با شما کمک می‌کنیم تا تضمین شود، که درمان یا درمان‌های ضروری پزشکی که دریافت می‌کنید ادامه پیدا خواهند کرد.
- ما اطلاعاتی در مورد دوره های مختلف ثبت نام در دسترس شما و گزینه هایی که ممکن است برای تغییر طرح داشته باشید در اختیار شما قرار می دهیم.
- اگر نتوانیم یک متخصص واجد شرایط داخل شبکه که برای شما قابل دسترس است پیدا کنیم، باید یک متخصص خارج از شبکه را ترتیب دهیم تا در صورت موجود نبودن یا ناکافی بودن یک ارائه‌دهنده یا مزایای درون شبکه برای رفع نیازهای پزشکی شما، مراقبت شما را ارائه دهد. برای این کار باید از قبل تأییدیه کتبی دریافت کنید وگرنه صورتحساب پرداخت نمی شود.
- اگر فکر می‌کنید که ارائه‌دهنده قبلی شما را با ارائه‌دهنده واجد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را به‌خوبی مدیریت نمی‌کنیم، این حق را دارید که شکایتی درخصوص کیفیت مراقبت نزد QIO، شکایت‌نامه‌ای نسبت به کیفیت مراقبت، یا هر دو را ارسال کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 9** مراجعه کنید.)

اگر متوجه شدید که یکی از ارائه دهندگان شما طرح ما را ترک می‌کند، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما در یافتن یک ارائه‌دهنده جدید و مدیریت مراقبت شما کمک کنیم. برای تماس با ما، لطفا اطلاعات پایین این صفحه را ببینید.

D4. ارائه‌دهنده خارج از شبکه:

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

- در غیر این صورت، اگر از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه استفاده می کنید، باید تأیید قبلی کتبی داشته باشید. نمی‌توانیم به ارائه‌دهنده خارج از شبکه که برای ارائه خدمات به شما تأیید نشده است، پرداختی انجام دهیم.
- اگر تصمیم گرفتید نزد ارائه‌دهنده‌ای بروید که تأیید نشده است، باید هزینه کامل خدماتی را که دریافت می‌کنید بپردازید.

اگر به ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کنید، این ارائه‌دهنده باید واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.

- اگر خدمات‌دهنده واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نباشد نمی‌توانیم هزینه آن را پرداخت کنیم.
- اگر نزد ارائه‌دهنده‌ای بروید که برای مشارکت در Medicare واجد شرایط نیست، باید هزینه کامل خدماتی که دریافت می‌کنید را بپردازید.
- اگر برای مشارکت در Medicare واجد شرایط نباشید، ارائه‌دهندگان باید به شما اطلاع دهند.

E. خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (LTSS)

LTSS می تواند به شما کمک کند در خانه بمانید و از اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاران باتجربه خودداری کنید. شما از طریق طرح ما به LTSS خاصی دسترسی دارید، از جمله مراقبت در مرکز پرستاران باتجربه، خدمات محلی بزرگسالان (CBAS) و پشتیبانی های محلی. نوع دیگری از LTSS، برنامه خدمات حمایتی در خانه از طریق آژانس خدمات اجتماعی شهرستان شما دردسترس است.

برای دریافت LTSS باید معیارهای بالینی را برای یک (1) یا چند مورد از دسته‌بندی‌های زیر داشته باشید:

1. اعضایی که دارای شرایط لازم برای سطح مراقبت A (NF-A) یا بالاتر در مرکز پرستاری هستند و معیارهای واجد شرایط بودن و ضرورت پزشکی را نیز دارند.
2. افرادی که دارای آسیب مغزی ارگانیک، اکتسابی یا تروماتیک، و/یا بیماری روانی مزمن هستند و برای برخی فعالیت‌های مشخص در زندگی روزمره یا برخی فعالیت‌های ابزاری مشخص در زندگی روزمره نیاز به کمک یا نظارت دارند.
3. اعضای مبتلا به بیماری Alzheimer متوسط تا شدید یا سایر بیماری‌های زوال عقل که با مشخصه‌های مرحله 5، مرحله 6، و مرحله 7 مشخص می‌شوند.
4. اعضای دارای اختلال شناختی خفیف از جمله بیماری Alzheimer متوسط یا سایر انواع زوال عقل که با مشخصه‌های مرحله 4 بیماری آلزایمر مشخص می‌شوند.
5. افراد دارای معلولیت رشد که معیارها و قابلیت واجد شرایط بودن مرکز منطقه ای را دارند.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه دریافت LTSS، ازطریق شماره‌های درج‌شده در پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره برنامه خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)، به **فصل 4، بخش F4** مراجعه کنید.

F. خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و سوءمصرف مواد)

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

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

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

- خدمات سلامت روان
- خدمات پشتیبانی دارویی
- درمان فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه
- دخالت در موارد بحرانی
- تثبیت موارد بحرانی

- خدمات درمان مسکونی بزرگسالان
- خدمات درمان مسکونی در موارد بحرانی
- خدمات مرکز درمانی روانپزشکی
- خدمات روانپزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات اجتماعی مداخله از راه دور در موارد بحرانی
- خدمات رفتار درمانی
- هماهنگی مراقبت‌های ویژه
- خدمات ویژه در خانه

اگر معیارهای دریافت این خدمات را دارید، خدمات سیستم تحویل سازمان‌یافته Medi-Cal دارویی از طریق ارائه‌دهندگان خدمات غیررایگان Medi-Cal (FFS) دردسترس شما است. خدمات Medi-Cal دارویی توسط موارد زیر ارائه می‌شود:

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

- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- درمان اختلال سوءمصرف مواد در دوره پری‌ناتال در محل سکونت
- خدمات درمانی سرپایی
- برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می‌شود.)
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات اجتماعی مداخله از راه دور در موارد بحرانی

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

- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- خدمات بستری شدن جزئی در بیمارستان
- داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می‌شود.)
- خدمات درمان مسکونی
- خدمات مدیریت ترک اعتیاد
- برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات بازیابی
- هماهنگی مراقبت‌ها
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات اجتماعی مداخله از راه دور در موارد بحرانی
- خدمات مدیریت وابستگی به مواد مخدز

علاوه بر خدمات ذکر شده در بالا، در صورت داشتن معیارها ممکن است به خدمات داوطلبانه سم زدایی بیماران بستری نیز دسترسی داشته باشید.

به خدمات سلامت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته و تحت پوشش Medicare بوده و از طریق خدمات سلامت رفتاری Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) مدیریت می‌شود نیز دسترسی خواهید داشت که شامل، اما نه محدود به، موارد زیر می‌شود:

- خدمات سرپایی: مداخله در امور بحرانی مربوط به بیماران سرپایی، ارزیابی و درمان کوتاه‌مدت، درمان تخصصی بلندمدت و هرگونه خدمات درمانی توانبخشی مرتبط با اختلال مصرف مواد مخدر.
- خدمات و لوازم بستری: تسهیلات در اتاق دو تخته یا بیشتر، شامل واحدهای درمان ویژه، لوازم و خدمات کمکی که معمولاً توسط مرکز ارائه می‌شوند.
- مراقبت از بیماران بستری و سطوح متفاوت: خدمات بستری شدن جزئی در بیمارستان و ویژه برای بیماران سرپایی در مرکز تحت جواز Medicare.
- سم‌زدایی: خدمات بیماران سرپایی برای سم‌زدایی بدن در موارد حاد و درمان شرایط حاد پزشکی مرتبط با اختلال مصرف مواد مخدر.
- خدمات اضطراری: معاینه تشخیصی، معاینه و ارزیابی برای تشخیص اینکه آیا یک وضعیت سلامت اضطراری روانی وجود دارد و مراقبت و درمان لازم برای تسکین یا رفع عارضه پزشکی اضطراری روان.

برای اطلاعات ارائه‌دهنده، لطفاً به فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید. همچنین می توانید با «خدمات اعضا» Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر نمایندگان روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا ۸ شب دردسترسند. یا به وب‌سایت ما به نشانی www.2025wellcaredirectories.com مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

استثناها و محدودیت‌های خدمات سلامت رفتاری

برای فهرستی از استثناها و محدودیت‌های خدمات سلامت رفتاری، لطفاً به **فصل 4، بخش G** مراجعه کنید: مزایایی که تحت پوشش طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal نیستند.

رویه مورد استفاده برای تشخیص ضرورت پزشکی خدمات سلامت رفتاری

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

روش‌های ارجاع بین Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) و اداره سلامت روان شهرستان Los Angeles (DMH) و اداره بهداشت عمومی شهرستان (پیشگیری و کنترل اختلال مصرف مواد) Los Angeles (DPH/SAPC)، اداره بهداشت روان شهرستان Riverside، اداره خدمات سلامت رفتاری San Bernadino، و خدمات سلامت رفتاری شهرستان San Diego:

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

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

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

خدمات هماهنگ‌سازی مراقبت شامل هماهنگ‌سازی خدمات بین PCPها، ارائه‌دهندگان سلامت رفتاری کانتی، مدیران پرونده کانتی، شما و خانواده یا ارائه‌دهنده خدمات مراقبت به شما در صورت لزوم می‌شود.

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

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

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

اگر در حال حاضر خدمات درمانی سلامت رفتاری دریافت می‌کنید، می‌توانید درخواست کنید که به رفتن نزد ارائه‌دهنده خود ادامه دهید. ما باید این درخواست را در صورتی قبول کنیم که شما بتوانید یک رابطه موجود را با ارائه‌دهنده خود در 12 ماه قبل از ثبت نام نشان دهید. اگر درخواست شما تأیید شود، می‌توانید به رفتن نزد ارائه‌دهنده کنونی خود برای حداکثر 12 ماه ادامه دهید. بعد از 12 ماه اول، اگر به رفتن نزد ارائه‌دهنده خارج از

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

شبکه ادامه دهید، ما ممکن است که دیگر مراقبت شما را پوشش ندهیم. برای دریافت راهنمایی درباره درخواست خود، لطفاً با «خدمات اعضا» به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711). از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند.

G. خدمات حمل‌ونقل

G1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیر اضطراری

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

حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری آمبولانس، ون زباله، ون ویلچر یا حمل و نقل هوایی است. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) امکان حمل و نقل تحت پوشش با کمترین هزینه و مناسب‌ترین حمل‌ونقل پزشکی غیر اضطراری را برای نیازهای پزشکی شما زمانی که نیاز استفاده از وسیله نقلیه برای رسیدن به قرار ملاقات خود دارید، فراهم می‌کند. به عنوان مثال، اگر بتوانید از نظر فیزیکی یا پزشکی با یک ون مناسب برای حمل ویلچر جابه‌جا شوید، Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)هزینه آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. فقط زمانی می‌توانید از حمل هوایی استفاده کنید که وضعیت سلامت شما، استفاده از هر گونه وسیله نقلیه زمینی را ناممکن ساخته باشد.

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

- شما از نظر فیزیکی یا پزشکی به آن نیاز دارید و این نیاز طبق مجوز کتبی از سوی PCP تعیین شده است زیرا نمی‌توانید از اتوبوس، تاکسی، ماشین، یا ون برای رسیدن به قرار خود استفاده کنید.
- به دلیل ناتوانی جسمانی یا روانی برای رفت و آمد از محل سکونت، سوار شدن به خودرو یا رفتن به محل درمان نیاز به کمک راننده دارید.

برای درخواست حمل‌ونقل پزشکی که پزشک شما برای **قرارهای معمول** تجویز کرده است، حداقل 72 ساعت قبل از قرار ملاقات خود (دوشنبه تا جمعه) با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای **قرار ملاقات‌های فوری**، لطفاً هرچه سریعتر تماس بگیرید. هنگام تماس کارت شناسایی عضویت خود را آماده داشته باشید. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند.

محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل پزشکی را پوشش می‌دهد که نیازهای پزشکی شما را از خانه‌تان تا محل نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده‌ای که با آن امکان ملاقات دارید برآورده می‌کند. اگر Medicare یا Medi-Cal خدمات را پوشش ندهند، حمل و نقل پزشکی ارائه نخواهد شد. اگر نوع قرار ملاقات، تحت پوشش Medi-Cal باشد اما نه از طریق طرح سلامت، Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

به شما کمک می‌کند تا حمل و نقل خود را برنامه‌ریزی کنید. فهرستی از خدمات تحت پوشش در **فصل 4** این دفترچه آمده است. حمل‌ونقل خارج از شبکه یا منطقه خدماتی Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) پوشش داده نمی‌شود مگر اینکه از قبل برای آن مجوز داده شده باشد.

G2. حمل‌ونقل غیرپزشکی

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

- به قرار ملاقات برای خدمات MediCal مورد تأیید از سوی ارائه‌دهنده‌تان می‌روید یا از آن برمی‌گردید، یا
- برای تحویل گرفتن داروهای تجویزی و لوازم پزشکی می‌روید.

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شما اجازه استفاده از ماشین، تاکسی، اتوبوس یا سایر امکانات حمل و نقل عمومی/خصوصی را برای رفتن به قرار ملاقات پزشکی جهت خدمات مجاز شناخته شده از سوی ارائه‌دهنده شما می‌دهد. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) برای هماهنگ کردن حمل‌ونقل غیرپزشکی تحت پوشش Medicare از Access2Care و ModivCare برای هماهنگ کردن حمل‌ونقل غیرپزشکی تحت پوشش Medi-Cal استفاده می‌کند. ما کمترین هزینه و نوع حمل‌ونقل غیرپزشکی را پوشش می‌دهیم که نیازهای شما را برآورده کند.

گاهی اوقات، می‌توانید هزینه‌ای را که برای سوار شدن در یک وسیله نقلیه شخصی که خودتان ترتیب داده‌اید، صرف کرده‌اید، بازپس بگیرید. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) باید این را **قبل از** سفر تأیید کند، و باید به ما بگویید که چرا نمی‌توانید از وسیله دیگری مانند اتوبوس استفاده کنید. می‌توانید از طریق تماس یا ایمیل یا حضوری به ما بگویید. **شما نمی‌توانید هزینه رانندگی خود را بازپس بگیرید.**

بازپرداخت مسافت پیموده شده به تمام موارد زیر نیاز دارد:

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

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

توجه: : اعضای بومی آمریکا می‌توانند برای درخواست حمل‌ونقل غیرپزشکی با کلینیک بهداشت بومیان محلی خود تماس بگیرند.

محدودیت‌های حمل و نقل غیر پزشکی

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) کم‌هزینه‌ترین خدمات حمل‌ونقل غیر پزشکی مناسب با نیازهایتان را برای ایاب و ذهاب شما از خانه تا محل نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده که در آن قرار ملاقات دارید پوشش می‌دهد. **شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا مستقیماً هزینه دریافت کنید.**

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

حمل‌ونقل غیر پزشکی اعمال **نمی‌شود** اگر:

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

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

H1. مراقبت در وضعیت اضطراری پزشکی

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

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

اگر در وضعیت اضطراری پزشکی هستید:

- **هرچه زودتر کمک دریافت کنید.** با 911 تماس بگیرید یا به نزدیک‌ترین اتاق اورژانس یا بیمارستان مراجعه کنید. در صورت لزوم برای آمبولانس درخواست کنید. در این شرایط نیازی به دریافت تأییدیه یا ارجاع اصلی از طرف PCP وجود **ندارد**. شما نیازی به استفاده از ارائه‌دهنده شبکه ندارید. شما می‌توانید هر زمان که به آن نیاز داشته باشید، در هر نقطه از ایالات متحده، یا سرزمین‌های آن یا در سراسر جهان، از هر ارائه‌دهنده‌ای با مجوز دولتی مناسب خدمات اضطراری را دریافت کنید.
- **به محض اینکه برایتان امکان‌پذیر بود حتماً در مورد وضعیت اضطراری‌تان به طرح ما اطلاع دهید.** ما مراقبت‌های اضطراری شما را پیگیری می‌کنیم. شما یا شخصی دیگر باید معمولاً در مدت 48 ساعت در مورد مراقبت‌های اضطراری‌تان با ما تماس بگیرد. با این حال، در صورت تأخیر در اطلاع‌رسانی، هزینه خدمات اضطراری را پرداخت نخواهید کرد. از طریق شماره درج‌شده در پایین صفحه، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانس پزشکی

اگر برای رفتن به اتاق اورژانس به آمبولانس نیاز دارید، طرح درمانی ما آن راپوشش می‌دهد. خدمات پزشکی ارائه شده در شرایط اضطراری را پوشش می دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به نمودار مزایا در **فصل 4، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

ممکن است بتوانید خارج از ایالات متحده مراقبت پزشکی اضطراری دریافت کنید. این مزایا محدود به $50,000 در هر سال است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به «پوشش اضطراری/فوری در سراسر جهان» در نمودار مزایای **فصل 4، بخش D** این دفترچه مراجعه کنید یا با «خدمات اعضا» به شماره 1-800-431-9007 (TTY:711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

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

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

دریافت مراقبت‌های اضطراری در صورتی که وضعیت اضطراری نباشد

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

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

- به یکی از ارائه دهندگان شبکه مراجعه کنید، **یا**
- مراقبت اضافی که دریافت می‌کنید «مراقبت‌های فوری ضروری» تلقی می‌شود و از مقررات برای دریافت آن پیروی می‌کنید. (به بخش بعد مراجعه کنید.)

H2. مراقبت‌های فوری ضروری

مراقبت‌های فوری ضروری مراقبتی است که برای موقعیتی که اضطراری نیست، اما نیاز فوری به مراقبت دارد، دریافت می‌کنید. برای مثال، ممکن است عارضه کنونی شما عود کرده باشد یا بیماری یا جراحت پیش‌بینی‌نشده داشته باشید.

مراقبت‌های فوری ضروری در منطقه خدماتی طرح ما

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

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

اگر نتوانید یا معقول نباشد به ارائه‌دهنده شبکه مراجعه کنید، باتوجه به زمان، مکان، و شرایط شما مراقبت‌های فوری ضروری را که از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید پوشش می‌دهیم.

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

اگر وضعیت‌تان زیاد جدی نیست: با PCP خود یا گروه پزشکی تماس بگیرید یا اگر نمی‌توانید با آن‌ها تماس بگیرید یا به مراقبت‌های فوری نیاز دارید، به نزدیک‌ترین مرکز پزشکی، مرکز مراقبت‌های فوری یا بیمارستان مراجعه کنید.

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

همچنین می‌توانید با تماس با شماره پشت کارت شناسایی خود یا در پایین این صفحه، در صورت نیاز به کمک برای یافتن ارائه‌دهنده، با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین مرکز خدمات اعضا می‌تواند شما را به خط پرستاری منتقل کند.

مراقبت‌های فوری ضروری خارج از منطقه خدماتی طرح ما

هنگامی که شما خارج از منطقه خدماتی تحت پوشش طرح ما هستید، ممکن است نتوانید مراقبت‌ها را از ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید. در این حالت، طرح ما مراقبت‌های فوری ضروری که از دیگر ارائه دهندگان دریافت می‌کنید را تحت پوشش قرار می‌دهد.

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

خدمات مورد *نیاز فوری* که خارج از ایالات متحده آمریکا دریافت می‌شوند ممکن است تحت مزایای پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان به عنوان مورد اضطراری به حساب بیایند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به «مراقبت‌های اضطراری» در

نمودار مزایا در **فصل 4، بخش D** این دفترچه مراجعه کنید.

H3. مراقبت در شرایط بروز بلایا

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

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

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

I. اگر مستقیماً صورت‌حسابی را برای خدمات تحت پوشش طرح درمانی ما دریافت کردید چه باید بکنید

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

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

اگر هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید یا اگر صورت‌حسابی برای خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، جهت کسب اطلاعات در خصوص اینکه چه باید بکنید به **فصل 7، بخش A** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

I1. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد چه باید کرد

طرح ما تمام خدمات را پوشش می‌دهد اگر:

- از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شده باشد، **و**
- در نمودار مزایای طرح ما ذکر شده باشد (به **فصل 4، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید) **و**
- مقررات طرح برای دریافت خدمات مزبور رعایت شده باشد.

اگر خدماتی دریافت می‌کنید که طرح ما آن را پوشش نمی‌دهد، **هزینه کامل را خودتان پرداخت می‌کنید**، مگر اینکه توسط برنامه Medi-Cal دیگری خارج از طرح ما پوشش داده شود.

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

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

ما هزینه بعضی از خدمات را تا سقفی خاص پرداخت می‌کنیم. اگر از این محدوده فراتر روید، باید هزینه کامل آن نوع خدمات را شخصاً پرداخت کنید. برای محدودیت‌های ویژه مزایا، **فصل 4** را ببینید. با خدمات اعضا تماس بگیرید تا بدانید محدودیت‌های مزایا چیست و چه مقدار از مزایای خود را استفاده کرده‌اید.

J. پوشش خدمات مراقبت از سلامت هنگامی که داوطلب شرکت در مطالعه تحقیقات بالینی شده‌اید

J1. تعریف مطالعه تحقیقات بالینی

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

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

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

در صورت تمایل به شرکت در یک مطالعه تحقیقات بالینی مورد تأیید Medicare، نیازی **نیست** که به ما بگویید یا از ما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود تأییدیه دریافت کنید. ارائه دهندگانی که خدمات درمانی مرتبط به تحقیق را به شما ارائه می‌کنند لازم **نیست** که جزو ارائه دهندگان شبکه باشند. لطفاً توجه کنید که 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 نیازمند به پوشش با توسعه شواهد» (NCDs-CED) و مطالعات «آزمایش‌های دستگاه‌های تحقیقاتی» (IDE) مشخص شده‌اند و ممکن است برای آن‌ها به مجوز قبلی و پیروی از بعضی مقررات دیگر طرح نیاز باشد.

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

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

J2. پرداخت هزینه خدمات زمانی که در مطالعه تحقیقات بالینی حضور دارید.

اگر برای یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که Medicare تأیید می‌کند داوطلب شوید، هیچ هزینه‌ای

برای خدمات تحت پوشش مطالعه هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش مطالعه و همچنین هزینه‌های معمول مرتبط با مراقبت شما را پرداخت می‌کند. پس از ملحق شدن به مطالعه تحقیقات بالینی مورد تأیید Medicare، اکثر موارد و خدماتی که به عنوان بخشی از این تحقیق دریافت می‌کنید تحت پوشش قرار می‌گیرد. شامل این موارد:

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

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

J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی بالینی

می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرکت در مطالعه تحقیقات بالینی، «Medicare & Clinical Research Studies» (Medicare و مطالعه تحقیقات بالینی) را در وبسایت Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research- Studies.pdf) مطالعه کنید. همچنین می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

K. خدمات ارائه‌شده توسط مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی چطور تحت پوشش قرار می‌گیرند

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وبسایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

K1. تعریف مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی مکانی است که خدماتی را ارائه می‌کند که به طور معمول در بیمارستان یا مرکز پرستاران باتجربه دریافت می‌کنید. اگر برخورداری از خدمات در بیمارستان یا مرکز پرستاران باتجربه برخلاف عقاید مذهبی شما است، ما هزینه خدمات ارائه شده توسط مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی را پرداخت می‌کنیم.

این مزایا تنها به خدمات بستری Medicare Part A مربوط می‌شود (خدمات مراقبت درمانی غیرپزشکی).

K2. دریافت خدمات از مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

شما برای دریافت مراقبت از مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی باید یک سند قانونی را امضا کنید که متذکر می‌شود شما مخالف دریافت درمان پزشکی «غیرمنتظره» هستید.

- منظور از خدمات درمانی «غیرمنتظره» هر نوع خدماتی است که از نظر دولت فدرال، ایالت، یا محلی **داوطلبانه و غیرضروری** تلقی می‌شود.
- درمان پزشکی «مورد انتظار» هر نوع مراقبتی است که تحت قانون فدرال، ایالتی، یا محلی **داوطلبانه نیست و لازم است**.

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 جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت محدود می‌شود.
- اگر خدمات دریافتی در این مؤسسه به شما ارائه شود، باید شرایط زیر محقق باشد:
  - شما باید مبتلا به یک وضعیت سلامت باشید که به شما امکان می‌دهد خدمات تحت پوشش را برای مراقبت بیماران بستری در بیمارستان یا مراقبت مرکز پرستاران باتجربه دریافت کنید.
  - باید پیش از پذیرش در این مؤسسه از ما تأییدیه دریافت کنید، در غیر این صورت اقامت شما در آنجا پوشش داده **نخواهد** شد.

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

L. وسیله پزشکی بادوام (DME)

L1. DME به عنوان عضوی از طرح ما

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

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

در این قسمت درباره تجهیزات پزشکی بادوام (DME) اجاره‌ای توضیح داده می‌شود. در Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از DME را اجاره می‌کنند، پس از پرداخت هزینه مشترک برای کالا به مدت 13 ماه، صاحب تجهیزات می‌شوند. شما به عنوان عضوی از طرح ما می‌توانید تا وقتی از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد و نیاز طولانی مدت داشته باشید از DME برخوردار شوید. علاوه بر این، اقلام بایستی توسط PCP شما، گروه پزشکی، و/یا Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) مجاز شمرده شود و تدارک و هماهنگ شده باشد. برای کسب اطلاعات درباره شرایط اجاره یا مالکیت وسیله پزشکی بادوام و اسنادی که باید ارائه کنید، با مرکز خدمات اعضای ما به شمارهٔ 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

در Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از DME را اجاره می‌کنند، پس از پرداخت هزینه مشترک برای کالا به مدت 13 ماه، صاحب تجهیزات می‌شوند. به‌عنوان عضوی از طرح ما، برخی وسایل پزشکی بادوام نیز وجود دارد که پس‌از اینکه برای چند ماه مشخص آن‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهیم، مالک آن‌ها می‌شوید.

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

انواع خاصی از DME نیز وجود دارد که مالک آن نخواهید شد. برای اطلاع در رابطه با شرایط مورد نیاز و مدارکی که باید تحویل دهید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare

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

توجه: تعریف طرح‌های Original Medicare و MA در **فصل 12** ارائه شده است. همچنین در دفترچه «Medicare و شما در سال 2025» می‌توانید اطلاعات بیشتری کسب کنید. اگر نسخه‌ای از این دفترچه را ندارید، می‌توانید با مراجعه به وب‌سایت Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) یا تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، به‌طور 24 ساعته و در 7 روز هفته، آن را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

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

- در حالیکه عضو طرح ما بودید صاحب DME نشده باشید **و**
- برنامه خود را ترک کنید و مزایای Medicare را خارج از هر طرح درمانی در برنامه Original Medicare یا MA دریافت کنید.

اگر پیش از پیوستن به طرح ما، به برنامه Original Medicare یا MA بابت DME وجه پرداخت کرده‌اید، **آن پرداخت به Original Medicare یا طرح MA به عنوان پرداختی که لازم است پس از ترک طرح ما پرداخت کنید حساب نخواهد شد.**

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

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

L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضو طرح ما

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

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

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

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

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

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

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

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

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

هنگامی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری هستند و **شما طرح ما را ترک کنید و به طرح MA دیگری بپیوندید،** این طرح حداقل مواردی را که Original Medicare پوشش می‌داد پوشش خواهد داد. می‌توانید از برنامه جفت MA خودتان سوال کنید که چه تجهیزات و تدارکات اکسیژنی را پوشش می‌دهد و هزینه شما چه قدر خواهد بود.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید.
از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

فصل 4: نمودار مزایا

مقدمه

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

اعضای جدید Wellcare Dual Align (HMO D-SNP): در بیشتر موارد، شما در روز نخست ماه پس از درخواست عضویت در طرح ما، در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) برای مزایای Medicare نام‌نویسی خواهید شد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را ازطریق Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سوالی دارید، لطفا با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش 65
A1. در حین مواقع اضطراری بهداشت عمومی 65
B. مقررات مربوط به ارائه‌دهندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می‌کنند 65
C. درباره نمودار مزایای طرح ما 65
D. نمودار مزایای طرح ما 67
E. پشتیبانی‌های اجتماعی 116
F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح 122
F1. خدمات افراد ناتوان در California (CCT) 122
F2. Medi-Cal دندان‌پزشکی 123
F3. آسایشگاه بیماران رو به‌مرگ 123
F4. خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS) 124
F5. 1915 (c) برنامه های چشم پوشی از خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS). 125
F6. خدمات سلامت رفتاری شهرستان که خارج از طرح ما ارائه می‌شود (خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد) 127
G. مزایایی که طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش نمی‌دهند 129

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

A. خدمات تحت پوشش

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

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

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

A1. در حین مواقع اضطراری بهداشت عمومی

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

B. مقررات مربوط به ارائه‌دهندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می‌کنند

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

شما هرگز نباید صورتحسابی برای خدمات تحت پوشش از ارائهدهنده دریافت کنید. اگر صورت‌حساب دریافت کردید، به **فصل 7 بخش A** دفترچه *راهنمای اعضای* رجوع کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

C. درباره نمودار مزایای طرح ما

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

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

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را طبق قوانین تعیین شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌کنیم.
- این خدمات از جمله خدمات پزشکی، سلامت رفتار و سوءاستفاده از مواد، خدمات و پشتیبانی بلندمدت، امکانات، تجهیزات، و داروها باید از نظر پزشکی ضرورت داشته باشند. ضرورت پزشکی خدمات، لوازم، یا داروهایی را که برای پیشگیری، تشخیص، یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامت فعلی خود نیاز دارید توصیف می‌کند. این موضوع شامل مراقبتی میشود که از رفتن شما به بیمارستان یا مرکز پرستاری جلوگیری میکند. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته‌شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند. خدمات زمانی از نظر پزشکی ضروری هستند که از نظر منطقی برای محافظت از جان شما، پیشگیری از بروز بیماری‌های حاد یا ناتوانی‌های شدید یا کاهش دردهای شدید لازم باشند.
- برای ثبت‌نام‌کنندگان جدید، طرح باید حداقل دوره انتقال 90 روزه‌ای را ارائه دهد که طی آن طرح MA جدید ممکن است نیازی به مجوز قبلی برای هیچ دوره فعال درمانی نداشته باشد، حتی اگر دوره درمان برای خدماتی باشد که با ارائه‌دهنده خارج از شبکه شروع شده باشد.
- شما می‌توانید از ارائه‌دهنده شبکه مراقبت دریافت کنید. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری دارد. در بیشتر موارد، مراقبت‌هایی که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، مگر اینکه مراقبت‌های فوری ضروری مورد نیاز باشد یا طرح شما یا یک ارائه‌دهنده شبکه، شما را ارجاع داده باشد. **فصل 3، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری در مورد استفاده از ارائه‌دهندگان شبکه و خارج از شبکه ارائه می‌دهد.
- شما یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) یا یک تیم مراقبتی دارید که مراقبت شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، پیش از استفاده از کسی که به ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PCP) شما وابسته نیست یا ارائه‌دهنده دیگری در شبکه طرح درمانی باید از ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه خود تأییدیه دریافت کنید. این کار ارجاع نام دارد. **فصل 3، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* شامل اطلاعات بیشتری درباره دریافت ارجاع و زمانی که به ارجاع نیاز **ندارید** است.
- ما برخی از خدمات ذکر شده در نمودار مزایا را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک یا ارائه‌دهنده شبکه دیگر ابتدا تأییدیه ما را دریافت کند. به این کار دریافت مجوز قبلی (PA) گفته می‌شود. ما خدمات تحت پوشش در نمودار مزایا را که نیاز به مجوز قبلی دارند با فونت مورب می‌نویسیم.
- اگر طرحتان تأیید درخواست PA را برای دوره درمان ارائه می‌کند، تأییدیه باید تا زمانی که از نظر پزشکی منطقی و ضروری است معتبر باشد تا از بروز اختلال در مراقبت براساس معیارهای پوشش، سابقه پزشکی شما، و توصیه‌های ارائه‌دهنده درمان جلوگیری شود.
- اگر مزایای Medi-Cal خود را از دست بدهید، تا 6 ماه پس از ادامه واجد شرایط بودن، مزایای Medicare شما در این طرح ادامه خواهد داشت. اما خدمات Medi-Cal شما ممکن است تحت پوشش قرار نگیرند.

برای کسب اطلاعات درباره واجد شرایط بودن برای Medi-Cal با دفتر واجدشرایط بودن شهرستانتان یا Health Care Options تماس بگیرید. مزایای Medicare خودتان را می‌توانید حفظ کنید، اما مزایای Medi-Cal را نه.

اطلاعات مزایای مهم برای اعضایی که واجد شرایط «کمک اضافی» هستند:

- اگر برای پرداخت هزینه‌های برنامه داروهای تجویزی Medicare، مانند حق بیمه، فرانشیزها و بیمه مشترک، «Extra Help» دریافت می‌کنید، ممکن است واجد شرایط سایر مزایای تکمیلی هدفمند و/یا کاهش هدفمند تقسیم هزینه باشید.
- لطفاً برای جزئیات بیشتر ،به نمودار مزایای پزشکی در **فصل 4، بخش D** بروید.

- اعضا واجد شرایط حذف تقسیم هزینه برای داروهای بخش D. برای جزئیات بیشتر، به **فصل 6** مراجعه کنید.

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) که مورد تأیید Medicare است، این مزایا را به عنوان بخشی از برنامه Value-Based Insurance Design ارائه می‌کند. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد راه های جدیدی را برای بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند

همه خدمات پیشگیری رایگان هستند. این سیب را در کنار خدمات پیشگیری در نمودار مزایا مشاهده خواهید کرد.

D. نمودار مزایای طرح ما

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	غربالگری آنوریسم آئورت شکمی ما هزینه یک بار سونوگرافی غربالگری برای افراد در معرض خطر پرداخت خواهیم کرد طرح 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 ارجاع داده شوید.	$0
	طب سوزنی ما تا سقف دو بار برای هر ماه تقویمی هزینه‌های سرپایی طب سوزنی بیماران را پرداخت می‌کنیم، و در صورتی تعداد دفعات بیشتری را پوشش می‌دهیم که این جلسات از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد. اگر کمر درد مزمن دارید که به صورت زیر تعریف می‌شود، ما هزینه 12 جلسه طب سوزنی در مدت 90 روز را هم پرداخت می‌کنیم: • 12 هفته یا بیشتر ادامه داشته باشد؛ • خاص نباشد (بدون علت سیستمی قابل شناسایی، مانند مواردی که مربوط به بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی نباشد)؛ • مربوط به عمل جراحی نباشد؛ و • مربوط به بارداری نباشد. علاوه بر آن، اگر درد مزمن کمر شما تا حدودی بهبود پیدا کند، هزینه هشت جلسه طب سوزنی دیگر نیز پرداخت می‌شود امکان این وجود ندارد که در هر سال بیش از 20 جلسه درمان طب سوزنی برای درد پایین کمر دریافت کنید. در صورتی که بهتر نشدید یا بدتر شدید، درمان طب سوزنی باید متوقف شود. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل ما هزینه یک ار غربالگری سوءمصرف الکل (SBIRT) را برای افراد بزرگسالی که سوءمصرف الکل دارند، اما به الکل وابسته نیستند، پرداخت می‌کنیم. این موضوع شامل زنان باردار می‌شود. اگر معاینه تشخیصی شما برای اعتیاد به الکل مثبت باشد، می توانید حداکثر چهار جلسه کوتاه مشاوره رو در رو در سال را با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) یا کاروری در محیط مراقبت های اصلی دریافت کنید (اگر در طول مشاوره قادر و هشدار باشید).	$0
خدمات آمبولانس خدمات آمبولانس تحت‌پوشش چه برای وضعیت اضطراری و چه برای شرایط غیراضطراری، ازجمله خدمات زمینی یا هوایی (هواپیما و بالگرد). آمبولانس شما را به نزدیکترین محلی خواهد برد که بتوان به شما مراقبت ارائه کرد. عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای سلامتی یا جان شما خطرناک باشد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد (غیراضطراری) باید به تأیید ما برسد. در مواردی که اضطراری نمی باشند، ما ممکن است هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای زندگی یا سلامتی شما خطرناک باشد. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0
معاینات روتین جسمی سالانه معاینات فیزیکی سالانه شامل معاینات قلب، ریه، شکم و سیستم های عصبی، و همچنین معاینات 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 سالانه».	$0

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	ویزیت تندرستی سالانه شما می‌توانید یک معاینه چک آپ سالانه را دریافت کنید. این معاینه برای ایجاد یا بروز رسانی برنامه پیشگیری براساس عوامل مخاطره آمیز فعلی شما می‌باشد. ما هر 12 ماه یک بار این هزینه را پرداخت خواهیم کرد. **توجه**: اولین ویزیت سالانه تندرستی شما نمی تواند دیرتر از 12 ماه پس از ویزیت به **Medicare خوش‌آمدید** شما انجام شود. با وجود این، برای دریافت ویزیت سالانه تندرستی پس از گذراندن قسمت B به مدت 12 ماه، نیازی به ویزیت به **Medicare خوش‌آمدید** ندارید.	$0
	خدمات پیشگیرانه آسم شما می‌توانید آموزش آسم و ارزیابی محیط خانه را برای محرک‌هایی که معمولاً در خانه افراد مبتلا به آسم که به خوبی کنترل نشده یافت می‌شود، دریافت کنید.	$0
	سنجش تراکم استخوان ما هزینه برخی ارزیابی‌های خاص را برای اعضای واجد شرایط (معمولاً فردی که در معرض خطر از دست دادن حجم توده استخوان یا پوکی استخوان باشد) پرداخت خواهیم کرد. این روال‌ها توده استخوان را شناسایی کرده، از دست رفتن استخوان را پیدا کرده یا کیفیت استخوان را مشخص می‌کند. ما هر 24 ماه یک بار یا در صورت ضرورت پزشکی در فواصل زمانی کوتاهتر، این هزینه را پرداخت می‌کنیم . همچنین ما هزینه پزشک را برای بررسی و نظردهی درباره نتایج پرداخت خواهیم کرد.	$0
	غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • یک ماموگرام اولیه بین 35 و 39 سالگی • یک معاینه غربالگری ماموگرام هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا • معاینات بالینی سینه هر 24 ماه	$0

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات توانبخشی قلبی ما هزینه‌های مربوط به خدمات توانبخشی قلب مانند ورزش، آموزش و مشاوره را پرداخت می‌کنیم. اعضا باید شرایط خاصی داشته باشند و ارجاع پزشک را داشته باشند. ما همچنین هزینه برنامه‌های توانبخشی قلبی متمرکز را پوشش می‌دهیم که از برنامه‌های توانبخشی قلبی فشرده‌تر است. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0
	ویزیت کاهش خطر بیماری قلب و عروق (درمان بیماری قلبی) برای کمک به کاهش احتمال بروز بیماری‌های قلبی، هزینه ویزیت را یک بار در سال، یا بیشتر در صورت ضرورت پزشکی، برای ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) پرداخت می‌کنیم. در طول این ویزیت، پزشک شما ممکن است: • استفاده از آسپیرین را توصیه کند، • فشار خون شما را کنترل کند، **و/یا** • به شما راهنمایی‌هایی ارائه کند تا مطمئن شود غذاهای سالم می‌خورید.	$0
	آزمایش بیماری قلب و عروق ما هزینه آزمایشات خون برای کنترل بیماری قلب و عروق را هر پنج سال یکبار (60 ماه) پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات خون، نارسائی‌های مربوط به افزایش خطر بیماری قلبی را نیز کنترل می‌کنند.	$0
	غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • برای همه زنان: آزمایشات پپ و معاینات لگن خاصره هر 24 ماه • برای زنانی که احتمال بروز سرطان دهانه رحم یا واژن در آنها زیاد است: هر 12 ماه یک تست پاپ اسمیر • برای زنانی که نتیجه تست پاپ اسمیر آن‌ها در سه سال گذشته غیرطبیعی بوده است و در سن بارداری هستند: هر 12 ماه یک تست پاپ اسمیر • برای زنان بین 30 تا 65 سال: آزمایش پاپیلومای انسانی (HPV) یا آزمایش پاپ اسمیر به علاوه HPV هر 5 سال یک‌بار	$0

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات کایروپراکتیک (مراقبت‌های پا) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • میزان سازی ستون فقرات برای تصحیح همترازی *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0
	غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • 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 می شوند، یا هر 48 ماه بعد از سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر برای بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ نیستند، و هر 24 ماه برای بیمارانی که بعد از کولونوسکوپی یا معاینه تشخیصی تنقیه باریوم در معرض خطر بالایی هستند پوشش داده می شوند. • سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر برای بیماران 45 سال یا 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. • آزمایش بررسی خون مخفی در 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 یک بار. • تنقیه باریوم به عنوان جایگزین کولونوسکوپی در بیمارانی که در معرض خطر بالایی هستند و 24 ماه از آخرین معاینات تنقیه باریوم یا آخرین غربالگری کولونوسکوپی آنها گذشته است. • تنقیه باریم به عنوان جایگزینی برای سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر برای بیماران غیر در معرض خطر و بالای 45 سال. هر 48 ماه یک بار بعد از آخرین غربالگری تنقیه باریوم یا سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر. اگر نتیجه آزمایش تحت پوشش Medicare برای غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد از طریق مدفوع و به‌صورت غیرتهاجمی مثبت باشد، غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد شامل یک غربالگری کولونوسکوپی پیگیری خواهد بود. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید.
از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات محلی بزرگسالان (CBAS) CBAS برنامه بهداشتی روزانه و محلی است که به سالمندان و بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های مزمن، عارضه‌های شناختی یا روانی، و/یا معلولیت که احتمال ضرورت درمان بیمارستانی آنها وجود دارد خدمات ارائه می‌دهد. برنامه CBAS جایگزینی برای مراقبت های سازمانی برای ذینفعان Medi-Cal است که می توانند با کمک خدمات بهداشتی، توانبخشی، مراقبت شخصی و اجتماعی مناسب در خانه زندگی کنند. برنامه CBAS در تلاش برای حفظ استقلال شخصی، بر مشارکت با فرد شرکت کننده، خانواده و/یا مراقب، پزشک ارائه‌دهنده مراقبت های اولیه و جامعه تاکید می کند. خدمات ارائه شده در این مرکز عبارتند از: • خدمات پرستاری حرفه ای • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • خدمات سلامت روان • فعالیت های درمانی • خدمات اجتماعی • مراقبت شخصی • غذاهای گرم و مشاوره تغذیه • انتقال به محل سکونت فرد شرکت کننده یا انتقال از آن **توجه:** اگر مرکز CBAS دردسترس نباشد، می‌توانیم این خدمات را به‌صورت جداگانه ارائه کنیم.	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات دندانپزشکی به عنوان یک عضو Medi-Cal، بسیاری از خدمات دندانپزشکی استاندارد از طریق Medi-Cal دندان‌پزشکی دردسترسند که شامل، اما نه محدود به، موارد زیر است: • معاینات دندانپزشکی (هر 12 ماه یکبار) • تمیز کردن دندان (هر 12 ماه یکبار) • پوسته پوسته شدن و صاف کردن ریشه • وارنیش فلوراید (هر 12 ماه یکبار) • اشعه ایکس • پر کردن • تاج ها (تاج روی دندان های آسیاب یا پرمولر (دندان های پشتی) ممکن است در برخی موارد پوشیده شوند) • کانال های ریشه • پروتزهای جزئی و کامل • خطوط دندان مصنوعی • برداشتن دندان • خدمات اضطراری می‌توانید اطلاعات بیشتر درباره مزایای دندانپزشکی Medi-Cal خود را در https://smilecalifornia.org یا با تماس با شماره 1-800-322-6384 دریافت کنید. این تماس رایگان است. مزایای دندانپزشکی از طریق برنامه‌های خدمات غیررایگان دندان‌پزشکی Medi-Cal و مراقبت مدیریت‌شده دندان‌پزشکی (DMC) دردسترسند. نمایندگان خدمات غیررایگان دندان‌پزشکی Medi-Cal از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه دردسترسند. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات دندانپزشکی (ادامه) کاربران TTY باید با شمارهٔ 1-800-735-2922 تماس بگیرند. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی را زمانی پرداخت می کنیم که این خدمات بخش یکپارچه ای از درمان خاص وضعیت سلامت اولیه ذینفع باشد. 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. علاوه بر مزایای Medi-Cal دندانپزشکی، طرح ما خدمات و اقدامات دندانپزشکی تکمیلی را نیز پوشش می‌دهد. این خدمات ممکن است شامل موارد زیر باشد، اما محدود به آنها نیست: • کراون - فلزات نجیب - هر 5 سال تقویمی یک بار به ازای هر دندان • پروتزهای دندانی (دندان مصنوعی) - هر 2 سال تقویمی برای هر فک • بریج - هر 5 سال تقویمی برای هر دندان استثناها و محدودیت‌هایی اعمال می‌شود. اطلاعات مربوط به پوشش دهی اضافی خدمات دندانپزشکی شامل فهرست دقیقی از اقدامات و روندهای تحت پوشش، استثناها و محدودیت ها در وب‌سایت ما قابل دسترسی است. به سایت www.wellcare.com/healthnetCA بروید و روی «Shop for Plans» (خرید طرح ها) در بالای صفحه کلیک کنید، سپس «Plan Benefit Materials» (مطالب مربوط به مزایای طرح) را انتخاب کنید. گواهی پوشش‌دهی (EOC) را انتخاب کنید. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) را در لیست قرار دهید تا جزئیات مزایای دندانپزشکی را برای این طرح ببینید. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	
	غربالگری افسردگی ما هر سال یک بار هزینه غربالگری افسردگی را پرداخت می‌کنیم. این غربالگری باید در یک محیط مراقبت‌های درمانی اولیه انجام شود که بتواند درمان و ارجاعات بعدی را ارائه کند.	$0
	غربالگری دیابت اگر هرکدام از عوامل خطر زیر را داشته باشید، ما هزینه این غربالگری (از جمله آزمایش قند ناشتا) را پرداخت می‌کنیم: • فشار خون بالا • تاریخچه میزان غیرعادی کلسترول و تری گلیسیرید **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	غربالگری دیابت (ادامه) • چاقی • تاریخچه قند خون بالا (گلوکز) آزمایشات ممکن است در برخی موارد دیگر از قبیل اینکه مبتلا به اضافه وزن و تاریخچه خانوادگی دیابت باشید تحت پوشش باشند. ممکن است واجد شرایط حداکثر دو غربالگری دیابت در هر 12 ماه، پس‌از تاریخ آخرین آزمایش غربالگری دیبات خودتان، باشید.	
	آموزش، خدمات و لوازم کنترل شخصی دیابت ما هزینه خدمات زیر را برای تمام افرادی که بیماری دیابت دارند پرداخت می‌کنیم (چه از انسولین استفاده کنند یا خیر): • لوازم کنترل و نظارت بر قند خون شامل موارد زیر: ○ دستگاه کنترل و نظارت بر گلوکز/قند خون ○ نوارهای آزمایش گلوکز/قند خون ○ تیغ و وسیله‌های مربوطه ○ محلول‌های کنترل گلوکز برای کنترل دقت نوارهای آزمایش و دستگاه‌های کنترل • برای افراد مبتلا به دیابت که بیماری‌های شدید ناشی از دیابت در ناحیه پای خود دارند، ما هزینه موارد زیر را پرداخت می‌کنیم: ○ یک جفت کفش سفارشی طبی (شامل قالب) به همراه خدمات اندازه کردن کفش‌ها و دو جفت قالب اضافی در هر سال تقویمی، **یا** ○ یک جفت کفش عمق‌دار، به همراه خدمات اندازه کردن کفش و سه جفت قالب در سال (شامل قالب‌های برداشتنی غیرسفارشی نمی‌شود که به همراه این کفش‌ها ارائه می‌شوند) • در برخی موارد، ما هزینه آموزش برای کمک به مدیریت دیابت خود را پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید. محصولات OneTouch™ از سوی Lifescan، لوازم تست مورد ترجیح بیماران دیابتی هستند (مانیتورهای گلوکز و نوارهای تست). سایر برندها تحت پوشش نیستند؛ مگر در صورت ضرورت پزشکی و با مجوز قبلی. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات همراه زائو برای افرادی که باردار هستند، ما هزینه 9 ویزیت با همراه زائو در دوران قبل از زایمان و پس از زایمان و همچنین حمایت در طول زایمان و درد زایمان را پرداخت می‌کنیم.	$0
تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه برای تعریف «وسیله پزشکی بادوام (DME)» به **فصل 12** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید. ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم: • صندلی چرخ‌دار از جمله صندلی چرخ‌دار برقی • عصای زیر بغل • سیستم خوشخواب برقی • پد فشار خشک برای تشک • لوازم دیابت • تخت‌های بیمارستان که توسط ارائه‌دهنده برای استفاده در خانه خود سفارش داده می‌شوند • پمپ و پل تزریق درون وریدی (IV) • دستگاه های تولید گفتار • تجهیزات و لوازم اکسیژن • نبولایزر • واکر • عصای خمیده استاندارد یا واکر و وسایل جایگزین • نگهدارنده گردن (بر روی در) • محرک استخوان • تجهیزات مراقبت دیالیز اقلام دیگری ممکن است تحت پوشش باشند. ما هزینه DME کلیه ضرورت‌های پزشکی که معمولاً تحت پوشش Medicare و Medi-Cal است را پرداخت می‌کنیم. در صورتی که تأمین‌کننده ما در منطقه شما محصول یک برند یا تولیدکننده را نداشت، شما می‌توانید سؤال کنید که آیا می‌توانند آن را برای شما سفارش دهند یا خیر. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه (ادامه) لطفاً برای دریافت کمک در یافتن ارائه‌دهندهدیگری که ممکن است وسیله مورد نظر را داشته باشد، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. وسیله پزشکی بادوام که تحت پوشش Medicare نبوده و برای خارج خانه استفاده می‌شوند نیز تحت پوشش هستند. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	
مراقبت‌های اضطراری مراقبت‌های اضطراری یعنی خدماتی که: • توسط ارائه‌دهنده‌ای ارائه شوند که در زمینه خدمات مراقبت اضطراری آموزش دیده است، **و** • برای درمان وضعیت اورژانس پزشکی لازم هستند. وضعیت اورژانس پزشکی یک وضعیت سلامت است که با درد شدید و آسیب جدی همراه است. وضعیت به قدری جدی است که اگر فوراً به آن رسیدگی نشود، هر شخصی با دانش متوسط بهداشتی و پزشکی، گمان می‌کند در نتیجه آن: • خطر جدی برای سلامت شما یا جنین متولدنشده وجود داشته باشد؛ **یا** • عملکردهای بدن آسیب جدی می‌بینند؛ **یا** • عملکرد یکی از اعضا یا قسمت‌های بدن با اختلال جدی روبرو می‌شود. • در مورد زنان باردار در حال وضع حمل، در شرایط زیر: ○ وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد. ○ انتقال به بیمارستان دیگر برای سلامت و امنیت شما یا جنین‌تان را در خطر قرار دهد.	$0 اگر مراقبت‌های اضطراری را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید و پس از اینکه وضعیت اضطراری شما ثبات پیدا کرد به مراقبت بیماران بستری نیاز داشته باشید، برای اینکه پرداخت هزینه مراقبت شما ادامه پیدا کند باید به یک بیمارستان شبکه برگردید. فقط در صورتی که طرح تأیید کند می‌توانید در بیمارستانی که خارج از شبکه است برای دریافت مراقبت بستری بمانید.
پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان. به صورت مراقبت فوری، اضطراری، و پس از تثبیت که خارج از ایالات متحده آمریکا دریافت میشود. • فقط محدود به خدماتی است که اگر در آمریکا ارائه شوند به صورت مراقبت‌های اضطراری، دارای نیاز فوری یا پس از تثبیت طبقه‌بندی می‌شوند. • خدمات آمبولانس در شرایطی که رسیدن به اتاق اورژانس از هر طریق دیگر سلامت شما را به خطر می‌اندازد تحت پوشش قرار می‌گیرند. • مالیات و هزینه‌های خارجی (از جمله تبدیل ارز و انتقال وجه) پوشش داده نمی‌شوند. سقف سالانه برای پوشش بیمه اضطراری /فوری در سرتاسر جهان $50,000 تعیین شده است. منظور از آمریکا، 50 ایالت، منطقه کلمبیا، پورتوریکو، جزایر ویرجین، گوام، جزایر ماریانای شمالی و ساموای آمریکایی است.	$110 در صورت بستری شدن برای مراقبت های بیمارستانی بستری، سهم هزینه ویزیت اتاق اورژانس با پوشش سراسر جهان/خدمات مورد نیاز فوری لغو نمی شود.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات تنظیم خانواده قانون به شما امکان می‌دهد برای برخی از خدمات تنظیم خانواده ارائه‌دهنده شبکه دلخواهتان را انتخاب کنید - چه ارائه‌دهنده داخل شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه. بدین معنی که هر پزشک، درمانگاه، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • معاینه تنظیم خانواده و درمان پزشکی • آزمایشگاه تنظیم خانواده و آزمایشات تشخیص • روش‌های تنظیم خانواده (IUD/IUC، کاشت ضد بارداری، تزریق، قرص‌های ضد بارداری، پچ، یا حلقه) • لوازم تجویزی تنظیم خانواده (کاندوم، اسفنج، کف، فیلم، دیافراگم، کلاهک) • خدمات محدود باروری ازجمله مشاوره و آموزش درباره روش‌های آگاهی از باروری و/یا مشاوره سلامت قبل از بارداری، آزمایش و درمان بیماری‌های مقاربتی (STIs) • مشاوره و آزمایش برای HIV و AIDS و سایر عوارض مربوط به HIV • جلوگیری از بارداری دائمی (باید برای انتخاب این روش تنظیم خانواده 21 سال یا بیشتر داشته باشید. باید حداقل 30 روز اما کمتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی فرم فدرال رضایت عقیم‌سازی امضا کنید.) • مشاوره ژنتیک همچنین ما هزینه برخی از خدمات تنظیم خانواده دیگر را نیز پرداخت می‌کنیم. با این حال، برای خدمات زیر باید به یک ارائه‌دهنده در شبکه ما مراجعه کنید: • مداوا برای عوارض پزشکی ناباروری (این خدمات شامل روش‌های مصنوعی باردار شدن نمی‌شود.) • مداوا برای ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV • آزمایش ژنتیک	

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی ما برنامه‌های زیادی را عرضه می‌کنیم که بر روی عوارض درمانی خاصی تمرکز دارند. اینها عبارتند از: • کلاس‌های آموزش سلامت (قلب، آسم، و دیابت)؛ • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • ترک سیگار و قطع مصرف دخانیات؛ و • خط تلفن پرستاری • مزایای ورزش و بدنسازی طرح ما عضویت در یک برنامه ورزش و بدن سازی انعطاف پذیر با اعتبار ماهانه برای استفاده در انواع سالن های ورزشی بزرگ تر یا استودیوهای بدنسازی محلی را ارائه می‌کند. شما هر ماه 32 اعتبار برای استفاده خواهید داشت. اعتبار می‌تواند برای پوشش عضویت ماهانه در باشگاه با تعداد جلسات نامحدود و/یا کلاس‌های استودیو تناسب اندام، پک‌های تناسب اندام در خانه و ویدیوهای تناسب اندام استفاده شود. هر گونه اعتبار استفاده نشده از تخصیص ماهانه به ماه بعد منتقل نمی‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد عضویت تناسب اندام، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا به بخش «مزایای اعضا» در وب‌سایت ما به نشانی www.wellcare.com/healthnetCA مراجعه کنید.	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات شنوایی ما هزینه آزمایشات شنوایی و توازن انجام شده توسط ارائه‌دهنده شما را پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات به شما می‌گویند که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید. وقتی این آزمایش‌ها را از یک پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه‌دهندگان واجد شرایط دریافت می‌کنید، تحت پوشش مراقبت سرپایی هستند. همچنین هزینه سمعک را درصورت تجویز پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان واجد شرایط پرداخت می‌کنیم، ازجمله برای: • قالب، لوازم و جاسازی • تعمیرات • یک مجموعه باتری‌های اولیه • شش بازدید برای آموزش، تنظیمات و جاگذاری با همان فروشنده بعد از اینکه سمعک را دریافت می‌کنید. • دوره اجاره آزمایشی سمعک • دستگاه‌های شنیداری کمکی، دستگاه‌های شنوایی هدایت استخوانی که از سطح ساییده می‌شوند طرح ما خدمات شنوایی تکمیلی (یعنی معمول) زیر را نیز پوشش می‌دهد: • 1 معاینه معمول شنوایی در هر سال. • 1 نصب و ارزیابی سمعک هر سال. • 1 سمعک غیرقابل کاشت تا سقف $1,000 برای هر گوش در سال. محدود به 2 سمعک غیرقابل کاشت در سال. مزایا شامل 3 سال ضمانت ازجمله بابت مفقود شدن یا آسیب دیدن و 2 سال تأمین باتری است. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

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

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

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
آسایشگاه بیماران رو به‌مرگ اگر ارائه‌دهنده شما و متخصص و مدیر امور آسایشگاه بیماران رو به مرگ پیش‌بینی کنند که بیماری شما لاعلاج است، حق این را دارید که اقامت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب کنید. این یعنی بیماری لاعلاجی دارید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر از زندگی شما باقی مانده باشد. می‌توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. طرح ما باید به شما کمک کند تا برنامه های آسایشگاه دارای مجوز Medicare را در منطقه خدماتی طرح پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد. چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • داروهای درمان علائم بیماری و درد • مراقبت تنفسی کوتاه مدت • مراقبت در منزل **خدمات آسایشگاه بیماران رو به مرگ و خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B که مرتبط با بیماری لاعلاج شما است، برای Medicare صادر می شوند.** • برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش G** این فصل مراجعه کنید. **برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما است اما تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B نیست:** • طرح ما خدماتی را پوشش می‌دهد که تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B نیستند. ما خدمات را پوشش می‌دهیم، چه به تشخیص بیماری لاعلاج شما مربوط باشد یا نباشد. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مراقبت‌های آسایشگاه بیماران رو به مرگ (ادامه) **داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای Medicare Part D قرار گیرد:** • داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به‌مرگ و طرح ما نیستند. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** ، **بخش F3** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید. **توجه:** اگر بیماری جدی داشته باشید، ممکن است واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید که مراقبت‌های تیمی بیمار و خانواده‌محور را برای بهبود کیفیت زندگی‌تان ارائه می‌دهد. ممکن است همزمان با مراقبت‌های درمانی/معمول، مراقبت‌های تسکینی را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش «مراقبت تسکینی» در زیر مراجعه کنید. **توجه**: اگر به مراقبتی غیر از مراقبت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ نیاز دارید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید تا این خدمات تدارک شود. عدم مراقبت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ به لاعلاج بودن بیماری شما مربوط **نمی‌شود**. برنامه ما خدمات مشاوره بیماری لاعلاج را برای عضو مبتلا به بیماری لاعلاج که مزایای آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب نکرده تحت پوشش قرار می‌دهد (فقط یک بار). *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	
	واکسیناسیون ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • واکسن‌های ذات‌الریه • واکسن آنفولانزا، یک بار در هر فصل شیوع آنفولانزا در پاییز و زمستان، همراه با واکسن اضافی آنفولانزا در صورت ضرورت پزشکی • واکسن هپاتیت B اگر در معرض خطر شدید یا متوسط ابتلا به هپاتیت B هستید • واکسن‌های COVID-19 • واکسن ویروس پاپیلوم انسانی (HPV) • سایر واکسن‌ها اگر در معرض خطر هستید و مقررات پوشش Medicare Part B را برآورده می‌کنند. ما هزینه سایر واکسن‌های مطابق با قوانین پوشش Medicare Part D را پرداخت می‌کنیم. جهت اطلاعات بیشتر درباره خدمات توانبخشی، به **فصل 6**، **بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.	$0

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید.
از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم: • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر از نظر پزشکی ضروری باشد) • خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری عادی • هزینه بخش‌های مراقبت ویژه از قبیل بخش مراقبت‌های ویژه یا بخش‌های مراقبت از قلب • داروها • تست‌های آزمایشگاهی • اشعه ایکس و خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی ضروری • وسایلی از قبیل صندلی چرخدار • خدمات اتاق جراحی و ریکاوری • ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتار درمانی • خدمات اعتیاد بیماران بستری • در برخی موارد، پیوند اندام‌های زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/اندام‌های داخلی. اگر به پیوند عضو نیاز دارید، یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare پرونده شما را بررسی می‌کند و تصمیم می‌گیرد که آیا شرایط پیوند را دارید یا خیر. ارائه دهندگان پیوند عضو می‌توانند محلی یا خارج از منطقه خدماتی باشند. اگر ارائه دهندگان خدمات پیوند عضو تمایل داشته باشند نرخ Medicare را بپذیرند، می توانید خدمات پیوند را به صورت محلی یا خارج از الگوی درمان انجمن‌تان دریافت کنید. اگر طرح ما خدمات پیوند عضو را در خارج شبکه ارائه‌دهنده خدمات درمانی به جامعه محلی ما ارائه کند و شما تصمیم بگیرید که پیوند عضو خود را در آنجا دریافت کنید، ما مقدمات اقامت و رفت و آمد شما و یک شخص دیگر را فراهم می‌کنیم و یا هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد • خون، شامل ذخیره و تزریق • خدمات پزشک **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0 برای بستری شدن در یک بیمارستان خارج از شبکه پس از اینکه شرایط اضطراری شما ثابت شده است، باید از طرف طرح ما تأییدیه دریافت کنید.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان (ادامه) **توجه**: برای بستری شدن، ارائه‌دهنده شما باید دستوری را برای پذیرش رسمی به عنوان بیمار بستری در بیمارستان نوشته باشد. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیمار سرپایی در نظر گرفته شوید. اگر مطمئن نیستید بیمار بستری یا سرپایی هستید، باید از پرسنل بیمارستان سؤال کنید. همچنین می توانید اطلاعات بیشتری را در برگه اطلاعات Medicare به نام «آیا شما یک بستری یا سرپایی بیمارستان هستید؟ اگر Medicare دارید - بپرسید!» بیابید. این برگه در این نشانی دردسترس است: https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.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. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با این شماره‌ها تماس بگیرید. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	
	خدمات بستری در بیمارستان روانی اگر خدمات بهداشت روان به بستری شدن در بیمارستان نیاز داشته باشد، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد • اگر نیازمند بستری در یک بیمارستان روانپزشکی مستقل باشید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می‌کنیم. پس از آن مؤسسه بهداشت روان شهرستان محلی هزینه خدمات روانپزشکی همراه با بستری را که از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد پرداخت می‌کند. تأیید دریافت خدمات درمانی پس از 190 روز با هماهنگی مؤسسه بهداشت روان شهرستان محل شما انجام می‌گیرد. ○ محدودیت 190 روزه در مورد خدمات بهداشت روان ارائه شده به بیماران بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان‌های عمومی اعمال **نمی‌شود** • اگر سن شما 65 سال یا بیشتر است، ما هزینه خدماتی که در مؤسسه بیماری‌های روانی (IMD) دریافت کرده‌اید را پرداخت می‌کنیم. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

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

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

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

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
غربالگری سرطان ریه اگر واجد شرایط زیر باشید، طرح درمانی هر 12 ماه هزینه غربالگری سرطان ریه را پرداخت می‌کند: • بین 50 تا 77 سال سن داشته باشید، **و** • با پزشکتان یا خدمات‌دهنده مورد تأیید دیگری مشورت کرده باشید و به تصمیم مشترکی رسیده باشید، **و** • حداقل به مدت 20 سال روزی 1 پاکت سیگار کشیده‌اید و هیچ علائمی از سرطان ریه ندارید یا اینکه درحال حاضر سیگار می‌کشید یا در 15 سال گذشته سیگار کشیدن را ترک کرده‌اید. پس از غربالگری نخست، طرح درمانی هزینه غربالگری دیگری را هر سال با توصیه کتبی پزشک شما یا ارائه‌دهنده واجد شرایط دیگر پرداخت خواهد کرد.	$0
درمان تغذیه پزشکی این مزایا برای اشخاصی است که به دیابت یا بیماری کلیه بدون دیالیز مبتلا هستند. همچنین بعد از پیوند کلیه و در صورت تجویز شدن توسط پزشک چنین حالتی وجود دارد. ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره حضوری در نخستین سال دریافت خدمات درمانی تغذیه پزشکی تحت Medicare در اختیار شما قرار می‌دهیم. ممکن است در صورت ضرورت پزشکی خدمات اضافی را تأیید کنیم. ما هر سال هزینه دو ساعت خدمات مشاوره فردی را پس از آن پرداخت می‌کنیم. اگر وضعیت، درمان یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعات درمان بیشتری را با دستور پزشک دریافت کنید. در صورتی که درمان در سال بعدی نیز لازم باشد، پزشک باید این خدمات را تجویز کند و هر سال مجددا آن را توصیه کند. ممکن است در صورت ضرورت پزشکی خدمات اضافی را تأیید کنیم.	$0
برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (MDPP) هزینه خدمات MDPP توسط طرح ما پرداخت خواهد شد. MDPP به شما کمک می‌کند رفتارهای سالمی را در خودتان ارتقا دهید. آموزش‌های عملی را در زمینه‌های زیر ارائه می‌کند: • تغییر بلندمدت رژیم غذایی، **و** • افزایش فعالیت فیزیکی، **و** • روش‌هایی برای حفظ وزن کاهش‌یافته و سبک زندگی سالم.	$0

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	داروی تجویزی Medicare Part B این داروها تحت پوشش Medicare Part B هستند. طرح ما برای داروهای زیر هزینه می‌پردازد: • داروهایی که معمولاً خودتان نمی‌توانید مصرف کنید، و در هنگام مراجعه به پزشک، در بیمارستان به صورت سرپایی یا در مرکز خدمات جراحی سیار به شما تزریق یا وارد بدن شما می‌شود. • انسولین در کنار تجهیزات پزشکی بادوام (مثل پمپ انسولین که از نظر پزشکی ضروری است) ارائه می شود • سایر داروهایی که با استفاده از وسیله پزشکی بادوام (مانند نبولایزر) مصرف می‌کنید که طرح ما مجاز شمرده است • داروی Alzheimer، Leqembi (Lecanemab ژنریک) که به‌طور داخل وریدی (IV) داده می‌شود • عوامل لخته خون که به خودتان تزریق می‌کنید در صورتیکه مبتلا به هموفیلی باشید • داروهای پیوند/سرکوب‌کننده سیستم ایمنی: اگر Medicare هزینه پیوند عضو شما را پرداخت کرده باشد، دارودرمانی پیوند را پوشش می‌دهد. در زمان پیوند تحت پوشش باید قسمت A را داشته باشید و در زمان دریافت داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی باید قسمت B را داشته باشید. Medicare Part D داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی را درصورتی پوشش می‌دهد که قسمت B آن‌ها را پوشش ندهد • داروهای تزریقی پوکی استخوان. اگر خانه نشین هستید، شکستگی استخوان دارید که پزشک تأیید می‌کند مربوط به پوکی استخوان پس از یائسگی است و نمی‌توانید خودتان دارو را تزریق کنید، ما هزینه این داروها را می‌پردازیم. • برخی از آنتی‌ژن‌ها: Medicare آنتی‌ژن‌ها را در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک آن‌ها را آماده کرده باشد و فردی که به‌درستی آموزش دیده است (که می‌تواند خود بیمار باشد) آن‌ها را تحت نظارت مناسب استفاده کند. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	داروهای نسخه دار Medicare Part B (ادامه) • برخی داروهای ضدسرطان خوراکی: Medicare برخی از داروهای سرطان دهانی را که به روش خوراکی مصرف می‌کنید درصورتی پوشش می‌دهد که همان دارو به شکل تزریقی موجود باشد یا دارو پیش‌دارو (شکل خوراکی دارویی که پس‌از مصرف، به همان مواد تشکیل‌دهنده فعالی تجزیه می‌شود که در داروی تزریقی یافت می‌شود باشد. با دردسترس قرار گرفتن داروهای خوراکی جدید برای درمان سرطان، قسمت B ممکن است آن‌ها را پوشش دهد. اگر قسمت B آن‌ها را پوشش ندهد، قسمت D پوشش می‌دهد • داروهای ضدتهوع خوراکی: Medicare داروهای ضدتهوع خوراکی را که به‌عنوان بخشی از رژیم شیمی‌درمانی ضدسرطان استفاده می‌کنید پوشش می‌دهد اگر قبل، همزمان، یا طی 48 ساعت پس از شیمی‌درمانی تجویز شده باشند یا به‌عنوان جایگزین درمانی کامل برای داروی ضدتهوع داخل وریدی استفاده شوند • برخی از داروهای خوراکی بیماری کلیوی لاعلاج (ESRD) اگر همان دارو به شکل تزریقی موجود باشد و بخش B مزایای ESRD آن را پوشش دهد • داروهای مقلد اثر کلسیوم تحت سیستم پرداخت ESRD ازجمله داروی داخل وریدی Parsabiv و داروی خوراکی Sensipar • بعضی از داوهای خاص برای دیالیز در منزل، از جمله هپارین، آنتیدوت برای هپارین (اگر از نظر پزشکی ضروری باشد)، و بی‌حسی موضعی • ایجنت‌های محرک گلبول قرمز: Medicare اریتروپویتین تزریقی را اگر ESRD داشته باشید یا به این دارو برای درمان کم‌خونی مربوط به برخی شرایط دیگر (مانند Epogen®، Procrit®، Epoetin Alfa، Aranesp®، Darbepoetin Alfa®، Mircera®، یا متوکسی پلی اتیلن گلیکول-اپوتین بتا،) نیاز داشته باشید پوشش می‌دهد • گلوبولین ایمنی درون‌رگی (IV) برای درمان خانگی بیماری‌های نارسایی ایمنی اولیه • تغذیه با لوله انترال و پارنترال (تغذیه داخل وریدی و لوله‌ای) **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	داروهای نسخه دار Medicare Part B (ادامه) پیوند زیر شما را به فهرستی از داروهای Medicare Part B که ممکن است تحت درمان مرحله‌ای قرار گیرند، هدایت می‌کند: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html. همچنین بعضی از واکسن‌های تحت Medicare Part B ما و بیشتر واکسن‌های بزرگسالان را تحت مزایای داروهای تجویزی Medicare Part D پوشش می‌دهیم. **فصل 5 ، بخش A** دفترچه *راهنمای اعضا* مزایای داروهای تجویزی سرپایی ما را توضیح می‌دهد. این بخش مقرراتی که باید برای پوشش داروهای تجویزی پیروی کنید را توصیف می‌کند. **فصل 6 بخش C2** دفترچه *راهنمای اعضا* توضیح می‌دهد که برای داروهای سرپایی خود از طریق طرح ما چه مقدار باید پرداخت کنید. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	
	مراقبت در مرکز پرستاری مرکز پرستاری (NF) محلی است که برای اشخاصی که نمی‌توانند در خانه مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند، مراقبت ارائه می‌دهد. خدماتی که هزینه آنها را پرداخت می‌کنیم شامل موارد زیر ولی به آنها محدود نمی‌شود: • اتاق‌های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورتی که از نظر پزشکی لازم باشد) • خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری • ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی • تنفس‌درمانی • داروهایی که به عنوان بخشی از طرح درمانی به شما داده می‌شود. (این داروها شامل موادی می‌شوند که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، از قبیل عوامل لخته کننده خون.) • خون، شامل ذخیره و تزریق • لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً در مراکز پرستاری داده می‌شوند **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه) • تست‌های آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • استفاده از وسیله هایی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/کارور پزشکی • وسیله پزشکی بادوام • خدمات دندانپزشکی شامل دندان مصنوعی • مزایای بینایی • معاینات شنوایی • مراقبت کایروپراکتیک • خدمات پاپزشکی شما معمولاً خدمات مراقبتی خود را از مراکز شبکه دریافت می‌کنید. ولی ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی دریافت کنید که در شبکه ما نمی‌باشد. شما می‌توانید مراقبت را در صورتی در محل‌های زیر دریافت کنید که آنها مبالغی که طرح ما پرداخت می‌کند را قبول کنند. • آسایشگاه یا گروه مراقبت مستمر بازنشستگی که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می کردید (تا وقتی مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند). • مرکز پرستاری که همسر شما یا همخانه قانونی‌تان در وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند. شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	
	غربالگری و درمان چاقی برای حفظ وزن مناسب اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر است، ما هزینه مشاوره برای کاهش وزن شما را پرداخت می‌کنیم. شما باید این مشاوره را در یک مرکز مراقبت‌های درمانی اصلی دریافت کنید. بدین ترتیب، می‌توان آن را با برنامه پیشگیری کامل شما مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود صحبت کنید.	$0

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید.
از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات برنامه درمان اعتیاد به مواد افیونی (OTP) این طرح هزینه خدمات زیر را برای مداوای اختلال استفاده از مواد مخدر (OUD) می‌پردازد. • فعالیت‌های مصرفی • ارزیابی‌های دوره‌ای • داروهای دارای مجوز سازمان غذا و دارو (FDA) و در صورت مصداق، مدیریت و ارائه این داروها به شما • مشاوره اختلال سوءمصرف مواد • درمان انفرادی و گروهی • انجام آزمایش تشخیص مواد مخدر یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم‌شناسی) *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0
	آزمایش های تشخیصی و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم: • اشعه ایکس • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم فنی • لوازم جراحی مانند پانسمان • تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسیله‌های استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی • تست‌های آزمایشگاهی • خون، شامل ذخیره و تزریق • سایر آزمایشات تشخیص بیماری سرپایی (شامل آزمایشات پیچیده از قبیل CT،MRI ، MRA،SPECT) *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی ما هزینه خدمات ضروری پزشکی که در بخش بیماران سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحت دریافت می‌کنید را می‌پردازیم؛ نظیر: • خدمات در بخش اورژانس یا درمانگاه بیماران سرپایی از قبیل جراحی سرپایی یا خدمات نظارتی ○ خدمات معاینه به پزشک شما کمک می‌کند تا بداند که آیا نیاز به بستری شدن در بیمارستان به عنوان «بستری» دارید یا خیر. ○ گاهی اوقات می‌توانید یک شب در بیمارستان باشید و همچنان «سرپایی» محسوب شوید. ○ در این برگه می‌توانید درباره درمان بستری و سرپایی اطلاعات بیشتری کسب کنید: https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf • صورتحساب بیمارستان برای آزمایشگاه و آزمایش‌های تشخیصی • مراقبت سلامت روان شامل مراقبت در برنامه نیمه بستری در صورتیکه پزشک تأیید کند که مداوا به صورت بیمار بستری بدون آن لازم خواهد بود. • صورتحساب بیمارستان برای پرتوبرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم پزشکی از قبیل تخته شکسته بندی و گچ گیری • معاینات تشخیصی و خدمات پیشگیرانه در نمودار مزایا فهرست شده‌اند • برخی داروهایی که نمی‌توانید مصرف کنید	$0

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

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات توانبخشی بیماران سرپایی ما هزینه فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی را پرداخت می‌کنیم. شما می توانید خدمات توانبخشی بیماران سرپایی را از بخش های بیماران سرپایی بیمارستان، مطب درمانگران مستقل، مراکز جامع توانبخشی بیماران سرپایی (CORF) و سایر مراکز دریافت کنید. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0
	خدمات سرپایی سوءمصرف مواد ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند: • مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل • درمان سوء استفاده دارویی • مشاوره توسط درمانگر واجد شرایط به صورت فردی یا گروهی • سم زدایی نیمه حاد در برنامه اعتیاد مسکونی • خدمات مربوط به الکل و/یا موادمخدر در مرکز درمانی ویژه بیماران سرپایی • مداوا به صورت پیوسته رهش با نالترکسون (vivitrol) *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0
	جراحی سرپایی ما هزینه جراحی و خدمات سرپایی در مراکز سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی را پرداخت می‌کنیم. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مراقبت تسکینی طرح ما مراقبت تسکینی را پوشش می‌دهد. مراقبت تسکینی برای افراد مبتلا به بیماری‌های جدی است. در این نوع، مراقبت بیمار و خانواده‌محور ارائه می‌شود که با پیش‌بینی، پیشگیری، و درمان رنج کیفیت زندگی را بهبود می‌دهد. مراقبت تسکینی آسایشگاه بیماران رو به مرگ **نیست**، بنابراین برای واجدشرایط بودن برای مراقبت تسکینی لازم نیست امید به زندگی شما شش ماه یا کمتر باشد. مراقبت تسکینی همزمان با مراقبت‌های درمانی/معمول ارائه می‌شود. مراقبت تسکینی شامل موارد زیر است: • برنامه‌ریزی مراقبت از قبل • ارزیابی و مشاوره مراقبت تسکینی • طرح مراقبت شامل تمام مراقبت‌های تسکینی و درمانی مجاز، ازجمله سلامت روان و خدمات اجتماعی پزشکی • خدماتی که تیم مراقبت تعیین‌شده برای شما ارائه می‌دهد • هماهنگی مراقبت‌ها • مدیریت درد و علائم اگر سن شما بیشتر از 21 سال باشد، ممکن است آسایشگاه بیماران رو به مرگ و مراقبت‌های تسکینی را همزمان دریافت نکنید. اگر مراقبت تسکینی دریافت می‌کنید و واجدشرایط مراقبت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ هستید، هر زمان بخواهید می‌توانید درخواست مراقبت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ بدهید.	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات بستری شدن جزئی در بیمارستان و خدمات سرپایی جامع بستری شدن جزئی در بیمارستان یک برنامه ساختاریافته درمان روانپزشکی فعال است. این برنامه به عنوان خدمات بیماران سرپایی بیمارستان یا توسط مرکز سلامت روان جامعه محلی عرضه می‌شود. جامع‌تر از مراقبتی است که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر دارای مجوز در مسائل ازدواج و خانواده (LMFT)، یا دفتر مشاور حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید. این برنامه می‌تواند به شما کمک کند تا لازم نباشد در بیمارستان بستری شوید. خدمات سرپایی جامع برنامه‌ای ساختاریافته از درمان‌های فعال رفتاری (روانی) است که به‌عنوان خدمات سرپایی در بیمارستان، مرکز بهداشت روان محلی، مرکز بهداشتی فدرال واجد شرایط، یا درمانگاه بهداشت روستایی ارائه می‌شود و جامع‌تر از مراقبت‌هایی است که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر دارای مجوز در مسائل ازدواج و خانواده (LMFT)، یا دفتر مشاور حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید اما نسبت به بستری شدن جزئی در بیمارستان جامعیت کمتری دارد. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* **توجه**: چون هیچ مرکز بهداشت روان محلی در شبکه ما نیست، ما بستری شدن جزئی در بیمارستان را فقط در قالب خدمات سرپایی بیمارستان پوشش می‌دهیم.	$0
	خدمات پزشک/ارائه‌دهنده شامل ویزیت‌های مطب پزشک ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • خدمات مراقبت درمانی یا جراحی که ضرورت پزشکی داشته و در محل هایی از این قبیل ارائه می‌شوند: • مطب پزشک • مرکز جراحی سرپایی مجاز • بخش بیماران سرپایی بیمارستان • مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

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

	خدمات پزشک/خدمات‌دهنده شامل ویزیت در مطب پزشک (ادامه)
	• معاینات شنوایی و توازن اولیه که ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه شما ارائه می‌دهد، اگر پزشک شما توصیه کرده باشد این ارزیابی‌ها انجام شود تا مشخص شود که آیا به درمان نیاز هست یا نه
	• بعضی از خدمات دورپزشکی از جمله: خدمات مورد نیاز فوری، خدمات سلامت در منزل، پزشک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه، کاردرمانی، متخصص، جلسات فردی و گروهی سلامت روان، خدمات پاپزشکی، سایر متخصصان مراقبت از سلامت، جلسات فردی یا گروهی برای روانپزشکی، فیزیوتراپی و آسیب شناسی گفتار و زبان، جلسات فردی و گروهی خدمات سرپایی مربوط به سوءمصرف 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 ارائه‌دهندگان شبکه استفاده کنید که این خدمات را به روش «سلامت از راه دور» ارائه می دهد.
	  ○ طرح ما 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، دسترسی مجازی به پزشکان دارای مجوز بورد از طریق Teladoc را برای کمک به رسیدگی به طیف گسترده ای از نگرانی ها/سؤالات بهداشتی ارائه می دهد. خدمات تحت پوشش شامل پزشکی عمومی، سلامت رفتاری، پوست و غیره است.
	  ○ ویزیت مجازی (که با عنوان مشاوره از راه دور نیز شناخته می شود) ویزیت توسط پزشک از طریق تلفن یا اینترنت با استفاده از تلفن هوشمند، تبلت یا رایانه است. برخی از انواع ویزیت ها ممکن است به اینترنت و یک دستگاه مجهز به دوربین نیاز داشته باشند.
	  ○ برای اطلاعات بیشتر یا تعیین قرار ملاقات، با Teladoc به شماره 1-800-835-2362 در 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته تماس بگیرید (TTY: 711).
	
	ادامه این مزایا در صفحه بعد	

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

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

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات پزشک/خدمات‌دهنده شامل ویزیت در مطب پزشک (ادامه) • ارزیابی ویدیو و/یا تصاویر ارسالی شما برای پزشک و توضیح و پیگیری از سوی پزشک تا 24 ساعت طول می‌کشد، **اگر:** ○ بیمار جدید نباشید و ○ ارزیابی با یک ویزیت حضوری در 7 روز گذشته مربوط نباشد **و** ○ ارزیابی به یک ویزیت حضوری در 24 ساعت پس از آن یا نزدیکترین وقت ملاقات موجود منتهی نشود • مشورت پزشک شما با سایر پزشکان از طریق تلفن، اینترنت یا دستگاه ضبط الکترونیک سلامتی، اگر بیمار جدید نباشید • نظر ثانویه توسط یک ارائه‌دهنده شبکه دیگرِ شبکه قبل از انجام عمل • مراقبت غیر روتین دندانپزشکی. خدمات تحت پوشش به موارد زیر محدود می‌شوند: ○ جراحی آرواره یا ساختارهای مربوطه ○ جا انداختن شکستگی آرواره یا استخوان‌های صورت ○ کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک ○ خدمات تحت پوشش در صورتیکه توسط پزشک ارائه شوند *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	
	خدمات پاپزشکی ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی مصدومیت و بیماری پا (از قبیل انگشت چکشی یا خار پاشنه پا) • مراقبت متداول از پا برای اعضای مبتلا به عوارضی که روی پا تأثیر می‌گذارند، از قبیل دیابت مراقبت های بیشتر برای مراقبت معمول پا محدود به 12 ویزیت در سال است *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
معاینات تشخیص سرطان پروستات برای مردان به سن 50 سال به بالا، ما هزینه خدمات زیر را برای یکبار در هر 12 ماه پرداخت می‌کنیم: • معاینه انگشتی راست روده • آزمایش آنتی‌ژن ویژه پروستات (PSA) *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0
دستگاه‌های پروتز و اورتز و لوازم مربوطه پروتز جایگزین همه یا بخشی از قسمت‌ها یا عملکرد یک اندام می‌شود. شامل، اما نه محدود به، این موارد است: • آزمایش، تنظیم، یا آموزش استفاده از دستگاه‌های پروتز و اورتز • کیسه کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی • تغذیه با لوله و وریدی، شامل کیت‌های تأمین غذا، پمپ، لوله و آداپتور تزریق، محلول‌ها و منابع برای تزریق توسط خود • ضربان ساز • اتل • کفش پروتزی • بازو و پای مصنوعی • پروتز سینه (شامل سینه بند بعد از جراحی پستان برداری) • پروتز برای جایگزینی تمام یا قسمتی از قسمت خارجی بدن که در نتیجه بیماری، آسیب یا نقص مادرزادی برداشته شده یا آسیب دیده است. • کرم و پوشک بی‌اختیاری ادرار و مدفوع هزینه برخی از لوازم مربوط به دستگاه‌های پروتز و اورتز را پرداخت می‌کنیم. همچنین هزینه تعمیر و یا تعویض دستگاه‌های پروتز و اورتز را پرداخت می‌کنیم. ما برخی هزینه‌ها را بعد از برداشت آب مروارید یا جراحی آب مروارید پوشش می‌دهیم. برای جزئیات به «مراقبت بینایی» در ادامه این نمودار مراجعه کنید. ما هزینه دستگاه‌های پروتز دندان را پرداخت نخواهیم کرد. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

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

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مراقبت در مرکز پرستاران باتجربه (SNF) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند: • اتاق نیمه خصوصی یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی داشته باشد • خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری • ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی • داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی خود دریافت می‌کنید، شامل موادی که به طور طبیعی در بدن وجود دارند از قبیل عوامل لختگی خون • خون، شامل ذخیره و تزریق • لوازم پزشکی و جراحی که در مراکز پرستاری داده می‌شوند • تست‌های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • وسیله هایی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/ارائه‌دهنده شما معمولاً خدمات مراقبتی خود را از مراکز شبکه دریافت می‌کنید. ولی ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی دریافت کنید که در شبکه ما نمی‌باشد. شما می‌توانید مراقبت را در صورتی در محل‌های زیر دریافت کنید که آنها مبالغی که طرح ما پرداخت می‌کند را قبول کنند. • آسایشگاه یا گروه مراقبت مستمر بازنشستگی که قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می کردید (تا وقتی مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند) • مرکز پرستاری که همسر شما یا همخانه قانونی‌تان وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
ترک سیگار و قطع مصرف دخانیات اگر از دخانیات استفاده می‌کنید ولی علائم یا نشانه‌های بیماری مربوط به آن را ندارید و می‌خواهید یا نیاز دارید ترک کنید: • ما هزینه دو بار اقدام به ترک را ظرف 12 ماه به عنوان یک خدمات پیشگیرانه پرداخت خواهیم کرد. این خدمات رایگان می‌باشند. هر اقدام به ترک شامل حداکثر چهار مراجعه حضوری به مشاور است. اگر از توتون استفاده می‌کنید و تشخیص داده شده که به بیماری مربوط به توتون مبتلا هستید یا دارویی را مصرف می‌کنید که ممکن است توتون بر آن تأثیری داشته باشد: • ما در هر دوره 12 ماهه، هزینه دو بار مشاوره جهت ترک را پرداخت خواهیم کرد. هر جلسه مشاوره شامل چهار ویزیت رو در رو می‌باشد.	$0
پلتفرم حمایت اجتماعی طرح ما یک پلتفرم حمایت اجتماعی آنلاین دارد که از سلامت عمومی شما حمایت می‌کند. برای دریافت کمک در زمینه مدیریت استرس و اضطراب می‌توانید به منابع اجتماعی و فعالیت‌های درمانی با حمایت مالی طرح دسترسی داشته باشید. در این پلتفرم به‌راحتی می‌توانید در امر سلامت رفتاری خود نقش داشته باشید. این خدمات به‌صورت آنلاین 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته دردسترس است و می‌توانید در هر زمان از آن استفاده کنید. پلتفرم Twill شامل موارد زیر است: • برنامه‌های سلامت شخصی: به برنامه‌های شخصی‌سازی‌شده ۴ هفته‌ای خودراهنمای Twill Therapeutics که برای ارتقای سلامت جسمی و عاطفی طراحی شده‌اند دسترسی داشته باشید و از این طریق اطلاعات مفیدی را که متخصصان در زمینه سلامت در دوران سالمندی به‌طور خاص برای حمایت از اعضا ارائه می‌کنند نیز دریافت کنید. برنامه‌ها را با سرعت دلخواهتان دنبال کنید و برای نظارت بر روند بهبود سلامتی‌تان پیشرفتتان را زیرنظر بگیرید. • پشتیبانی همتایان و متخصصان: با Twill Care در فضای اجتماعی تحت‌نظارت ارتباط برقرار کنید و با همتایان و کارشناسان پزشکی تعامل برقرار کنید. به مقالات بررسی‌شده از دیدگاه بالینی دسترسی پیدا کنید و توصیه‌های شخصی برای خدمات تکمیلی Wellcare براساس تعاملات و نیازهای شناسایی‌شده‌تان دریافت کنید. • ابزارهای سلامت دیجیتال با تنظیمات شخصی: در فعالیت‌های تعاملی، مدیتیشن، و بازی‌های مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی، آگاهی، و روان‌شناسی مثبت شرکت کنید. این ابزارها به موضوعات کلیدی مانند سلامت در دوران سالمندی، مدیریت انزوا، مراقبت، غم و اندوه، و یافتن هدف در پیری و موارد دیگر می‌پردازند. اعضا می‌توانند با ورود به پرتال اعضا www.wellcare.com/healthnetCA یا تماس با «خدمات اعضا» به پلتفرم دسترسی پیدا کنند. پس از ثبت‌نام می‌توانید هر وقت خواستید مستقیماً از طریق رایانه، رایانه لوحی، یا تلفن هوشمند به پلتفرم دسترسی داشته باشید.	$0

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	ورزش‌درمانی تحت نظارت (SET) ما هزینه SET را برای اعضایی پرداخت می‌کند که بیماری سرخرگ محیطی (PAD) علامت‌دار دارند و از طرف پزشک معالج PAD برای درمان PAD ارجاع شده‌اند. طرح ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند: • تا 36 جلسه در مدت زمان 12 هفته در صورتی که همه پیش‌نیازهای SET را داشته باشید • تعداد 36 جلسه اضافی دیگر به مرور زمان اگر ارائه‌دهنده خدمات مراقبت درمانی آن را از نظر پزشکی ضروری بداند برنامه تنظیم شده باید: • حاوی جلسه های 30 تا 60 دقیقه ای برنامه ورزش درمانی برای PAD برای اعضایی باشد که به خاطر جریان خون نامناسب دچار مشکل "لنگیدن" (claudication) هستند • در مرکز بیماران سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک ارائه شود • درمان توسط پرسنل مورد تأیید انجام شود و اطمینان حاصل شود که مزایای این کار بیشتر از ضرر آن برای بیمار است، همچنین این افراد باید در زمینه ورزش درمانی برای PAD آموزش دیده باشند • تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک یا پرستار/متخصص پرستاری کلینیک باشد که برای روش‌های احیای اولیه و پیشرفته آموزش دیده باشند *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0
	حمل‌ونقل: حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی این مزایا امکانحمل‌ونقلی را فراهم می‌کند که بیشتر مقرون به صرفه و قابل دسترسی باشد. این موارد عبارتند از: خدمات حمل‌ونقل پزشکی با آمبولانس، ون برانکارد، ون جابه‌جایی صندلی چرخدار، و هماهنگی برای حمل‌ونقل نیمه‌عمومی. زمانی این نوع حمل‌ونقل اجازه داده می‌شود که: • وضعیت پزشکی و/یا جسمانی شما امکان ایاب‌وذهاب با اتوبوس، ماشین سواری، تاکسی، یا روش دیگر حمل‌ونقل عمومی یا خصوصی را نمی‌دهد **و** • بسته به خدمات ممکن است نیاز به اخذ مجوز قبلی باشد.	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	حمل و نقل: حمل و نقل غیرپزشکی این مزیت Medicare و Medi-Cal امکان حمل و نقل به خدمات پزشکی توسط اتومبیل مسافربری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی/خصوصی را می‌دهد. حمل و نقل به منظور دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز، از جمله سفر به قرار ملاقات‌های دندانپزشکی و دریافت داروهای تجویزی مورد نیاز است. این مزایا موجب محدودیت مزایای حمل و نقل پزشکی غیراضطراری شما نمی‌شود. طرح Medicare ما هر سال 12 مورد حمل‌ونقل و جابه‌جایی زمینی غیراضطراری یک‌طرفه را در منطقه خدماتی ما تحت‌پوشش قرار می‌دهد. هزینه حمل‌ونقل پس از 12 سفر تحت پوشش مزایای Medi-Cal است. این مزایا به شما کمک می‌کند مراقبت‌ها و خدمات موردنیازتان را دریافت کنید برای رفتن به مراکز بهداشتی، از جمله مطب دکتر، متخصص و دندان‌پزشک می‌توانید از خدمات ایاب و ذهاب استفاده کنید. رفت‌وآمد (که «سفر» نیز نامیده میشون) به 75 مایل در مسیر یکطرفه و تا چهار سفر یکطرفه در روز محدود است. برای رزرو کردن خدمات ایاب و ذهاب با شماره مرکز حمل‌ونقل که در پشت کارت شناسایی عضویتتان درج شده تماس بگیرید. برای مراقبتهای روزمره، تا 1 ماه و حداقل 3 روز پیش از آن تماس بگیرید. دریافت خدمات ایاب و ذهاب برای روز جاری مشروط به دردسترسبودن است. ایاب و ذهاب شامل تاکسی، خودروی مسافربر، ون مناسب برای حمل صندلی چرخ‌دار، و خدمات سفر مشترک (ازجمله Uber یا Lyft) برای برآورده کردن نیازهای سلامتی شما است. برای اینکه تحت پوشش طرح قرار بگیرید، باید از این مزایا برای رفتن به مراکز درمانی استفاده کنید. وسایل نقلیه ممکن است چندین عضو را به طور همزمان حمل کنند و ممکن است در طول سفر در مکان‌هایی غیر از مقصد شما توقف کنند. حتماً هنگام رزرو به نیازهای اضافی مانند استفاده از صندلی چرخ‌دار یا ترجیحاتی مانند نیاز به زمان اضافی برای رسیدن به وسیله ایاب و ذهاب اشاره کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه دریافت خدمات حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی، لطفاً به **فصل 3، بخش G2** مراجعه کنید. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مراقبت‌های فوری ضروری مراقبت‌های فوری ضروری برای درمان موارد زیر: • مورد غیراضطراری که به مراقبت درمانی فوری نیاز دارد، **یا** • بیماری پیش‌بینی‌نشده، **یا** • مصدومیت، **یا** • عارضه‌ای که فوراً به مراقبت نیاز دارد. اگر به مراقبت‌های فوری ضروری نیاز دارید، باید ابتدا تلاش کنید که آن را از یک ارائه‌دهنده داخل شبکه دریافت کنید. با وجود این، زمانی که نمی‌توانید به یک ارائه‌دهنده شبکه دسترسی پیدا کنید، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید، چون با توجه به زمان، مکان، و شرایط شما، دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان شبکه ممکن نیست یا غیرمنطقی است (به عنوان مثال، زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح هستید و به خدمات فوری مورد نیاز پزشکی برای وضعیتی پیش‌بینی‌نشده ، اما غیر اورژانس پزشکی، نیاز دارید).	$0
	مدل Value-Based Insurance Design (VBID) چون طرح شما در برنامه Value-Based Insurance Design شرکت کرده است، می توانید از موجودی Wellcare Spendables™ خود تا سقف هرکدام از مزایای نشان داده‌شده در زیر استفاده کنید. برای دریافت مزایای VBID باید همچنان در این طرح ثبت‌نام باقی بمانید و واجد شرایط LIS باشید. این کمک‌هزینه با مزایای OTC شما ترکیب می‌شود. برای اطلاعات بیشتر درباره کارت Wellcare Spendables، به بخش Wellcare Spendables در این نمودار مراجعه کنید. **پرداخت هزینه سوخت در پمپ بنزین** می‌توانید از کارتتان برای پرداخت مستقیم هزینه بنزین در پمپ‌بنزین‌های شرکت‌کننده در طرح استفاده کنید. از این کارت نمی توانید برای پرداخت حضوری در هنگام ثبت‌نام نقدی استفاده کنید. از این کارت فقط می توانید تا سقف مجاز موجودی تان برای بنزین زدن استفاده کنید. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
Value-Based Insurance Design (VBID) (ادامه) **غذای سالم** می توانید از کارت خود برای غذاها و محصولات سالم در خرده فروشی ها عضو طرح استفاده کنید. غذاهای آماده برای سفارش از طریق پورتال آنلاین در دسترس هستند. از کارت نمی توان برای خرید سیگار یا مشروبات الکلی استفاده کرد. موارد تایید شده عبارتند از: • گوشت و مرغ • میوه ها و سبزیجات • نوشیدنی های مغذی • از اسکنر بارکد درون برنامه برای پیدا کردن اقلام مورد تأیید در فروشگاه‌ها استفاده کنید و به پورتال عضویتتان بروید یا می‌توانید به کاتالوگ مراجعه کنید. **اقلام مربوط به بهبود شرایط در منزل و اقلام حفظ ایمنی** می‌توانید از کارتتان برای کمک به پرداخت هزینه‌های اقلام مربوط به بهبود شرایط در منزل و اقلام حفظ ایمنی استفاده کنید. برای خرید اقلام موردقبول وارد پرتال عضو شوید. موارد تایید شده عبارتند از: • نرده‌های کمکی یا دستگیره در و کف‌پوش‌های ضدلغزش • صندلی‌های ایمنی و وسایل کمکی در حمام • تهویه مطبوع قابل‌حمل و محصولات ارتقا کیفیت هوا • لوازم کنترل آفات و حشرات **کمک اجاره** می توانید از کارت خود در پرداخت هزینه اجاره خانه خود استفاده کنید. برای پرداخت به ارائه دهندگان یا پرداخت مستقیم به ارائه دهندگانی که در آنها پرداخت ها پذیرفته می شود، وارد پورتال اعضا شوید. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	Value-Based Insurance Design (VBID) (ادامه) **کمک های کاربردی** می توانید از کارت خود برای کمک به پرداخت هزینه های آب و برق خانه خود استفاده کنید. به پرتال اعضا وارد شوید تا مستقیماً به ارائه‌دهندگان خدمات شهری در مواردی که پرداخت پذیرفته می‌شود پرداخت کنید. نمی توان از کارت برای تنظیم پرداخت های تکراری خودکار استفاده کرد. هزینه های تایید شده برای این مزیت عبارتند از: • خدمات برق، گاز، تمیزکاری/سطل زباله و آب • خدمات تلفن ثابت و تلفن همراه • خدمات اینترنت • خدمات تلویزیون کابلی (به استثنای خدمات پخش اینترنتی) • برخی هزینه های سوخت، مانند گازوییل برای گرمایش	
	مراقبت‌های بینایی ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: ما هزینه خدمات پزشک سرپایی را برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و آسیب‌های چشمی پرداخت می‌کنیم. برای مثال، این شامل معاینات بینایی برای رتینوپاتی دیابتی افرادی که دیابت دارند و درمان دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می‌شود. برای افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به گلوکوم یا آب سیاه هستند، ما هزینه یک غربالگری آب سیاه را در هر سال پرداخت می‌کنیم. اشخاص زیر در معرض افزایش خطر آب سیاه قرار دارند: • اشخاصی که تاریخچه خانوادگی آب سیاه دارند • اشخاصی که دیابت دارند • آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار که سن آن‌ها 50 سال یا بیشتر است • آمریکایی‌های اسپانیایی‌تبار با سن 65 سال به بالا پس از هر بار جراحی آب مروارید که پزشک لنز داخل چشم شما می‌گذارد، ما هزینه یک عینک و یک جفت لنز تماسی را پرداخت می‌کنیم. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

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

	چشم پزشکی (ادامه)
	
	اگر دو جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید یک عینک پس از هر جراحی دریافت کنید. پس از جراحی دوم نمی‌توانید دو عینک بگیرید حتی اگر پس از جراحی اول عینک نگرفته باشید.
	
	علاوه بر این، طرح ما خدمات بینایی تکمیلی (به عنوان مثال، خدمات بینایی معمول) زیر را پوشش می‌دهد:
	• 1 بار معاینات معمول چشم در هر سال. معاینات معمول چشم شامل آزمایش گلوکوم برای افرادی که در معرض خطر ابتلا به گلوکوم هستند و معاینات شبکیه برای بیماران دیابتی است.
	• تعداد نامحدود عینک طبی هر سال تا حداکثر مزایای $100 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 تنظیم لنز تحت پوشش این طرح است.
	
	حداکثر مبلغ پوشش مزایای طرح $100 در هر سال برای هزینه خرده‌فروشی قاب‌ها و/یا لنزها (شامل هر نوع انتخاب لنز اعم از رنگ و پوشش) اعمال می‌شود.
	
	شما مسئول هر گونه هزینه بالاتر از حداکثر مزایا برای پوشش عینک مکمل (معمول) هستید.
	
	عینک‌های تحت پوشش Medicare در حداکثر مزایای تکمیلی(یعنی معمولی) گنجانده نشده است. اعضا نمی توانند از مزایای عینک و لنز تکمیلی برای افزایش پوشش خود روی عینک و لنز تحت پوشش Medicare استفاده کنند.
	
	توجه: پوشش خدمات معمول بینایی نوعی مزایای تکمیلی این طرح است. نه Medicare و نه Medicaid سهم شما از هزینه های این خدمات را پرداخت نمی کنند.
	
	ادامه این مزایا در صفحه بعد	

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	چشم پزشکی (ادامه) خدمات بینایی باید از طریق شبکه بینایی طرح دریافت شده باشد. اگر درباره نحوه یافتن ارائه‌دهنده سؤالی دارید یا به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا به نشانی www.wellcare.com/healthnetCA مراجعه کنید. *تأیید اولیه (مجوز قبلی) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.* *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	
	ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" ما هزینه یک بار ویزیت پیشگیرانه Welcome to Medicare («به Medicare خوش آمدید») را پوشش می‌دهیم. این ویزیت شامل: • بررسی وضعیت سلامتی شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیری مورد نیاز شما (شامل معاینات تشخیص و واکسن‌ها)، و • ارجاع برای سایر مراقبت‌ها در صورت نیاز. **نکته:** ما فقط طی 12 ماه اولی که شما Medicare Part B دارید هزینه ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» را پوشش میدهیم. وقتی وقت ویزیت میگذارید، به مطب پزشک خود بگویید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» وقت بگیرید. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
Wellcare Spendables™ شما **ماهیانه $66** دریافت خواهید کرد که از قبل روی کارت Wellcare Spendables™ شما شارژ می‌شود. کمک هزینه ماهانه شما در صورت عدم استفاده به ماه بعد منتقل می شود و در پایان سال طرح فاقد اعتبار خواهد شد. **کمک هزینه اضافه شده به کارت را می توانید برای موارد زیر مصرف کنید:** **اقلام بدون نسخه (OTC)** از کارتتان می توانید در مکان های فروش حاضر در طرحی، ازطریق 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 فروشگاه‌ها استفاده کنید و به پورتال عضویتتان بروید یا می‌توانید 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. **از آنجا که طرح شما در برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش شرکت می کند، می توانید از کارت خود برای هر یک از مزایای زیر نیز استفاده کنید:** • پرداخت هزینه سوخت در پمپ بنزین • غذای سالم • اقلام مربوط به بهبود شرایط در منزل و اقلام حفظ ایمنی • کمک اجاره • کمک های کاربردی برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این مزایا، Value-Based Insurance Design (VBID) را در این نمودار ببینید. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	سهم بیمه‌گذار ندارد. حداقل مبلغ $35 ممکن است برای ارسال رایگان در برخی سفارش‌ها اعمال شود. برای خرید درون فروشگاهی هیچ حداقل شرایط الزامی وجود ندارد.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	Wellcare Spendables™ (ادامه دارد) **نحوه استفاده از کارت:** • قبل از استفاده کارت خود را فعال کنید. دستورالعمل ها در نامه ای که همراه با کارت دریافت کرده اید موجود است. • از یک خرده‌فروش عضو طرح بازدید کنید، به لینک پورتال فهرست شده در زیر وارد شوید، یا برنامه تلفن همراه را دانلود کنید. • موارد/خدمات مورد تایید خود را انتخاب کنید. • به تسویه حساب 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. • کارت شما یک کارت اعتباری نیست، اما ممکن است به عنوان "اعتبار" برای پرداخت وارد شود. اگر از شما خواسته شد، کد پین را که 4 رقم آخر شماره کارت است وارد کنید. **توجه:** • بعد از استفاده از کمک هزینه، برای هزینه باقیمانده خریدهایتان باید شخصاً خودتان پرداخت کنید • اقلام خریداری‌شده در فروشگاه را می‌توانید با توجه به خطمشی تعویض یا پس دادن خرده‌فروشی‌ها برگردانید • اگر کارتتان درست کار نمی‌کند یا در صورت بروز مشکل فنی، لطفاً با شماره زیر با ما تماس بگیرید. • مسئولیت گم شدن یا سرقت شدن کارت ها بر عهده Wellcare نیست. • کارت Wellcare Spendables™ فقط برای استفاده شخصی شما است، قابل فروش یا انتقال نیست و ارزش نقدی ندارد. • ممکن است محدودیت‌ها و استثنائات اعمال شود. فقط موارد تأییدشده تحت پوشش قرار می‌گیرند. • 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 از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است. همچنین می‌توانید از این نشانی بازدید کنید:** member.membersecurelogin.com.	

E. پشتیبانی‌های اجتماعی

ممکن است تحت طرح مراقبت فردی‌تان پشتیبانی نیز دریافت کنید. پشتیبانی‌های اجتماعی خدمات یا محیط‌های جایگزین مقرون به صرفه و مناسب از نظر پزشکی هستند که به افراد تحت پوشش طرح ایالتی Medi-Cal ارائه می‌شوند. این خدمات برای اعضا اختیاری است. اگر واجد شرایط باشید، این خدمات ممکن است به شما کمک کند مستقل‌تر زندگی کنید. این خدمات جایگزین مزایایی که درحال‌حاضر تحت Medi-Cal دریافت می‌کنید نمی‌شوند.

پشتیبانی‌های اجتماعی (CS) یکی از برنامه‌های California Advancing and Innovating Medi-Cal (CalAIM) است که دفتر خدمات مراقبت از سلامت (DHCS) ارائه می‌دهد. این خدمات یکی از چندین برنامه‌ای است که برای کمک به بهبود سلامت اعضای Medi-Cal در سراسر ایالت در نظر گرفته شده است.

Wellcare by Health Net با ارائه‌دهندگان CS مشارکت می‌کند که سازمان‌های مبتنی بر جامعه هستند و تجربه کار مستقیم در اجتماع را دارند و می‌توانند نیازهای اعضا را درک کنند. هدف اصلی این است که اعضا از خانه یا اجتماع خود دور نشوند و بتوانند مراقبت را در مکان‌هایی دریافت کنند که بیشتر احساس راحتی می‌کنند. همانطور که در جداول زیر توضیح داده شده است، 14 نوع خدمات برای کمک به اعضا وجود دارد.

اگر به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید بدانید کدام پشتیبانی‌های اجتماعی ممکن است برای شما دردسترس باشد، با «خدمات اعضا» به شماره 1-833-236-2366 (TTY: 711) یا با ارائه‌دهنده مراقبت از سلامت خود تماس بگیرید.

خدمات مربوط به مشکلات مسکن و بی‌خانمانی:

پشتیبانی‌های اجتماعی	خدماتی که می‌توانید دریافت کنید
جابه‌جایی مسکن خدمات ناوبری	**کمک به پیدا کردن مسکن**. این خدمات ممکن است شامل کمک در موارد زیر شود: • آیا به‌دنبال مسکن یا جایی برای زندگی کردن هستید؟ • نحوه درخواست کردن مسکن. • تهیه طرح پشتیبانی مسکن. خدمات در تمام کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • برای کمک در زمینه یافتن مسکن ازطریق Coordinated Entry System یا سیستم‌های مشابه در فهرست باشید. • بی‌خانمان شده‌اید. • در معرض خطر بی‌خانمان شدن قرار دارید.

پشتیبانی‌های اجتماعی	خدماتی که می‌توانید دریافت کنید
اجاره مسکن و خدمات پایدار	کمک به **حفظ مسکن پس‌از سکونت**. این خدمات ممکن است شامل کمک به تنظیم بودجه، پرداخت به‌موقع اجاره، و درک حقوق و مسئولیت‌های قرارداد اجاره باشد. خدمات در تمام کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • دریافت خدمات جابه‌جایی مسکن/ناوبری. • برای کمک در زمینه یافتن مسکن ازطریق Coordinated Entry System یا سیستمی مشابه در فهرست باشید. • درحال‌حاضر بی‌خانمان شده‌اید. • در معرض خطر بی‌خانمانی قرار دارید.
ودیعه مسکن	**کمک به پیدا کردن مسکن**. شامل این موارد: • پرداخت ودیعه برای اجاره. • پوشش هزینه خدمات آب، برق، گاز برای ماه اول. • اجاره ماه اول و آخر قبل از نقل مکان، درصورت نیاز. خدمات در تمام کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • دریافت خدمات جابه‌جایی مسکن/ناوبری. • برای کمک در زمینه یافتن مسکن ازطریق Coordinated Entry System یا سیستمی مشابه در فهرست باشید. • بی‌خانمان شده‌اید.

خدمات بازیابی سلامت:

پشتیبانی‌های اجتماعی	خدماتی که می‌توانید دریافت کنید
مراقبت برای بازیابی سلامت (فرجه پزشکی)	**تأمین مسکن کوتاه‌مدت برای افرادی که دیگر نیاز نیست در بیمارستان بستری باشند اما همچنان باید** جراحت یا بیماری آن‌ها بهبود پیدا کند. خدمات در برخی کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • در خطر بستری شدن قرار دارید یا دوران بهبود پس‌از بستری شدن را سپری می‌کنید. • تنها زندگی می‌کنید و هیچ پشتیبانی رسمی‌ای ندارید. • با عدم قطعیت در تأمین مسکن مواجه شده‌اید یا مسکنی دارید که اگر تغییری در آن ایجاد نشود، سلامت و ایمنی‌تان را به خطر می‌اندازد.
مراقبت فرجه‌ای	**مراقبت‌کنندگان از افرادی که به مراقبت یا حمایت کوتاه‌مدت نیاز دارند، دوره فراغت کوتاه‌مدتی** دریافت می‌کنند. خدمات در تمام کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • در مکانی زندگی می‌کنید که فعالیت روزانه‌تان را محدود می‌کند. • به مراقبت‌کننده‌ای نیاز دارید که بخش اعظم حمایت از شما را انجام دهد. • برای جلوگیری از بستری شدن در خانه سالمندان یا مکان‌های مشابه، به فرجه پزشکی برای مراقبت‌کنندگان نیاز دارید.
تأمین مسکن موقت پس‌از ترخیص از بیمارستان	مکانی که در آن می‌توانید بلافاصله پس‌از ترخیص از بیمارستان، **مراقبت‌های لازم را برای اختلالات روانی یا سوءمصرف مواد دریافت کنید.** خدمات در برخی کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • مراقبت‌های بهبوددهنده را ترک می‌کنید. • بخش بستری بیمارستان را ترک می‌کنید. • بی‌خانمان بودن مطابق با تعریف HUD درباره شما صدق می‌کند.

پشتیبانی‌های اجتماعی	خدماتی که می‌توانید دریافت کنید
مرکز امداد سوءمصرف الکل	**مکانی که در آن می‌توانید درباره الکل یا مشکلات مربوط به مصرف الکل کمک بگیرید،** به‌جای اینکه به بخش اورژانس یا زندان منتقل شوید. خدمات در برخی کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • افرادی که 18 سال یا بیشتر دارند و مست هستند. • به بخش اورژانس یا زندان منتقل شده‌اند. • به بخش اورژانس منتقل شده‌اند و شرایط انتقال به مرکز امداد سوءمصرف الکل را دارند.

خدمات سلامتی طولانی مدت در شرایط مشابه با خانه:

پشتیبانی‌های اجتماعی	توضیحات
درمان آسم	**جابه‌جایی** به خانه‌ای برای دوری از عوامل مضر تشدیدکننده آسم. خدمات در تمام کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • کنترل آسم نامناسب طی 12 ماه گذشته به‌ترتیب زیر: ○ به بخش اورژانس رفته‌اید. ○ در بیمارستان بستری شده‌اید. ○ دو دفعه به دلیل بیماری یا نیاز به مراقبت‌های فوری معاینه شده‌اید. • در آزمایش کنترل آسم امتیاز شما 19 یا کمتر است.
توان‌بخشی روزانه	**برنامه‌هایی که به شما کمک می‌کنند مهارت‌های لازم را برای زندگی کردن در محیط‌های مشابه خانه بیاموزید.** این برنامه‌ها ممکن است شامل آموزش استفاده از وسایل حمل‌ونقل عمومی یا نحوه تهیه غذا باشند. خدمات در تمام کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • بی‌خانمان شده‌اید. • دیگر بی‌خانمان نیستید و در 24 ماه گذشته در خانه ساکن شده‌اید. • در معرض خطر بی‌خانمانی قرار دارید. یا شرایط مشابه خانه می‌تواند بهبود پیدا کند.

پشتیبانی‌های اجتماعی	توضیحات
سازگاری با دسترسی محیطی	**برای سلامتی و امنیتتان به خانه جابه‌جا شده‌اید.** همچنین تغییراتی که به شما اجازه می‌هد آزادانه در خانه فعالیت کنید. این تغییرات ممکن است شامل سطح‌شیب‌دار و نرده‌های کمکی باشد. خدمات در تمام کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • در معرض انتقال به خانه سالمندان باشید.
وعده‌های غذایی/وعده‌های غذایی متناسب‌سازی‌شده پزشکی	**غذاهایی که به خانه‌تان ارسال می‌شود و براساس نیازهای سلامتی و رژیم غذایی شما تهیه و طبخ می‌شوند.** شامل وعده‌های غذایی موردنیاز پس‌از مرخص شدن از بیمارستان می‌شود. خدمات در تمام کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • شرایط مزمن دارید. • از بیمارستان یا خانه سالمندان تخصصی مرخص شده‌اید. • به احتمال زیاد در معرض بستری شدن در بیمارستان یا خانه سالمندان قرار دارید. • نیازهای جدی برای مدیریت مراقبت دارید. • توسط متخصص تغذیه رسمی یا متخصص تغذیه دارای مجوز ارزیابی شده‌اید.

پشتیبانی‌های اجتماعی	توضیحات
اجتناب/انتقال از مرکز پرستاری به ALF	**خدماتی که به شما کمک می‌کند از خانه سالمندان به محیط‌های اجتماعی، مانند اقامتگاه‌های دارای خدمات کمکی، منتقل شوید.** همچنین می‌تواند شامل خدماتی باشد که مانع از انتقال شما به خانه سالمندان می‌شود. خدمات در تمام کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** انتقال از خانه سالمندان • بیش‌از 60 روز در خانه سالمندان زندگی کرده‌اید. • مایلید به‌جای خانه سالمندان در اقامتگاه‌های دارای خدمات کمکی زندگی کنید (مکانی که در آن به شما در رابطه با نیازهای پزشکی روزانه‌تان کمک می‌کنند). • با پشتیبانی می‌توانید بدون مشکل در اقامتگاه‌های دارای خدمات کمکی زندگی کنید. اجتناب از خانه سالمندان • می‌خواهید در اجتماع بمانید • مایل و قادر هستید با دریافت پشتیبانی به‌طور ایمن در اقامتگاه دارای خدمات کمکی زندگی کنید. • درحال‌حاضر خدمات خانه سالمندان را دریافت می‌کنید یا کمترین استانداردهای لازم را برای دریافت خدمات خانه سالمندان دارید.
خدمات اجتماعی برای انتقال/انتقال از مرکز پرستاری به خانه	**خدماتی که به شما ارائه می‌شود تا بتوانید از خانه سالمندان به محیط خانه،** که در آن باید هزینه زندگی را بپردازید، جابه‌جا شوید. خدمات در تمام کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • درحال‌حاضر سطح مراقبت مشابه خانه سالمندان دریافت می‌کنید که ازنظر پزشکی موردنیاز است. • بیش‌از 60 روز در خانه سالمندان و/یا محیط فرجه پزشکی زندگی کرده‌اید. • می‌خواهید به اجتماع برگردید. • با خدمات پشتیبانی می‌توانید به‌طور ایمن در اجتماع زندگی کنید.

پشتیبانی‌های اجتماعی	توضیحات
خدمات مراقبت شخصی و خانه‌داری	**خدماتی که برای کمک به شما در رفع نیازهای زندگی روزمره‌تان ارائه می‌شود،** مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، نظافت خانه، و خرید مواد غذایی. خدمات در تمام کشورها دردسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • در معرض بستری شدن در بیمارستان یا انتقال به خانه سالمندان باشید. • فردی که نیاز به کمک روزانه دارد و سیستم پشتیبانی دیگری ندارد. • برای خدمات پشتیبانی در خانه تأیید شده باشید.

اگر به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید بدانید کدام پشتیبانی‌های اجتماعی ممکن است برای شما دردسترس باشد، با «خدمات اعضا» به شماره 1-833-236-2366 (TTY: 711) یا با ارائه‌دهنده مراقبت از سلامت خود تماس بگیرید.

F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح

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

F1. خدمات افراد ناتوان در California (CCT)

برنامه California Community Transitions (خدمات جابجایی افراد ناتوان در California) (CCT) از سازمان های رهبری محلی استفاده می کند تا به ذینفعان Medi-Cal واجد شرایطی که به مدت حداقل 90 روز متوالی در مرکزی بستری بوده اند کمک کند به اجتماع بازگردند و به صورت ایمن در محیط اجتماع بمانند. برنامه CCT هزینه خدمات هماهنگ کردن انتقال را در دوره پیش از انتقال و تا 365 روز بعد از انتقال می پردازد تا به ذ ینفعان برای بازگشت به محیط اجتماع کمک شود.

شما می‌توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان رهبری CCT که به منطقه‌ای که در آن زندگی می‌کنید خدمات‌رسانی می‌کند دریافت کنید. می‌توانید فهرستی از سازمان‌های رهبر CCT و شهرستان‌هایی را که به آنها خدمات ارائه می‌دهند در وب‌سایت دفتر خدمات مراقبت از سلامت به این نشانی بیابید: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT:

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

برای خدماتی که با انتقال CCT شما مرتبط نیستند

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

هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

با این که خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما برای خدمات فهرست‌شده در نمودار مزایای **بخش D** در این فصل هزینه را پرداخت می‌کنیم.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی

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

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

F2. Medi-Cal دندان‌پزشکی

خدمات دندانپزشکی مشخصی از طریق Medi-Cal دندان‌پزشکی دردسترسند. اطلاعات بیشتر در وب‌سایت SmileCalifornia.org دردسترس است. Medi-Cal دندان‌پزشکی شامل، اما نه محدود به، خدمات زیر است:

- معاینات اولیه، اسکن اشعه ایکس، جرم‌گیری و فلورایددرمانی
- ترمیم و روکش
- درمان کانال‌های ریشه دندان
- دنچرهای کامل و جزئی، تنظیمات، ترمیم‌ها و ریلاین

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای دردسترس در Medi-Cal دندان‌پزشکی، یا درصورت نیاز به یافتن دندانپزشکی که Medi-Cal را بپذیرد، لطفاً با خط «خدمات اعضا» به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان Medi-Cal دندان‌پزشکی از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه دردسترسند. علاوه بر این، می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت به نشانی SmileCalifornia.org مراجعه کنید.

در شهرستان‌های Sacramento و Los Angeles ممکن است مزایای Medi-Cal دندان‌پزشکی را از طریق طرح مراقبت مدیریت‌شده دندان‌پزشکی (DMC) دریافت کنید. اگر درباره طرح‌های Medi-Cal دندان‌پزشکی اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا می‌خواهید تغییری ایجاد کنید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options به شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با 1-800-430-7077 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. شماره‌های تماس DMC نیز در اینجا دردسترس است: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

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

F3. آسایشگاه بیماران رو به‌مرگ

اگر ارائه‌دهنده شما و مدیر آسایشگاه بیماران رو به مرگ تشخیص دهند بیماری شما لاعلاج است، حق این را دارید که اقامت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب

کنید. این یعنی بیماری لاعلاجی دارید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر از زندگی شما باقی مانده باشد. می‌توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاه بیماران رو به مرگ دارای تأیید Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد.

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

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

- ارائه‌دهنده آسایشگاه بیماران رو به مرگ برای خدمات شما به Medicare صورتحساب می‌فرستد. Medicare هزینه خدمات آسایشگاه بیماران رو به مرگ مربوط به تشخیص بیماری لاعلاج شما را پرداخت می‌کند. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

برای خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B که مرتبط با بیماری لاعلاج شما نیستند

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

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

- داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به‌مرگ و طرح ما نیستند. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5، بخش F** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

توجه: اگر بیماری جدی داشته باشید، ممکن است واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید که مراقبت‌های تیمی بیمار و خانواده‌محور را برای بهبود کیفیت زندگی‌تان ارائه می‌دهد. ممکن است همزمان با مراقبت‌های درمانی/معمول، مراقبت‌های تسکینی را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش مراقبت تسکینی در بالا مراجعه کنید.

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

F4. خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)

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

F5. 1915 (c) برنامه های چشم پوشی از خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS).

چشم پوشی با زندگی همراه با کمک (ALW)

- چشم پوشی با زندگی همراه با کمک (ALW) به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal این امکان را می دهد که یک محیط زندگی همراه با کمک را به عنوان جایگزینی برای استقرار طولانی مدت در یک مرکز پرستاری انتخاب کنند. هدف ALW تسهیل انتقال مرکز پرستاری به یک محیط خانگی و محلی یا جلوگیری از پذیرش پرستاران ماهر برای ذینفعانی است که نیاز فوری به استقرار در مرکز پرستاری دارند.
- اعضایی که در ALW ثبت‌نام کرده‌اند می‌توانند در ALW باقی بمانند و درعین‌حال مزایای طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس هماهنگی مراقبت ALW شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می کنید همکاری می کند.
- هماهنگ کننده مراقبت شما می تواند به شما کمک کند برای ALW درخواست دهید. برای دریافت فهرست فعلی مؤسسات هماهنگی مراقبت ALW عضو به این نشانی بروید https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx.

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

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

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

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

- معافیت HCBA خدمات مدیریت مراقبت را به افرادی که در معرض خطر انتقال به خانه سالمندان یا مؤسسه‌ای هستند ارائه می‌دهد. خدمات مدیریت مراقبت توسط یک تیم مدیریت مراقبت چند رشته ای متشکل از یک پرستار و مددکار اجتماعی ارائه می شود. این تیم خدمات چشم پوشی و طرح دولتی (مانند پزشکی، بهداشت رفتاری، خدمات حمایتی در خانه و غیره) را هماهنگ می کند و سایر خدمات و پشتیبانی های بلندمدت موجود در محیط محلی را ترتیب می دهد. خدمات مدیریت مراقبت و معافیت در محل سکونت اجتماع‌محور شرکت‌کننده ارائه می‌شود. این اقامتگاه می‌تواند دارای مالکیت خصوصی باشد، اجاره‌ای باشد، یا محل اقامت یکی از اعضای خانواده فرد عضو باشد.
- اعضایی که برای معافیت HCBA ثبت‌نام کرده‌اند می‌توانند همچنان در معافیت HCBA باقی بمانند و در عین حال مزایای طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با مؤسسه چشم‌پوشی HCBA شما همکاری می‌کند تا خدماتی را که دریافت می‌کنید هماهنگ کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند کمک کند برای HCBA درخواست دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این نشانی مراجعه کنید: https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx

برنامه چشم پوشی Medi-Cal (MCWP)

- برنامه چشم پوشی Medi-Cal (MCWP) به عنوان جایگزینی برای مراقبت از مرکز پرستاری یا بستری شدن در بیمارستان، خدمات مراقبت جامع و مراقبت مستقیم را به افراد مبتلا به HIV ارائه می دهد. مدیریت پرونده یک رویکرد تیمی مبتنی بر فرد عضو و متشکل از

یک پرستار ثبت‌نام شده و مدیر پرونده مددکاری اجتماعی است. مدیران پرونده با فرد عضو و ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه، خانواده، مراقب(ها)، و سایر ارائه‌دهندگان خدمات همکاری می‌کنند تا نیازهای مراقبت را برای نگه داشتن فرد عضو در خانه و اجتماع ارزیابی کنند.

- اهداف MCWP عبارتند از: (1) ارائه خدمات خانگی و اجتماع‌محور به افراد مبتلا به HIV که ممکن است به خدمات سازمانی نیاز داشته باشند؛ (2) کمک به اعضا در مدیریت سلامت HIV؛ (3) بهبود دسترسی به حمایت از سلامت اجتماعی و رفتاری؛ و (4) هماهنگ کردن ارائه‌دهندگان خدمات و حذف خدمات تکراری.
- اعضایی که برای معافیت MCWP ثبت‌نام کرده‌اند می‌توانند همچنان در معافیت MCWP باقی بمانند و در عین حال مزایای طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس معافیت MCWP شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می کنید همکاری می کند.
- هماهنگ کننده مراقبت شما می تواند به شما کمک کند برای MCWP درخواست دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر ،لطفاً به این نشانی مراجعه کنید: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx.

برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) خدمات مدیریت مراقبت های اجتماعی و بهداشتی را برای کمک به افراد برای ماندن در خانه ها و محیطهای محلی خود ارائه می دهد.
- در حالی که اکثر اعضای برنامه خدمات حمایتی در خانه را نیز دریافت می کنند، MSSP هماهنگی مراقبت مداوم را فراهم می کند، شرکت کنندگان را به سایر خدمات و منابع مورد نیاز محلی پیوند می دهد، با ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی هماهنگ می کند و برخی از خدمات مورد نیاز را خریداری می کند که در غیر این صورت در دسترس نیستند، تا از انتقال فرد به یک موسسه جلوگیری کند یا آن را به تاخیر بیندازند. مجموع هزینه ترکیبی سالانه مدیریت مراقبت و سایر خدمات باید کمتر از هزینه دریافت مراقبت در یک مرکز پرستاران باتجربه باشد.
- تیمی از متخصصان خدمات بهداشتی و اجتماعی برای هر شرکت کننده MSSP ارزیابی کامل سلامت و روانی اجتماعی را برای تعیین خدمات مورد نیاز ارائه می دهند. سپس تیم با شرکت‌کننده MSSP، پزشک، خانواده و دیگران برای ایجاد یک برنامه مراقبت فردی همکاری می‌کند.

  خدمات عبارتند از:

  - مدیریت مراقبت
  - مراقبت روزانه بزرگسالان
  - تعمیر/نگهداری جزئی خانه
  - خدمات تکمیلی در خانه، مراقبت شخصی و نظارت حفاظتی
  - خدمات استراحت
  - خدمات ایاب و ذهاب
  - خدمات مشاوره ای و درمانی
  - خدمات وعده غذایی
  - خدمات ارتباطی

- اعضایی که برای معافیت MSSP ثبت‌نام کرده‌اند می‌توانند همچنان در معافیت MSSP باقی بمانند و در عین حال مزایای طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با ارائه‌دهنده MSSP شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می کنید همکاری می کند.
- هماهنگ کننده مراقبت شما می تواند به شما کمک کند برای MSSP درخواست دهید. مؤسسه سالمندان منطقه Fresno-Madera: 800-510-2020 (رایگان) شهرستان Tulare: مؤسسه سالمندان منطقه King-Tulare؛ تلفن (711 :TTY) 1-559-623-0199

F6. خدمات سلامت رفتاری شهرستان که خارج از طرح ما ارائه می‌شود (خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد)

شما به خدمات بهداشتی رفتاری ضروری پزشکی که Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات بهداشت رفتاری تحت پوشش مراقبت های مدیریت شده Medicare و مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal را فراهم می کنیم. طرح ما خدمات تخصصی سلامت روان یا خدمات اختلال سوءمصرف مواد شهرستان تحت پوشش Medi-Cal را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق مؤسسات سلامت رفتاری شهرستانتان دردسترس شما هستند.

اگر از نظر پزشکی واجد شرایط دریافت خدمات تحصصی بهداشت روان باشید، خدمات تخصصی بهداشت روان Medi-Cal از طریق طرح بهداشت روان کانتی (MHP) در دسترس شما خواهد بود. خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal که MHP شهرستانتان ارائه می‌دهد موارد زیر را شامل می‌شود:

- خدمات سلامت روان
- خدمات پشتیبانی دارویی
- درمان فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه
- دخالت در موارد بحرانی
- تثبیت موارد بحرانی
- خدمات درمان مسکونی بزرگسالان
- خدمات درمان مسکونی در موارد بحرانی
- خدمات مرکز درمانی روانپزشکی
- خدمات روانپزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات اجتماعی مداخله از راه دور در موارد بحرانی
- خدمات رفتار درمانی
- هماهنگی مراقبت‌های ویژه
- خدمات ویژه در خانه

اگر معیارهای دریافت این خدمات را دارید، خدمات سیستم تحویل سازمان‌یافته Medi-Cal دارویی از طریق مؤسسه سلامت رفتاری شهرستانتان دردسترس شما است. خدمات Medi-Cal دارویی که شهرستانتان ارائه می‌دهد عبارتند از:

- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- درمان اختلال سوءمصرف مواد در دوره پری‌ناتال در محل سکونت
- خدمات درمانی سرپایی
- برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می‌شود.)
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات اجتماعی مداخله از راه دور در موارد بحرانی

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

- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- خدمات بستری شدن جزئی در بیمارستان
- داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می‌شود.)
- خدمات درمان مسکونی
- خدمات مدیریت ترک اعتیاد
- برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات بازیابی
- هماهنگی مراقبت‌ها
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات اجتماعی مداخله از راه دور در موارد بحرانی
- خدمات مدیریت وابستگی به مواد مخدز

علاوه بر خدمات ذکر شده در بالا، در صورت داشتن معیارها ممکن است به خدمات داوطلبانه سم زدایی بیماران بستری نیز دسترسی داشته باشید.

به خدمات سلامت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته و تحت پوشش Medicare بوده و از طریق Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) سلامت رفتاری مدیریت می‌شود دسترسی دارید. برای کسب اطلاعات درباره خدمات سلامت رفتاری که از طریق طرح ما دردسترس است، از جمله فرایند مورد استفاده برای تعیین ضرورت پزشکی و ارجاع بین طرح ما و MHP شهرستانتان، به **فصل 3، بخش F** مراجعه کنید. اگر در رابطه با خدمات سلامت رفتاری مشکل یا شکایتی دارید، برای کسب اطلاعات درباره ثبت شکایات، به **فصل 9، بخش K** مراجعه کنید.

G. مزایایی که طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش نمی‌دهند

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

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

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

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

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» تلقی نمی‌شوند، مگر اینکه این خدمات به عنوان خدمات تحت پوشش فهرست شده باشند.
- درمان‌های پزشکی و جراحی تجربی، اقلام و داروها، مگر اینکه Medicare، یک مطالعه تحقیقات بالینی مورد تأیید Medicare یا طرح ما آنها را پوشش دهد. برای کسب اطلاعات در مورد مطالعات پژوهش بالینی، به **فصل 3بخش J** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید. منظور از

  درمان و اقلام آزمایشی، آن مواردی است که مورد پذیرش عموم جامعه پزشکی نیست.
- درمان جراحی برای چاقی مرضی، مگر در مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشد و Medicare هزینه آن را پرداخت کند.
- اتاق خصوصی در یک بیمارستان، مگر در موارد ضروری پزشکی.
- پرستار شخصی.
- اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری، مانند تلفن یا تلویزیون.
- مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل شما.
- هزینه‌های اخذ شده از بستگان نزدیک شما یا اعضای خانواده‌تان.
- روال‌ها یا خدمات انتخابی یا داوطلبانه بهبود (شامل کاهش وزن، رشد مو، کارایی جنسی، کارایی ورزشی، زیبایی، ضدپیری و عملکرد ذهنی)، مگر ضرورت پزشکی داشته باشند.
- جراحی زیبایی یا روش‌های زیبایی دیگر مگر اینکه به خاطر مصدومیت ناشی از تصادف یا برای بهبود ظاهر بخشی از بدن که شکل خوبی ندارد ضروری باشد. با این حال، ما هزینه بازسازی سینه پس از ماستکتومی و درمان سینه دیگر را برای مطابقت با آن می‌پردازیم.
- مراقبت کایروپراکتیک، به جز دستکاری ستون فقرات سازگار با رهنمودهای پوشش.
- مراقبت‌های پا به طور منظم، به جز مواردی که در خدمات پاپزشکی در نمودار مزایای **بخش D** از مزایا توضیح داده شده است.

- کفش ارتوپدی، مگر اینکه کفش بخشی از ساپورت پا بوده و در هزینه ساپورت منظور شده باشد یا کفش‌هایی که برای اشخاص مبتلا به دیابت پا می‌باشند.
- وسایل حمایت‌کننده پاها، به غیر از کفش‌های ارتوپدی یا طبی برای اشخاصی که به بیماری پای دیابتی مبتلا هستند.
- کراتوتومی رادیال (برش شعاعی قرنیه)، جراحی LASIK و سایر وسایل کمکی کم بینایی.
- عمل برگشت عقیم‌سازی
- خدمات نچروپاتی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین).
- خدمات ارائه‌شده به کهنه‌سربازان در مراکز امور کهنه‌سربازان (Veterans Affairs, VA) ولی وقتی کهنه‌سرباز خدمات اضطراری را در بیمارستان VA دریافت می‌کند و تسهیم هزینه VA بیش از تسهیم هزینه برنامه ما باشد، مابه التفاوت را به کهنه‌سرباز بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان بابت مبلغ تسهیم هزینه خودتان مسئول هستید.

فصل 5: دریافت داروهای سرپایی

مقدمه

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

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

- **داروهای تحت پوشش Medicare Part A**. اینها معمولاً شامل داروهایی هستند که در زمانی که در بیمارستان یا مرکز پرستاری هستید به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت پوشش Medicare Part B**. اینها شامل برخی از داروهای شیمی‌درمانی، برخی از تزریقات دارویی که در طی ویزیت در مطب پزشک یا ارائه‌دهنده‌ای دیگر به شما داده می‌شود، و همچنین داروهایی است که در کلینیک دیالیز به شما داده می‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه داروهایی تحت پوشش Medicare Part B هستند، به نمودار مزایا در **فصل 4، بخش D**، دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- علاوه بر Medicare Part D طرح و پوشش مزایای پزشکی، داروهای شما ممکن است از سوی Original Medicare پوشش داده شود، البته اگر در آسایشگاه بیماران رو به مرگ Medicare باشید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 5، بخش F3**، «اگر در برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ دارای مجوز Medicare باشید» مراجعه کنید.

قوانین پوشش دارویی سرپایی طرح ما

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

باید از ارائه‌دهنده (پزشک، دندانپزشک، یا هر تجویزکننده دیگری) بخواهید برایتان نسخه بنویسد که باید طبق قانون ذی‌ربط ایالتی معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما می‌باشد. اگر ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما را برای دریافت مراقبت ارجاع دهد، می‌تواند ارائه‌دهنده دیگری نیز باشد.

تجویزکننده نسخه شما لازم **نیست** در فهرست تسویه‌ها یا استثناهای Medicare یا هر کدام از فهرست‌های Medi-Cal باشد.

معمولاً برای پیچیدن نسخه خود باید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید. یا می‌توانید نسخه‌تان را ازطریق خدمات سفارش پستی طرح دریافت کنید.

داروهای تجویزی شما باید در *فهرست داروهای تحت پوشش* طرح ما باشند. به این فهرست مختصراً «*فهرست داروها*» می‌گوییم. (به **بخش B** این فصل مراجعه کنید.)

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- لطفاً همچنین توجه داشته باشید که درخواست برای پوشش داروی تجویزی شما به موجب استاندارد Medicare و Medi-Cal هر دو، ارزیابی خواهد شد.

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

ممکن است دارویتان برای تحت پوشش قرار گرفتن نیاز به تأیید داشته باشد. به **بخش C** این فصل مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. دریافت نسخه 134
A1. پیچیدن نسخه شما در داروخانه شبکه 134
A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام دریافت نسخه 134
A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دهید باید چه کار کنید؟ 134
A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند باید چه کار کنید 134
A5. استفاده از داروخانه تخصصی 135
A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها 135
A7. دریافت ذخیره بلندمدت داروها 137
A8. استفاده از داروخانه ای که در شبکه طرح ما نیست 137
A9. بازپرداخت به شما اگر هزینه نسخه را پرداخت کرده باشید 138
B. *فهرست داروهای* طرح ما 138
B1. داروهای *فهرست داروها* 138
B2. نحوه پیدا کردن دارو در *فهرست داروها* 139
B3. داروهایی که در *فهرست داروهای* ما نیستند 139
C. محدودیت‌های برخی داروها 140
D. دلایل احتمالی عدم پوشش دارو 141
D1. می‌توانید تامین داروی موقت دریافت کنید 142
D2. درخواست تامین داروی موقت 143
D3. درخواست استثنا قائل شدن 143
E. تغییرات پوشش برای داروهای شما 144
F. پوشش دارویی در موارد خاص 146
F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاران باتجربه برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می‌دهد 146
F2. در یک مرکز مراقبت طولانی مدت 146
F3. در یک برنامه آسایشگاه دارای مجوز Medicare 146

G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها 147
G1. طرح‌هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها 147
G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود 147
G3. برنامه مدیریت مواد مخدر جهت استفاده ایمن از داروهای مخدر 148

A. دریافت نسخه

A1. پیچیدن نسخه شما در داروخانه شبکه

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

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

A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام دریافت نسخه

برای دریافت نسخه، **کارت ID عضویت** را به داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه برای هزینه داروی تحت پوشش شما به ما صورت‌حساب می‌دهد.

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

اگر هنگام دریافت داروهای نسخه‌تان کارت ID عضویت یا BIC را همراه نداشتید، از داروخانه بخواهید با ما تماس بگیرد تا اطلاعات لازم را دریافت کند یا می‌توانید از داروخانه بخواهید اطلاعات عضویت شما را در طرح جستجو کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل نسخه را هنگام تحویل گرفتن آن بپردازید. سپس می‌توانید از ما بخواهید که سهم خود را به شما پس دهیم. **اگر نمی‌توانید هزینه دارو را پرداخت کنید، فوراً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.** ما تا جایی که بتوانیم به شما کمک می‌کنیم.

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

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

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

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

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

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

برای یافتن داروخانه شبکه می‌توانید به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید، از وب‌سایت ما بازدید کنید، یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

A5. استفاده از داروخانه تخصصی

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

- داروخانههایی که داروهایی را برای تزریق در منزل تأمین میکنند.
- داروخانههایی که داروهایی را برای ساکنین مرکز مراقبت طولانی مدت از قبیل مرکز پرستاری تأمین میکنند.
  - مراکز مراقبت بلندمدت معمولاً داروخانههای خودشان را دارند. اگر ساکن یک مرکز مراقبت طولانی مدت هستید، اطمینان حاصل میکنیم که میتوانید داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه مرکز تهیه کنید.
  - اگر داروخانه مرکز مراقبت طولانی مدت شما در شبکه ما نیست یا در دریافت داروهای خود در یک مرکز مراقبت طولانیمدت مشکل دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروخانههایی که به ارائه دهنده مراقبتهای بهداشتی بومیان آمریکا (IHCP) و داروخانههای سازمان بومیان شهرنشین (UIO)، خدمات سلامت بومیان/برنامه سلامت بومیان شهرنشین/قبلیهای خدمات ارائه میدهند. به غیر از موارد اضطراری، تنها بومیان آمریکایی یا بومیان Alaska میتوانند از این داروخانهها استفاده کنند.
- داروخانههایی که داروهایی را که توسط FDA محدود شدهاند به مکانهای خاصی توزیع میکنند یا داروهایی که نیاز به رسیدگی خاص، هماهنگی ارائهدهنده یا آموزش در مورد استفاده از آنها دارند. (توجه: این حالت به ندرت اتفاق می افتد.)

برای یافتن داروخانه تخصصی، میتوانید به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید، از وبسایت ما بازدید کنید، یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها

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

خدمات سفارش پستی طرح ما امکان میدهد ذخیره داروی حداکثر 100 روز خود را سفارش دهید. سهم بیمهشده برای ذخیرهٔ 100- روزه با سهم بیمهشده برای ذخیرهٔ یک ماهه یکسان است.

سفارش داروی تجویزی از طریق پست

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

معمولاً داروی تجویزی سفارش پستی ظرف 10-14 روز به دست شما میرسد.. اگر سفارش پستیتان تأخیر داشت، با Express Scripts® Pharmacy به شماره 1-833-750-0201 (TTY:711) تماس بگیرید.

روند ارسال پستی دارو

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

1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از سوی شما دریافت می‌کند

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

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

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

- شما در گذشته از خدمات سفارش پستی با طرح ما استفاده کرده باشید، **یا**
- شما برای تحویل خودکار تمام نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی دریافت می کنید ثبت‌نام کرده باشید. می‌توانید اکنون یا در هر زمان از طریق تماس با Express Scripts® Pharmacy به شماره 1-833-750-0201 (TTY: 711) برای تحویل خودکار همه نسخه‌های جدید درخواست کنید.

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

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

- این تماس فرصتی در اختیار شما قرار می‌دهد تا اطمینان حاصل کنید که داروخانه داروی صحیح را به شما تحویل می‌دهد (از جمله دوز، مقدار و نوع آن) و، در صورت نیاز، پیش از این که دارو برای شما ارسال گردد، می‌توانید آن را به تعویق اندازید یا لغو کنید.
- حتما هربار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد، به تماس پاسخ دهید تا آنها بدانند در مورد نسخه جدید چه اقدامی باید انجام دهند و از هرگونه تأخیر در ارسال پیشگیری شود.

برای انصراف از تحویل خودکار نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از دفتر ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت خود دریافت می‌کنید، با تلفن به Express Scripts® Pharmacy به شماره 1-833-750-0201 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید.

3. تجدید نسخه‌های سفارش پستی

برای تجدید نسخه، می‌توانید در برنامه «تجدید خودکار نسخه‌ها» ثبت‌نام کنید. ما در این برنامه وقتی سوابق نشان دهد داروهای شما در حال اتمام است، به‌طور خودکار

فرایند تجدید نسخه قبلی‌تان را آغاز می‌کنیم.

- داروخانه پیش از ارسال مقدار جدید دارو با شما تماس خواهد گرفت تا اطمینان حاصل کند که به داروهای بیشتر نیاز دارید یا خیر و در صورتی که به اندازه کافی دارو دارید یا نسخه شما تغییر کرده است، بتوانید تجدید خودکار دارو را لغو کنید.

- اگر نمی‌خواهید از برنامه تجدید خودکار نسخه ما استفاده کنید، لطفاً حداقل 21 روز پیش از زمانی که فکر می‌کنید داروهای نسخه فعلی‌تان به اتمام می‌رسد با داروخانه تماس بگیرید تا سفارش بعدی شما به‌موقع ارسال شود.

برای خارج شدن از برنامه ما که دریافت دوباره سفارش را به صورت خودکار آماده می‌کند، با مرکز خدمات اعضا یا داروخانه سفارش پستی‌تان: Express Scripts® Pharmacy به شماره 1-833-750-0201 (TTY: 711) تماس بگیرید.

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

A7. دریافت ذخیره بلندمدت داروها

می‌توانید ذخیره بلندمدت از داروهای حفظ سلامت موجود در *فهرست داروهای* طرح ما را دریافت کنید. معمولاً داروهای «حفظ سلامت» به داروهایی گفته می‌شود که برای یک وضعیت سلامت مزمن یا بلندمدت، به طور مرتب مصرف می‌کنید.

برخی داروخانه‌های شبکه به شما اجازه می‌دهند تا ذخیره بلندمدت داروهای حفظ سلامت را دریافت کنید. سهم بیمه‌شده برای ذخیرهٔ 100 روزه با سهم بیمه‌شده برای ذخیرهٔ یک ماهه یکسان است. *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* حاوی اطلاعات در مورد داروخانه‌هایی است که می‌توانند ذخیره بلندمدت داروهای حفظ سلامت را به شما بدهند. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید با هماهنگ کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضاء تماس بگیرید.

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

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

به طور کلی ما هزینه داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شود را فقط در صورتی پرداخت می‌کنیم که شما قادر به استفاده از داروخانه شبکه نباشید. ما در خارج منطقه خدماتی خود چند داروخانه شبکه داریم که در آنجا می‌توانید نسخه‌های خود را به عنوان عضو طرح ما دریافت کنید. در این شرایط، لطفاً ابتدا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید تا مطمئن شوید داروخانه شبکه نزدیکتان هست. ممکن است لازم باشد تفاوت مبلغی را که برای دارو در داروخانه خارج از شبکه پرداخت می‌کنید و هزینه تحت پوشش داروخانه شبکه را پرداخت کنید.

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

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

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

در این شرایط، لطفاً ابتدا با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید تا مطمئن شوید داروخانه شبکه نزدیکتان هست.

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

اگر باید از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، معمولاً هنگام دریافت داروهای خود باید به جای سهم بیمه‌گذار، کل هزینه را پرداخت کنید. می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم.

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

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

B. *فهرست داروهای* طرح ما

ما فهرست *داروهای تحت پوشش* را تهیه کرده‌ایم. به این فهرست مختصراً «*فهرست داروها*» می‌گوییم.

داروهای *فهرست داروها* را با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. *فهرست داروها* همچنین شامل مقرراتی است که باید برای دریافت داروهای خود رعایت کنید.

اگر از مقرراتی که در این فصل توضیح می‌دهیم پیروی کنید، معمولاً داروهای موجود در *فهرست داروهای* طرح خود را پوشش می‌دهیم.

B1. داروهای *فهرست داروها*

فهرست داروهای ما شامل داروهای تحت پوشش Medicare Part D می‌شود.

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

فهرست داروهای ما شامل داروهای برند، داروهای ژنریک، و محصولات بیولوژیکی (که ممکن است شامل بیوسیمیلارها باشند) است.

یک داروی برند، دارویی است که با نسخه‌ای تحت نام تجاری متعلق به سازنده دارو فروخته می‌شود. محصولات بیولوژیکی به داروهایی گفته می‌شود که بسیار پیچیده‌تر از داروهای معمولند. در *فهرست داروهای* ما، وقتی به «داروها» اشاره می‌کنیم، این می‌تواند به معنای دارو یا محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای ژنریک حاوی ترکیبات فعال مشابه داروهای برند هستند. محصولات بیولوژیکی جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی اثر می‌کنند و معمولاً هزینه کمتری دارند. برای بسیاری از داروهای برند، داروی ژنریک جایگزین و برای محصولات بیولوژیکی اصلی جایگزین‌های بیوسیمیلار وجود دارد. برخی

از بیوسیمیلارها قابل جایگزینی‌اند و بسته به قوانین ایالتی، ممکن است در داروخانه بدون نیاز به نسخه‌ای جدید جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می‌توانند جایگزین داروهای برند شوند.

برای اطلاع از تعریف انواع داروهایی که ممکن است در *فهرست داروها* باشند به **فصل 12** مراجعه کنید.

B2. نحوه پیدا کردن دارو در *فهرست داروها*

برای اطلاع از اینکه آیا دارویی که مصرف می‌کنید در *فهرست داروهای* ما هست یا نه، می‌توانید:

- وب‌سایت طرح ما را در www.wellcare.com/healthnetCA ببینید. *فهرست داروها* در وب‌سایت ما همیشه به‌روزترین فهرست است.
- برای اطلاع از وجود یک دارو در *فهرست داروهای* ما یا درخواست کپی از فهرست، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- داروهایی که تحت پوشش بخش D نیستند ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر، وب‌سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) را ببینید
- از «ابزار مزایای آنی» ما در www.wellcare.com/healthnetCA استفاده کنید یا با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید. با این ابزار می‌توانید داروها را در *فهرست داروها* جستجو کنید تا ببینید مبلغ تقریبی‌ای که خواهید پرداخت چقدر است و این که آیا داروهای جایگزین در *فهرست داروها* که می‌توانند همان بیماری را درمان کنند وجود دارد یا نه.

B3. داروهایی که در *فهرست داروهای* ما نیستند

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

طرح ما برای انواع داروهای شرح داده شده در این بخش هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. این‌ها داروهای **مستثنی** هستند.
اگر نسخه‌ای برای یک داروی مستثنی شده دریافت می‌کنید، ممکن است لازم باشد هزینه آن را خودتان بپردازید. اگر فکر می‌کنید

به دلیل شرایط شما باید هزینه دارویی را که تحت پوشش نیست بپردازیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، **فصل 9** دفترچه *راهنمای اعضا* را ببینید.

سه مورد از مقررات عمومی برای داروهای حذف‌شده:

1. پوشش دارویی سرپایی طرح ما (که شامل Medicare Part D می‌شود) نمی‌تواند برای دارویی که Medicare Part A یا Medicare Part B قبلاً پوشش می‌داده، هزینه پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B را به صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها بخشی از مزایای داروهای تجویزی سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.

2. طرح ما دارویی که در خارج آمریکا و قلمرو آن خریده شده باشد را پوشش نمی‌دهد.

3. مورد مصرف دارو باید توسط سازمان غذا و دارو (FDA) یا مراجع پزشکی خاص به عنوان درمان بیماری شما تأیید شود. پزشک شما یا هر ارائه‌دهنده دیگر ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان این بیماری تایید نشده باشد. این کار «استفاده خارج از برچسب» نام دارد. طرح درمانی ما معمولاً داروهایی که برای استفاده خارج از برچسب تجویز شده باشند را پوشش نمی‌دهد.

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

- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
- داروهایی که برای تسکین سرفه یا نشانه‌های سرماخوردگی استفاده می‌شوند*
- داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا تقویت رشد مو
- ویتامین‌ها و محصولات معدنی نسخه‌ای، به جز ویتامین‌های دوره بارداری و ترکیبات فلورید*
- داروهای مورد استفاده برای درمان جنسی یا اختلال در نعوظ
- داروهای استفاده شده برای درمان کم‌اشتهایی، کاهش وزن یا افزایش وزن*
- داروهای سرپایی ساخته شده توسط شرکتی که می‌گوید شما باید آزمایش‌ها یا خدمات را فقط توسط آنها انجام دهید

*برخی محصولات را ممکن است Medi-Cal پوشش دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً وب‌سایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) را ببینید.

C. محدودیت‌های برخی داروها

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

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

برای کسب اطلاعات بیشتر در باره درخواست استثنا، **فصل 9، بخش G4** دفترچه *راهنمای اعضا* را ببینید.

1. محدود کردن استفاده از داروی برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی، وقتی نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزین دردسترش باشد

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

- معمولاً هزینه داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصل را چنانچه نوع ژنریک آن دردسترس باشد پرداخت نمی‌کنیم.

- با وجود این، اگر ارائه‌دهنده شما دلیل پزشکی عدم مؤثر بودن داروی ژنریک یا نوع بیوسیمیلار قابل جایگزین برای شما را به ما گفته باشد، یا در نسخه‌تان برای یک داروی برند ***یا*** محصول بیولوژیکی اصل نوشته باشد «بدون جایگزین»، ***یا*** دلیل این موضوع را به ما گفته باشد که نه داروی ژنریک، نه بیوسیمیلار قابل جایگزین، و نه داروهای تحت پوشش دیگر که همان بیماری را درمان می‌کنند برای شما مفید نخواهند بود، در این صورت ما داروی برند را پوشش می‌دهیم.

2. دریافت اجازه قبلی از طرح

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

3. ابتدا داروی متفاوتی را امتحان کنید

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

اگر داروی A برای شما موثر **نباشد** داروی B را تحت پوشش قرار می‌دهیم. به این حالت «درمان مرحله‌ای» گفته می‌شود.

4. محدودیت مقدار

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

جهت اطلاع از این که آیا داروی فعلی شما یا دارویی که می‌خواهید مصرف کنید مشمول مقررات فوق می‌شود یا نه، *فهرست داروها* را بررسی کنید. برای دریافت به‌روزترین اطلاعات، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا از وب‌سایت ما را به نشانی www.wellcare.com/healthnetCA ببینید. اگر بر اساس یکی از دلایل بالا، با تصمیم ما درباره پوشش مخالف باشید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً به **فصل 9**، **بخش E** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

D. دلایل احتمالی عدم پوشش دارو

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

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

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

D1. می‌توانید تامین داروی موقت دریافت کنید

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

برای دریافت تأمین داروی موقت، باید دو قاعده زیر صدق کند:

1. دارویی که مصرف می‌کنید:
   - دیگر در *فهرست داروهای* ما نباشد، **یا**
   - هرگز در *فهرست داروهای* ما نبوده باشد، **یا**
   - حالا به نحوی محدودیت دارد.
2. باید در یکی از موقعیت‌های زیر باشید:
   - سال گذشته عضو طرح درمانی ما بودید.
     - ما تأمین داروی موقت شما را **در 90 روز اول سال تقویمی** پوشش می‌دهیم.
     - این تأمین داروی موقت برای 30 روز در داروخانه خرده‌فروشی و تا 31 روز در داروخانه مراقبت طولانی مدت خواهد بود.
     - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چند تجدید نسخه برای داروی حداکثر 30 روزه در یک داروخانه خرده‌فروشی و ذخیره حداکثر 31 روزه در یک داروخانه مراقبت بلندمدت را فراهم خواهیم کرد. شما باید نسخه را از یکی از داروخانه‌های شبکه بگیرید.
     - لطفاً توجه داشته باشید که داروخانه‌های مراقبت بلندمدت ممکن است هر بار مقدار کمتری از داروی شما را ارائه کنند تا از اسراف جلوگیری شود.
   - شما عضو جدید طرح ما هستید.
     - تأمین داروی موقت شما را در **90 روز اول عضویت‌تان در طرح پوشش می‌دهیم.**
     - این تأمین داروی موقت تا 30 روز در داروخانه خرده‌فروشی و تا 31 روز در داروخانه مراقبت طولانی مدت خواهد بود.
     - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چند تجدید نسخه برای داروی حداکثر 30 روزه در یک داروخانه خرده‌فروشی و ذخیره حداکثر 31 روزه در یک داروخانه مراقبت بلندمدت را فراهم خواهیم کرد. شما باید نسخه را از یکی از داروخانه‌های شبکه بگیرید.
     - لطفاً توجه داشته باشید که داروخانه‌های مراقبت بلندمدت ممکن است هر بار مقدار کمتری از داروی شما را ارائه کنند تا از اسراف جلوگیری شود.
   - بیش‌از 90 روز در طرح ما بوده‌اید، در مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید، و فوراً به مقداری دارو نیاز دارید.
     - ذخیره 31 روزه یا کمتر را چنانچه نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد پوشش خواهیم داد. این ذخیره علاوه بر تامین داروی موقت فوق می‌باشد.

- اگر سطح مراقبت شما تغییر کند (ازجمله ورود به مرکز مراقبت طولانی مدت یا بیمارستان یا خروج از آن)، برای یک نوبت ذخیره 30 روزه را تحت پوشش قرار می‌دهیم. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو انجام خواهیم داد.

D2. درخواست تامین داروی موقت

برای درخواست تامین داروی موقت، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

- به داروی دیگری تغییر دهید.

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

یا

- درخواست استثنا کنید.

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

D3. درخواست استثنا قائل شدن

اگر دارویی که مصرف می‌کنید از *فهرست داروهای* ما برداشته شود یا محدودیتی برای سال بعد در مورد آن اعمال شود، می‌توانید پیش از سال بعد درخواست اعمال استثنا ارئه دهید.

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

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثنا، به **فصل 9، بخش G4** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

E. تغییرات پوشش برای داروهای شما

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

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

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

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

- یک داروی جدید و ارزان‌تر به بازار بیاید که به‌خوبی دارویی که در *فهرست داروهای* ما هم‌اکنون هست، عمل کند **یا**
- ما متوجه شویم که یک دارو بی خطر نیست، **یا**
- یک دارو از بازار حذف می شود.

اگر پوشش طرح برای دارویی که درحال مصرف آن هستید تغییر کند چه اتفاقی می‌افتد؟

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

- *فهرست داروهای* به‌روز ما را به صورت آنلاین در نشانی www.wellcare.com/healthnetCA بررسی کنید **یا**
- برای بررسی *فهرست داروهای* فعلی ما با «خدمات اعضا» از طریق شماره پایین صفحه تماس بگیرید.

تغییراتی که ممکن است در *فهرست داروها* اعمال کنیم که در طول سال فعلی طرح شما را تحت تأثیر قرار دهد

بعضی از تغییرات ایجادشده در *فهرست داروها* فوراً اعمال می‌شوند. برای مثال:

- ممکن است داروی ژنریک جدیدی دردسترس قرار گیرد. گاهی ممکن است داروی ژنریک یا بیوسیمیلار جدیدی به بازار عرضه شود که عملکرد آن مشابه داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصلی‌ای باشد که در حال حاضر در *فهرست داروها* هست. در چنین مواقعی، ممکن است داروی برند را حذف کنیم و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید ثابت می‌ماند.

  هنگامیکه یک داروی ژنریک جدید را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی برند همچنان در لیست دارو باقی بماند اما مقررات یا محدودیت پوشش آن تغییر داده شود.

  - ممکن است قبل از انجام این تغییرات به شما اطلاع ندهیم، اما اطلاعات مربوط به تغییرات خاصی که اعمال شده را برایتان ارسال خواهیم کرد.
  - شما یا ارائه‌دهنده تان می‌توانید برای اعمال «استثنا» در این تغییرات درخواست دهید. اطلاعیه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم مبنی بر مراحلی که می‌توانید طی کنید تا درخواست استثنا دهید. لطفاً به **فصل 9، بخش G4** این دفترچه راهنما مراجعه کنید.

دارو از بازار حذف شود. اگر Food and Drug Administration (FDA) بگوید دارویی که مصرف می‌کنید ایمن یا مؤثر نیست یا سازنده دارو آن را از بازار خارج کند، ممکن است آن را فوراً از *فهرست داروها* حذف کنیم. اگر درحال مصرف آن دارو باشید، پس‌از اعمال تغییر اعلامیه‌ای درباره این تغییر برایتان ارسال خواهیم کرد. با پزشک خود درباره سایر گزینه‌ها صحبت کنید.

ممکن است تغییرات دیگری اعمال کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد. از قبل در مورد این نوع تغییرات دیگر در *فهرست داروها* به شما اطلاع می‌دهیم. این تغییرات ممکن است در صورتی پیش بیاید که:

- FDA رهنمود جدیدی را ارائه کند یا رهنمودهای بالینی جدیدی در مورد دارو وجود داشته باشد.

هنگامی که این تغییرات اتفاق می‌افتد، ما:

- حداقل 30 روز قبل از اینکه تغییر را در *فهرست داروها* اعمال کنیم، به شما اطلاع می‌دهیم **یا**
- به شما اطلاع خواهیم داد و پس از اینکه برای دریافت مجدد دارو درخواست دهید، به شما برای 30 روز دارو ارائه می‌دهیم.

این به شما زمان خواهد داد تا با پزشک یا تجویزکننده خود صحبت کنید. آنها می‌توانند در تصمیم گیری موارد زیر به شما کمک کنند:

- آیا داروی مشابهی در *فهرست داروهای* ما وجود دارد که بتوانید به جای آن مصرف کنید **یا**
- اگر باید برای این تغییرات درخواست استثنا کنید تا آن دارو یا نوعی از آن دارو که شما مصرف می‌کرده‌اید همچنان تحت پوشش باشد برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثنا، به **فصل 9، بخش G4** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

تغییرات *فهرست داروها* که در طول سال جاری طرح شما را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد

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

برای مثال، اگر دارویی را که در حال حاضر مصرف می‌کنید از فهرست داروها حذف کنیم یا اگر استفاده آن را محدود کنیم، این تغییر بر استفاده شما از دارو در ادامه سال یا هزینه‌ای که برای دارو پرداخت می‌کنید تأثیری نمی‌گذارد.

اگر هرکدام از این تغییرات برای دارویی که در حال مصرف آن هستید روی دهد (به‌جز تغییراتی که در بخش بالا عنوان شده است)، این تغییرات تا 1 ژانویه سال بعد روی مصرف شما تأثیری نخواهد گذاشت.

در طول سال فعلی، درباره این تغییرات مستقیماً به شما اطلاع نخواهیم داد. لازم است *فهرست داروها* را برای سال بعدی طرح (وقتی فهرست در طول دوره ثبت نام آزاد دردسترس قرار گرفت) بررسی کنید و ببینید آیا تغییری در سال بعدی طرح شما را تحت تأثیر قرار می‌دهد یا نه.

F. پوشش دارویی در موارد خاص

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

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

F2. در یک مرکز مراقبت طولانی مدت

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

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه آیا داروخانه مرکز مراقبت طولانی مدت شما بخشی از شبکه ما هست یا نه، به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید. اگر داروخانه مربوط در فهرست نیست یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F3. در یک برنامه آسایشگاه دارای مجوز Medicare

داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به‌مرگ و طرح ما نیستند.

- ممکن است در آسایشگاه بیماران رو به مرگ Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به برخی داروها نیاز داشته باشید (برای مثال داروهای مسکن، ضدتهوع، ملین، یا ضداضطراب) که آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما آن را پوشش نمی‌دهد زیرا به تشخیص بیماری لاعلاج یا شرایط شما مربوط نیست. در آن صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویزکننده یا ارائه‌دهنده آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما اعلان دریافت کند که دارو مرتبط نیست.
- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت داروهای غیرمرتبط که طرح ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌دهنده آسایشگاه بیماران رو به مرگ یا تجویزکننده خود درخواست کنید تا قبل از اینکه از داروخانه بخواهید نسخه‌تان را ارائه دهد، مطمئن شوید که ما اخطار مربوط به نامرتبط بودن دارو را دریافت کرده‌ایم.

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

به بخش‌های قبلی این فصل که در مورد داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد، است اشاره کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای آسایشگاه بیماران رو به مرگ به **فصل 4** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها

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

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

- ممکن است به آن‌ها نیاز نباشد زیرا داروی مشابه دیگری مصرف می‌کنید که همان کار را انجام می‌دهد
- داروهایی که ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشند
- داروهایی که ممکن است در صورت مصرف همزمان برای شما مضر باشند
- داروهایی که حاوی موادی هستند که شما به آن‌ها حساسیت دارید یا ممکن است حساسیت داشته باشید
- داروهایی که مقدار مواد مخدر دارویی آن‌ها در حد ناامنی است

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

G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود

طرح ما برنامه‌ای برای کمک به اعضای دارای نیازهای پیچیده سلامت دارد. در چنین مواردی، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات رایگان از طریق برنامه مدیریت دارودرمانی (MTM) باشید. استفاده از این برنامه داوطلبانه و رایگان است. این برنامه به شما و ارائه‌دهندگان کمک می‌کند تا مطمئن شوید داروهای شما به خوبی برای بهبود سلامت‌تان عمل می‌کنند. اگر برای برنامه واجد شرایط باشید، یک داروساز یا سایر متخصصان سلامت به شما یک بررسی جامع از همه داروهایتان ارائه می‌دهد و با شما در مورد موارد زیر صحبت می‌کند:

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

سپس این موارد را به شما خواهند داد:

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

بهتر است درباره طرح و فهرست داروهایتان با تجویزکننده‌تان صحبت کنید.

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

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

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

اگر پرسشی درباره این برنامه‌ها دارید، لطفاً با خدمات اعضایا هماهنگ کننده مراقبت‌تان تماس بگیرید.

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

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

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

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

اگر به این نتیجه برسیم که لازم است یک یا چندین محدودیت برای شما اعمال شود، از پیش برای شما نامه ای ارسال می‌کنیم. این نامه به شما خواهد گفت که آیا ما پوشش این داروها را برای شما محدود خواهیم کرد یا نه، و یا آیا شما نسخه‌های این داروها را فقط باید از یک ارائه‌دهنده یا داروخانه مشخص بگیرید یا نه.

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

اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، موافق نیستید که در معرض خطر سوء مصرف داروهای تجویزی قرار دارید، یا با محدودیت موافق نیستید، شما و تجویزکننده‌تان می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، ما پروندهٔ شما را بررسی کرده و تصمیم خود را به شما اطلاع خواهیم داد. اگر همچنان هر بخشی از درخواست تجدیدنظر شما مربوط به محدودیت‌های دسترسی‌تان به این داروها را رد کنیم، پرونده شما را به‌طور خودکار برای یک سازمان بازنگری مستقل (IRO) ارسال می‌کنیم. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظر و IRO، به **فصل 9، بخش G6** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.)

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

- اگر شرایط پزشکی خاصی دارید، مثل سرطان، یا بیماری سلول داسی شکل،
- اگر از آسایشگاه بیماران رو به مرگ، مراقبت‌های تسکینی یا پایان عمر دریافت می‌کنید، **یا**
- اگر در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید.

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

مقدمه

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

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

به دلیل اینکه شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، شما «کمک اضافی» (Extra Help) از Medicare دریافت می‌کنید تا در پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare Part D به شما کمک شود.

کمک اضافی از برنامه‌های Medicare است که به افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه داروهای تجویزی Medicare Part D اعم از حق بیمه، فرانشیزها، و سهم بیمه‌گذار را کاهش دهند. Extra Help همچنین «یارانه کم‌درآمدها» یا «LIS» خوانده می‌شود.

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

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

- *فهرست داروهای تحت پوشش*.
  - به این فهرست، «*فهرست داروها*» می‌گوییم. محتوای این اعلامیه:
    - هزینه چه داروهایی را پرداخت می‌کنیم
    - آیا محدودیتی در مورد داروها وجود دارد
  - اگر به نسخه‌ای از *فهرست داروها* نیاز دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. همچنین می‌توانید جدیدترین نسخه *فهرست داروهای* ما را در وب‌سایت ما به نشانی www.wellcare.com/healthnetCA پیدا کنید.
  - اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) است. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (over-the-counter، OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای اطلاعات بیشتر، به وب سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) رجوع کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.

- **فصل 5، بخش A** دفترچه *راهنمای اعضا*.
  - نحوه دریافت داروهای تجویزی سرپایی خود را از طریق طرح ما نشان می‌دهد.
  - این بخش شامل مقرراتی است که باید رعایت کنید. همچنین نشان می‌دهد که طرح ما کدام نوع داروهای تجویزی را پوشش نمی‌دهد.
  - اگر از «ابزار مزایای آنی» طرح برای دریافت پوشش دارو استفاده می‌کنید (به **فصل 5، بخش B2** مراجعه کنید)، هزینه های نمایش داده‌شده «آنی» هستند، یعنی نشان‌دهنده یک نقطه زمانی خاص‌اند تا بتوان هزینه‌های پرداختی از سوی شما را تخمین زد. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید با هماهنگ کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضاء تماس بگیرید.
- *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما*.
  - در بیشتر موارد برای دریافت داروهای تحت پوشش خود باید از داروخانه شبکه استفاده کنید. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که موافقت می‌کنند با ما همکاری کنند.
  - در فهرست *ارائه دهندگان و داروخانه ها* فهرستی از داروخانه‌های شبکه ما ارائه شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه، به **فصل 5، بخش A** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. ***توضیح مزایا*** (EOB) 151
B. نحوه پایش هزینه داروها 152
C. دریافت ذخیره دارویی یک ماهه یا بلندمدت برای شما هزینه‌ای ندارد 153
C1. دریافت ذخیره بلندمدت دارو 153
C2. شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید 154
D. واکسیناسیون 154
D1. قبل از دریافت واکسیناسیون باید از چه مواردی آگاهی داشته باشید 155

A. توضیح *مزایا* (EOB)

طرح ما حساب داروهای تجویزی شما را نگه می‌دارد. ما حساب دو نوع هزینه را نگه می داریم:

- **هزینه‌های پرداختی** از سوی شما. مبلغی است که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه‌هایتان می‌پردازند. شامل مبلغی است که موقع دریافت داروی تحت پوشش قسمت D پرداخت کرده‌اید، هرگونه مبلغی که توسط خانواده یا دوستانتان برای داروهای شما پرداخت شده است، هرگونه هزینه‌ای که برای داروهای شما توسط «کمک اضافی» ازطرف Medicare، طرح‌های بهداشتی کارفرما یا اتحادیه، TRICARE، خدمات سلامت بومیان، برنامه‌های کمک دارویی AIDS مؤسسات خیریه، و اکثر برنامه‌های کمک دارویی ایالتی (SPAP) پرداخت شده است.
- **کل هزینه دارویی** شما. این مجموع تمام پرداخت‌های انجام‌شده برای داروهای قسمت D است. شامل هزینه‌هایی است که طرح و برنامه‌ها یا سازمان‌های دیگر برای داروهای قسمت D شما پرداخت کرده‌اند.

وقتی داروهای تجویزی را از طریق برنامه درمانی ما دریافت می‌کنید، گزارشی برای شما ارسال می‌کنیم که *توضیح مزایا* نامیده می‌شود. به این، مختصراً EOB می‌گوییم. EOB، صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید دارد. EOB شامل موارد زیر می‌شود:

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

ما پوشش داروهایی که تحت Medicare نیستند را عرضه می‌کنیم.

- مبالغ پرداختی برای این داروها در مقدار کل هزینه‌های سهم بیمه‌شده منظور نخواهد شد.
- اکثر داروهای تجویزی که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (over-the-counter، OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب‌سایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.
- برای اطلاع از اینکه کدام داروها در طرح ما پوشش داده می‌شوند، *فهرست داروها* را ببینید.

B. نحوه پایش هزینه داروها

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

1. از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید.

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

2. بررسی کنید که حتماً اطلاعات مورد نیاز را در اختیار داشته باشیم.

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

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

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

برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست از ما برای بازپرداخت هزینه دارو، **به فصل 7 ، بخش A** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

مبالغی که توسط برخی اشخاص و سازمان‌های دیگر پرداخت شده باشد نیز جزو هزینه‌های سهم بیمه‌شده محسوب می‌شوند. برای مثال، مبالغی که توسط برنامه کمک‌های دارویی AIDS (ADAP)، خدمات بهداشتی سرخپوستان و بیشتر خیریه‌ها پرداخت شوند به حساب هزینه‌های سهم بیمه‌شده شما گذاشته می‌شوند.

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

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

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

برای کسب اطلاعات بیشتر ،می‌توانید با «خدمات اعضا» Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) تماس بگیرید یا دفترچه *راهنمای اعضا* Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) را در وب‌سایت ما مطالعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

اگر اشتباهاتی در این خلاصه ببنید چه کار باید بکنید؟

اگر چیزی در این EOB نامفهوم است یا درست به نظر نمی‌رسد، لطفا با «خدمات اعضا» Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) تماس بگیرید. *همچنین پاسخ‌های بسیاری از پرسش‌ها را می توانید در وب‌سایت ما پیدا کنید:* www.wellcare.com/healthnetCA.

نتیجه یک تقلب احتمالی چه خواهد شد؟

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

- ازطریق «خدمات اعضا» Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) با ما تماس بگیرید.
- یا از طریق این شماره تلفن با Medicare تماس بگیرید: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با این شماره‌ها تماس بگیرید.

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

اگر فکر می‌کنید که موردی اشتباه یا ناقص است یا اگر سؤالی داشتید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. به جای دریافت نسخه کاغذی توضیح مزایای بخش D (EOB D بخش) از طریق پست، اکنون می توانید نسخه الکترونیکی بخش EOB D را دریافت کنید. از طریق این سایت می توانید درخواستتان را ارائه کنید https://www.express-scripts.com/. اگر انتخاب کنید که به این شکل اقدام کنید، هنگامی که توضیح مزایای الکترونیکی (eEOB) شما آماده مشاهده، چاپ، یا بارگیری باشد، ایمیلی دریافت خواهید کرد. نسخه الکترونیکی EOB (eEOBs) با نام «EOB غیرکاغذی قسمت D» نیز شناخته می‌شود. نسخه های غیرکاغذی بخش EOB D دقیقاً کپی (تصویر) نسخه چاپی بخش EOB D هستند. این EOBها را نگه دارید. این‌ها مدارک مهمی در مورد هزینه‌های دارویی شما هستند.

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

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

C1. دریافت ذخیره بلندمدت دارو

برای برخی داروها، می‌توانید ذخیره بلندمدت را هنگام پیچیدن نسخه خود دریافت کنید («ذخیره تمدیدیافته» نیز خوانده می‌شود). ذخیره بلندمدت برای حداکثر 100 روز است. دریافت ذخیره دارویی بلند مدت هزینه ای برای شما به همراه نخواهد داشت.

برای جزئیات بیشتر در مورد مکان و نحوه تهیه داروی بلندمدت، به **فصل 5، بخش A7** دفترچه *راهنمای اعضا* یا *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید.

C2. شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید

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

سهم شما از هزینه وقتی ذخیره یک ماه یا بلندمدت داروی نسخه‌ای تحت پوشش را از موارد زیر دریافت می‌کنید:

	داروخانه شبکه ذخیره یک ماه یا حداکثر 100 روز	**خدمات ارسال دارو از طریق پست توسط طرح ما** ذخیره یک ماه یا حداکثر 100 روز	**داروخانه مراقبت بلندمدت شبکه** ذخیره دارویی یک ماه یا حداکثر 31 روز	**داروخانه خارج از شبکه** ذخیره دارویی یک ماه یا حداکثر 30 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. به **فصل 5** *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
ردیف تسهیم هزینه (همه داروهای قسمت D)	$0	$0	$0	$0

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره این که از چه داروخانه‌هایی می‌توانید ذخیره دارویی بلندمدت دریافت کنید، به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های* طرح ما مراجعه کنید.

D. واکسیناسیون

پیام مهم درباره مبلغی که برای واکسن‌ها می‌پردازید: بعضی واکسن‌ها مزایای پزشکی در نظر گرفته می‌شوند و تحت پوشش Medicare Part B قرار دارند. واکسن‌های دیگر، داروهای Medicare Part D محسوب می‌شوند. میتوانید این واکسنها را در *فهرست داروهای تحت پوشش* (*لیست دارو*) طرح پیدا کنید. طرح ما بیشتر واکسن‌های Medicare Part D برای بزرگسالان را به صورت رایگان پوشش می‌دهد. برای اطلاعات دقیق‌تر درباره پوشش و تسهیم هزینه واکسن‌های خاص، به *فهرست داروهای تحت پوشش* (*لیست دارو*) مراجعه کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

پوشش واکسیناسیون‌های Medicare Part D ما دو بخش دارد:

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

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

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

- می‌توانیم اطلاعاتی درباره نحوه پوشش واکسیناسیون شما در طرحمان ارائه کنیم.

فصل 7: درخواست پرداخت سهم هزینه از مبلغ قبض‌هایی که برای داروها یا خدمات تحت پوشش دریافت می‌کنید

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. درخواست پرداخت بابت خدمات یا داروها 157
B. ارسال درخواست پرداخت 160
C. تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی 161
D. درخواست تجدیدنظر 162

A. درخواست پرداخت بابت خدمات یا داروها

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

ما به ارائه‌دهندگان Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) اجازه نمی‌دهیم برای این خدمات یا داروها برای شما صورت‌حساب صادر کنند. ما مستقیماً به ارائه‌دهندگان خود دستمزد می‌دهیم و از شما در مقابل هرگونه هزینه مطالبه شده حمایت می‌کنیم.

اگر برای مراقبت از سلامت یا دارو صورت‌حساب دریافت کرده‌اید، قبض را پرداخت نکنید و آن را برای ما ارسال کنید. جهت ارسال صورت‌حساب به ما، به **بخش B** این فصل مراجعه کنید.

- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم، مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم و شما قبلاً صورتحسابی، بیش از سهم هزینه خود پرداخت کرده باشید، حق شماست که مبلغی را باز پس بگیرید.
  - اگر هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را پرداخت کرده باشید، ما آن را به شما پس خواهیم داد.
- اگر خدمات دریافتی از Medi-Cal را پرداخت کرده‌اید، ممکن است برای بازپرداخت آن واجد شرایط باشید، البته اگر همه شرایط زیر را داشته باشید:
  - خدماتی که دریافت کردید، تحت پوشش Medi-Cal بود که ما مسئول پرداخت هزینه آن هستیم. هزینه خدماتی را که Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) پوشش نمی‌دهد، به شما بازپرداخت نمی‌کنیم.
  - خدمات تحت پوشش را پس از این که عضو واجد شرایط Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) شوید دریافت کرده‌اید.
  - میخواهید هزینه مربوطه ظرف یک سال از تاریخی که خدمات تحت پوشش را دریافت کردید، به شما بازپرداخت شود
  - مدرکی را ارائه کنید که ثابت کند هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید، مانند رسید صادر شده از سوی ارائه‌دهنده که حاوی همه اطلاعات است.
  - خدمات تحت پوشش را از ارائه‌دهنده عضو Medi-Cal در شبکه Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) دریافت کرده‌اید. اگر مراقبت‌های اضطراری، خدمات تنظیم خانواده، یا خدمات دیگری را که Medi-Cal به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه بدون تایید اولیه (مجوز قبلی) اجازه ارائه آنها را می‌دهد، دریافت کرده باشید، نیازی به داشتن این شرایط ندارید.
- اگر خدمات تحت پوشش، در حالت عادی به تایید اولیه (مجوز قبلی) نیاز دارند، باید مدرکی از طرف ارائه‌دهنده ارائه کنید که یک نیاز پزشکی برای خدمات تحت پوشش را نشان می‌دهد.
- Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) در نامه‌ای به نام اطلاعیه اقدام به شما اطلاع خواهد داد که هزینه را به شما بازپرداخت خواهد کرد یا نه. اگر همه شرایط بالا را داشته باشید، ارائه‌دهنده عضو Medi-Cal باید همه مبلغی را که پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه‌دهنده از بازپرداخت مبلغ به ما خودداری کند، Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) همه مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت خواهد کرد. ما ظرف 45 روز کاری از تاریخ دریافت مطالبه، مبلغ را به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر ارائه‌دهنده عضو Medi-Cal باشد ولی در شبکه ما نباشد و از بازپرداخت مبلغ به شما خودداری کند، Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) مبلغ را به شما بازپرداخت خواهد کرد، اما فقط تا مقداری که Medi-Cal FFS خواهد پرداخت.

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) مبالغ پرداخت شده از سوی شما برای خدمات اضطراری، خدمات تنظیم خانواده، یا سایر خدماتی را که Medi-Cal اجازه می‌دهد بدون تأیید اولیه از سوی ارائه‌دهندگان خارج از شبکه ارائه شوند، به شما بازپرداخت خواهد کرد. اگر یکی از شرایط بالا را نداشته باشید، مبلغ را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.

- در موارد زیر، هزینه را بازپرداخت نخواهیم کرد:
  - شما خدماتی را درخواست و دریافت کردید که از سوی Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود، مانند خدمات زیبایی.
  - این خدمات را Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) پوشش نمی‌دهد.
  - شما به پزشکی مراجعه کردید که Medi-Cal را قبول نمی‌کند و شما فرمی را امضاء کردید که در آن اعلام کردید در هر صورت می‌خواهید نزد پزشک بروید و خودتان هزینه خدمات را خواهید پرداخت.
- اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما خواهیم گفت.

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

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

1. اگر مراقبت اضطراری یا مراقبت‌های فوری ضروری از سلامت را از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید

از ارائه‌دهنده بخواهید که برای ما صورتحساب صادر کند.

- اگر مبلغ کل را هنگام دریافت مراقبت پرداخت می‌کنید، از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و مدرک مبالغی که پرداخت کرده‌اید را برای ما ارسال کنید.
- ممکن است صورت‌حسابی از ارائه‌دهنده دریافت کنید که به نظر شما به او بدهکار نیستید. صورتحساب و مدرک مبالغی که پرداخت کرده‌اید را برای ما ارسال کنید.
  - اگر باید به ارائه‌دهنده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
  - اگر قبلاً هزینه خدمات Medicare را پرداخت کرده‌اید، ما به شما بازپرداخت می‌کنیم.

2. وقتی ارائه‌دهنده شبکه برای شما صورتحساب می‌فرستد

ارائه‌دهندگان شبکه باید همیشه برای ما صورتحساب بفرستند. مهم است که موقع دریافت هرگونه خدمات یا نسخه کارت ID عضویتتان را نشان دهید. با وجود این، گاهی اوقات ارائه‌دهندگان شبکه اشتباه می کنند و از شما می‌خواهند هزینه خدماتی را که دریافت کرده‌اید یا بیشتر از سهم خودتان از هزینه‌ها را بپردازید. **اگر صورت‌حسابی دریافت کردید** با شماره موجود در پایین این صفحه، **با خدمات اعضا تماس بگیرید.**

- از آنجا که ما کل هزینه خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، شما مسئولیتی در قبال پرداخت هیچ هزینه‌ای ندارید. ارائه‌دهندگان نباید در قبال این خدمات هیچ مبلغی از شما دریافت کنند.
- وقتی صورتحسابی از ارائه‌دهنده شبکه دریافت می‌کنید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با آن ارائه‌دهنده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم.

- اگر قبلاً صورتحسابی از یک ارائه‌دهنده شبکه برای خدمات تحت پوشش Medicare را پرداخت کردید، صورت‌حساب و مدرک پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید. ما هزینه خدمات تحت پوشش شما را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

3. اگر به صورت معطوف به گذشته عضو طرح ما هستید

بعضا عضویت شما در طرح ممکن است معطوف به گذشته باشد. (یعنی روز نخست عضویت شما سپری شده است. حتی ممکن است سال گذشته باشد.)

- اگر به صورت معطوف به گذشته عضو شده‌اید و مبلغ صورتحسابی را پس از تاریخ عضویت پرداخت کردید، می‌توانید از ما بخواهید آن را بازپرداخت کنیم.
- صورتحساب و مدرک مبالغی که پرداخت کرده‌اید را برای ما ارسال کنید.

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

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

- تنها در موارد معدود، ما هزینهٔ نسخه‌هایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه گرفته شده باشد را تحت پوشش قرار خواهیم داد. وقتی از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برایمان ارسال کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به **فصل 5** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- ممکن است تفاوت بین مبلغی که برای دارو در داروخانه خارج از شبکه پرداخت می‌کنید و مبلغی را که در داروخانه شبکه پوشش می‌دهیم به شما بازپرداخت نکنیم.

5. وقتی هزینه نسخه کامل را پرداخت می‌کنید چون کارت ID عضویتتان را همراه ندارید

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

- اگر داروخانه نتواند فوراً اطلاعات را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل نسخه را خودتان بپردازید یا با کارت شناسایی عضویت خود به داروخانه بازگردید.
- وقتی از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برایمان ارسال کنید.
- اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید از قیمت مورد توافق ما برای نسخه بالاتر باشد، ممکن است تمام هزینه‌ای را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت نکنیم.

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

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

- ممکن است این دارو در *فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروها)* ما در وب‌سایت نباشد یا ممکن است الزام یا محدودیتی داشته باشد که شما درباره آن نمی‌دانید یا فکر می‌کنید برای شما اعمال نمی‌شود. اگر تصمیم به دریافت دارو دارید، ممکن است نیاز باشد هزینه را کامل بپردازید.

- اگر برای دارو پولی نمی‌پردازید اما فکر می‌کنید ما باید آن را پوشش دهیم، می‌توانید درخواست تصمیم پوشش دهید (به **فصل 9، بخش G4** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید).
- اگر شما و پزشک یا سایر تجویزکننده‌هایتان فکر می‌کنید که فوراً به دارو نیاز دارید (ظرف 24 ساعت)، می‌توانید درخواست تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن ارائه دهید (به **فصل 9، بخش G4** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید).

- وقتی از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برایمان ارسال کنید. در برخی موارد، ممکن است لازم باشد اطلاعات بیشتری را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها دریافت کنیم تا سهم خود را از هزینه دارو به شما بازپرداخت کنیم. اگر قیمتی که پرداخت کرده‌اید از قیمت مورد توافق ما برای نسخه بالاتر باشد، ممکن است تمام هزینه‌ای را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت نکنیم.

وقتی درخواست پرداخت را برای ما ارسال می‌کنید، آن را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشد یا خیر. این امر «تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی» نامیده می‌شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید پوشش داده شود، سهم خود را از هزینه آن پرداخت می‌کنیم.

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

B. ارسال درخواست پرداخت

صورت‌حساب و سند پرداخت خود برای خدمات Medicare را برای ما ارسال کنید. مدرک مبلغ پرداخت‌شده می‌تواند رونوشت چکی باشد که نوشتید یا رسیدی که از ارائه‌دهنده دریافت کردید. **بهتر است که یک کپی از صورتحساب و رسیدهای خود برای سوابق خود نگهداری کنید.** شما می‌توانید از هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود، درخواست کمک و راهنمایی کنید. باید ظرف 30 روز از تاریخ دریافت خدمات، لوازم یا دارو، اطلاعات خودتان را به ما بفرستید.

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

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

درخواست پرداخت خود را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید مربوطه به این آدرس برای ما ارسال کنید:

نشانی مطالبات پزشکی:

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 3060
Farmington, MO 63640

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

نشانی مطالبات داروخانه:

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

صورت‌حساب و سند پرداخت خود برای خدمات Medicare را برای ما ارسال کنید. مدرک مبلغ پرداخت‌شده می‌تواند رونوشت چکی باشد که نوشتید یا رسیدی که از ارائه‌دهنده دریافت کردید. بهتر است که یک کپی از صورتحساب و رسیدهای خود برای سوابق خود نگهداری کنید. می‌توانید از مدیر مراقبت خود درخواست کمک 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.

C. تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی

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

ما همچنین مقدار هزینه‌ای را که شما باید پرداخت کنید در صورت وجود، تعیین می‌کنیم.

- اگر به اطلاعات بیشتری از طرف شما نیاز داشته باشیم، به اطلاع شما خواهیم رساند.
- اگر تصمیم بگیریم که طرح ما خدمات، کالا یا دارو را پوشش دهد و شما تمام قوانین دریافت آن را رعایت کرده باشید، سهم خود را از هزینه آن پرداخت می‌کنیم. اگر از پیش هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، یک چک برای هزینه‌های پرداختی توسط شما برایتان پست خواهیم کرد. اگر هزینه کامل دارویی را پرداخت کرده باشید، ممکن است کل مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت نکنیم (برای مثال، اگر دارو را از داروخانه خارج از شبکه تهیه کرده باشید یا اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید بالاتر از قیمت توافقی ما باشد). اگر پرداخت نکرده باشید، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت می‌کنیم.

فصل 3، بخش B دفترچه *راهنمای اعضا* مقررات مربوط به پوشش خدمات را توضیح می‌دهد. **فصل 5 ، بخش A** دفترچه *راهنمای اعضا* مقررات مربوط به پوشش داروهای نسخه‌ای Medicare Part D را توضیح می‌دهد.

- اگر تصمیم گرفتیم سهم خود را از هزینه خدمات یا دارو پرداخت نکنیم، نامه‌ای با ذکر دلیل برایتان ارسال می‌کنیم. این نامه

  همچنین حقوق شما را برای درخواست تجدیدنظر توضیح می‌دهد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی به **فصل 9، بخش E1** مراجعه کنید.

D. درخواست تجدیدنظر

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

فرآیند تجدیدنظر رسمی دارای مراحل و مهلت‌های زمانی دقیق است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9، بخش E2** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید:

- برای درخواست تجدیدنظر درباره دریافت بازپرداخت جهت خدمات مراقبت از سلامت، به **بخش F** مراجعه کنید.
  - برای درخواست تجدیدنظر درباره دریافت بازپرداخت جهت دارو، به **بخش G** مراجعه کنید.

فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد 164
B. مسئولیت ما برای دسترسی به‌موقع شما به داروها و خدمات تحت پوشش 177
C. مسئولیت ما برای حفاظت از اطلاعات شخصی سلامت شما (PHI) 178
C1. نحوه محافظت ما از PHI شما 178
C2. حق شماست که به سوابق پزشکی خود نگاه کنید 179
D. مسئولیت ما برای ارائه اطلاعات به شما 179
E. عدم امکان صدور مستقیم صورت‌حساب برای شما توسط ارائه‌دهندگان شبکه 180
F. حق شما برای خروج از طرح ما 181
G. حق شما برای تصمیم‌گیری درباره مراقبت از سلامت خود 181
G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم گیری 181
G2. حق شما برای تعیین آنچه برایتان انجام شود در صورتیکه قادر به تصمیم‌گیری درباره درمان خودتان نباشید 182
G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشد چه کار کنید 183
H. حق شما برای شکایت و درخواست تجدیدنظر در تصمیمات ما 183
H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد 183
I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضو طرح 184
J. این حق شماست که پیشنهاداتی درباره سیاست‌های مربوط به حقوق و مسئولیت‌های اعضا ارائه کنید 185
K. ارزیابی فناوری‌های جدید 185

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

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

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالبی را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی، از جمله عربی، ارمنی، کامبوجی (خمری)، چینی (حروف سنتی)، فارسی، همونگ، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، و ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ درشت، خط بریل، یا فایل صوتی ارائه دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا با نشانی زیر مکاتبه کنید:

Wellcare By Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) می‌خواهد مطمئن شود که اطلاعات طرح سلامت خود را متوجه می‌شوید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. به این درخواست «تقاضای ثابت» گفته می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

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

چنانچه برای درک مطالب طرح نیاز به کمک دارید، لطفاً با «خدمات اعضا» Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

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

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

باید مطمئن شویم که **همه** خدمات با رفتاری شایسته و به گونه‌ای دردسترس و راحت به شما ارائه می‌شود. اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را باید به گونه‌ای در اختیارتان قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. باید هرسال که در طرح ما شرکت می‌کنید حقوقتان را به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با «مرکز خدمات اعضا» تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف است.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی شامل عربی، ارمنی، کامبوجی (خمر)، چینی (سنتی)، فارسی، همونگ، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، و ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ درشت، بریل، یا صوتی هم در اختیار شما قرار دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به نشانی زیر نامه ارسال کنید:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود اطلاعات طرح سلامت خودتان را متوجه می‌شوید. در صورت درخواست، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌هایی دیگر برای شما ارسال کنیم. به این درخواست «تقاضای ثابت» گفته می‌شود. انتخابتان را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

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

اگر برای درک مفاد طرحتان نیاز به راهنمایی دارید، با «مرکز خدمات اعضا» Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند.

اگر برای دریافت اطلاعات از طرح ما به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، با یکی از شماره‌های زیر تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). می‌توانید طی 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- «اداره حقوق مدنی» Medi-Cal با شماره 916-440-7330. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند
- U.S Department of Health and Human Services، Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

Մենք պետք է վստահ լինենք, որ **բոլոր** ծառայությունները մատուցվում են ձեր մշակույթին համապատասխան եւ դրանք հասանելի են ձեզ համար: Մենք պետք է նաեւ հասկանալի լեզվով ներկայացնենք մեր ապահովագրական պլանում ներառված նպաստները եւ դրանց առնչվող ձեր իրավունքները: Ամեն տարի մենք պետք է ներկայացնենք մեր պլանում ներառված ձեր իրավունքները:

- Հասկանալի տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություններ: Մեր ապահովագրական պլանն ունի բանավոր թարգմանչի անվճար ծառայություններ՝ պատասխանելու հարցերին տարբեր լեզուներով:

- Ապահովագրական մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, ներառյալ՝ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմերերեն), չինարեն (ավանդական տառերով), պարսկերեն, հմոնգ, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալոգ, վիետնամերեն և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տպագիրը, բրայլյան գիրը կամ աուդիո ձևաչափով. Այլընտրանքային այս ձևաչափերից որևէ մեկով նյութերը ստանալու համար, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net-ը ցանկանում է համոզված լինել, որ լիովին ընկալում եք առողջության ապահովագրության ձեր պլանի տեղեկությունները: Մենք կարող ենք ուղարկել ձեզ նյութեր այլ լեզվով կամ ձեւաչափով, եթե ձևակերպեք այն այս դիմումով: Այն կոչվում է «Մշտական պահանջ»: Մենք կփաստաթղթավորենք Ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.

  - Ցանկանում եք ստանալ ձեր նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (կխմեր), չինարեն (ավանդական), ֆարսի, հմոնգ, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ ձևաչափերով: Դուք կարող եք դիմել այս լեզուներից որևէ մեկով նյութերի համար կամ որևէ այլընտրանքային ձեւաչափով:

  - Դուք ցանկանում եք փոխել ուղարկված նյութերի լեզուն կամ ձեւաչափը:

Եթե օգնության կարիք ունեք ընկալելու ձեր պլանի նյութերը, խնդրում ենք դիմել Wellcare by Health Net Անդամների սպասարկման ծառայություններ՝ 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մինչ մարտի 31-ը, սպասարկող անձնակազմը հասանելի է երկուշաբթի-կիրակի օրերին, ժամը՝ 8 a.m.-8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը, սպասարկողները հասանելի են երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m.-8 p.m.:

Եթե մեր պլանի մասին տեղեկություններ ստանալու դժվարություններ ունեք՝ պայմանավորված լեզվական կամ հաշմության խնդիրներով և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-877-486-2048:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքի գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտվողները՝ 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության եւ սոցիալական հարցերով դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքի գրասենյակ՝ 1-800-368-1019: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697:

យើងតម្រូវធានាថា សេវាកម្ម**ទាំងអស់**ដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកគឺមានសមត្ថភាពផ្ទុនកែវប្បធម៌ និងមាន
លក្ខណៈអាចប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏តម្រូវតបែ្រាប់អ្នកអំពី អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងអ្នក
និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។
យើងតម្រូវតបែ្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ
ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន
  សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិក។ គម្រោងរបស់
  យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស
  រួមមាន អារ៉ាប់ អាមនើ កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (តួអក្សរប្រពៃណី) ហ្ស្ការ៉ី ម៉ុង ក្ររ៉ូ រុស្សី អេស្پ៉ាញ
  តាកាឡុក វៀតណាម និង ក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការ
  និងជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួសទាំងនេះ
  សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិក ឬសរសេរទៅ៖

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

Wellcare by Health Net ចង់ធានាថា អ្នកយល់ព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងអាចផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាផ្សេង ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀត បុរសិនបើអ្នក សុំនើសុំឯកសារនោះតាមវិធីនេះ។ នេះហៅថា "ការសុំនើសុំអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រង ឯកសារតាមជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើង បុរសិនបើ៖

- អ្នកចង់ហានឯកសារជាភាសាអារ៉ាប់ អាមនើ ខ្មែរ (ខ្មែរ) ចិន (តួអក្សរបង្រៀបណើ) ហ្ស៊ីសី ម៉ុង ក្ររ៉ ស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក រៀតណាម ឬក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចសុំនើសុំភាសាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ជំនួស។
- អ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់ដលែយើងផ្ញើឯកសារទៅអ្នក។

បុរសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីយល់ឯសារអំពីគម្រោងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Wellcare by Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ពីថ្ងៃទី 1 ខតុែលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ្ទដល់ថ្ងៃអ្ទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ពីថ្ងៃទី 1 ខមែសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខកែញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ្ទដល់ថ្ងៃសុ្ក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

បុរសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកបុរើ្ចប្ររាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យ Office of Civil Rights របស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកបុរើ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 711។
- ការិយាល័យ Office for Civil Rights របស់ក្រសួង U.S Department of Health and Human Services តាមរយៈលេខ1-800-368-1019។ អ្នកបុរើ្ចប្ររាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ1-800-537-7697។

我們必須確保**所有**服務都是以符合文化背景且能輕鬆取得的方式提供給您。我們也必須以您能夠理解的方式向您告知我們計劃的福利以及您的權利。只要您仍參與我們的計劃，我們就必須每年向您告知您的權利。

- 若要以您可以理解的方式取得資訊，請致電會員服務部。我們的計劃提供免費口譯員服務，能以各種語言回答問題。

- 我們的計劃也能為您提供以非英文語言（包括阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文（高棉 文）、中文（繁體）、波斯文、苗族文、韓文、俄文、西班牙文、菲律賓塔加路文、越南文）撰寫的資料，並且能以大字版、點字版或語音版等格式提供。若要取得以上述其中一種替代 格式提供的資料，請致電會員服務部或是寫信到以下地址：

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net 希望確保您瞭解您的健康計劃資訊。如果您提出要求，我們能將 以其他語言撰寫或以替代格式提供的資料寄送給您。這稱為「常設要求」。我們將會記錄您 的選擇。如有以下情況，請致電我們：

- 您希望取得以阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文（高棉文）、中文（繁體）、波斯文、苗族 文、韓文、俄文、西班牙文、菲律賓塔加路文、越南文撰寫或以替代格式提供的資料。您可 以要求以替代格式提供上述其中一種語言。
- 您希望變更我們向您寄送資料的語言或格式。

如果您需要瞭解您計劃資料的協助，請致電 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 1-800-431-9007（TTY：711）。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週 日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

如果您因語言問題或身心障礙而無法取得我們計劃中的資訊，且您想要提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。每週 7 天每天 24 小時皆可撥打。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話是 916-440-7370。TTY 使用者請撥打 711
- 美國衛生署和公眾服務部民權辦公室，電話是 1-800-368-1019。TTY 使用者請撥打 1-800-537-7697。

당사는 **모든** 서비스가 문화적으로 충분하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 또한 당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 당사 플랜은 가입자들의 질문에 다양한 언어로 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어（크메르어）, 중국어（번체）, 페르시아어, 몽어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오 디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식의 자료가 필요하시다면 가입 자 서비스부에 전화하시거나 아래 주소로 서신을 보내주십시오.

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net은 귀하가 본인의 건강 플랜 정보를 확실히 이해하실 수 있도록 도울 것입니다. 귀하의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 “지속 요청”이라고 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 전화해 주십시오.

  - 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어（크메르어）, 중국어（번체）, 페르시아어, 몽어, 한국어, 러시아 어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶으 실 수 있습니다. 이러한 언어 중 하나를 대체 형식으로 요청할 수 있습니다.
  - 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 도움이 필요하시면, Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007（TTY: 711）번으로 문의해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일 요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만사항을 제기하길 원하시면

- 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）번으로 Medicare에 연락해 주십시오. 주 7일 하루 24시간 언제든 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.
- Medi-Cal Office of Civil Rights는 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 1-800-368-1019번으로

  문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하셔야 합니다.

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для получения информации в удобной для вас форме позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на других языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского (в том числе на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), фарси, хмонг, корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском), и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана или напишите по адресу:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом медицинского страхования Wellcare by Health Net. По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим». Мы внесем ваш выбор в свою документацию. Позвоните нам, если:

  - Вы хотите получать материалы в другом формате или на одном из следующих языков: арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), фарси, хмонг, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.
  - Вы хотите сменить язык или формат присылаемых вам материалов.

Если вам нужна помощь с пониманием информации, представленной в материалах о плане страхования, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare by Health Net по номеру 1-800-431-9007 (TTY: С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.

Если у вас возникли трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно и без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб США по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và quyền lợi của quý vị theo cách dễ hiểu cho quý vị. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền mà quý vị có mỗi năm trong chương trình của chúng tôi.

- Để lấy thông tin theo cách dễ hiểu cho quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hmong, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt và ở các định dạng như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để lấy tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc gửi thư đến:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net muốn đảm bảo quý vị hiểu được thông tin chương trình sức khỏe của mình. Chúng tôi có thể gửi tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ khác hoặc định dạng thay thế nếu quý vị yêu cầu theo cách này. Đây được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:

  - Quý vị muốn lấy tài liệu của mình bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hmong, Tiếng Hàn, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Tagalog, tiếng Việt hoặc định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong các ngôn ngữ này ở định dạng thay thế.
  - Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng mà chúng tôi gửi tài liệu cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để tìm hiểu về tài liệu chương trình, vui lòng liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare by Health Net theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các

đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi cho chúng tôi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1- 877-486-2048.
- Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.
- Phòng Dân Quyền, Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1- 800-537-7697.

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible. Además, debemos informarle acerca de los beneficios de nuestro plan y de sus derechos de manera tal que usted pueda comprender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que usted permanezca en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, comuníquese con Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas que no sean inglés, incluidos árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, hmong, coreano, ruso, español, tagalo, vietnamita y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net desea asegurarse de que entiende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otro idioma o en un formato alternativo si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

  - Si desea conseguir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, hmong, coreano, ruso, español, tagalo, vietnamita o en un formato alternativo. Puede solicitar uno de estos idiomas en un formato alternativo.
  - Si desea cambiar el idioma o el formato en que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para comprender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Si tiene problemas para obtener información acerca de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o una discapacidad y desea presentar un reclamo, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- La Office for Civil Rights de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- La Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

- Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub ntxiv hauv txoj hauv kev uas koj nkag siab tau, hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab. Peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm muaj cov kev pab cuam muab kws pab txhais lus pub dawb los teb cov nqe lus nug ua lwm hom lus.
- Peb txoj phiaj xwm kuj tuaj yeem muab cov ntaub ntawv tau rau koj ua lwm hom lus uas tsis yog Lus Askiv suav nrog Lus Arabic, Lus Armenian, Lus Cas Pus Cia, Lus Suav (niam ntawv suav), Lus Farsi, Lus Hmoob, Lus Kaus Lim, Lus Lav Xias, Lus Mev, Lus Tagalog, Lus Nyab Laj thiab ua hom ntawv xws li ntawv luam loj, ntawv su rau neeg dig muag, los sis ua suab lus. Txhawm rau kom tau ib hom ntaub ntawv ntawm lwm cov hom ntawv no, thov hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tus Tswv Cuab tau los sis sau ntawv mus rau:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

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

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

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

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

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

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa isang kultural na naaangkop at accessible na paraan. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang inyong mauunawaan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang sagutin ang mga tanong sa iba’t ibang wika.

- Ang aming plano ay maaari ring magbigay sa inyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga traditional character), Farsi, Hmong, Korean, Russian, Espanyol, Tagalog, Vietnamese at sa mga format gaya ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

Gustong tiyakin ng Wellcare by Health Net na nauunawaan ninyo ang impormasyon ng inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “standing request.” Itatala namin ang inyong pinili. Pakitawagan kami kung:

- Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na character), Farsi, Hmong, Korean, Russian, Espanyol, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
- Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyong mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa sa mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

B. مسئولیت ما برای دسترسی به‌موقع شما به داروها و خدمات تحت پوشش

اگر نمی‌توانید برای دریافت خدمات تحت پوشش وقت ملاقات به‌موقع بگیرید و به تشخیص پزشکتان نمی‌توانید بیش از این برای دریافت وقت ملاقات صبر کنید، می‌توانید با مرکز خدمات اعضای Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به این شماره تماس بگیرید: 1-800-431-9007 (TTY:711) از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند و می‌توانند به شما کمک کنند. اگر نتوانید خدمات را ظرف مدت معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را پرداخت کنیم.

شما به عنوان عضوی از طرح ما حقوقی دارید.

- شما حق دارید که یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری دارد. می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد اینکه چه نوع ارائه‌دهندگانی می‌توانند به عنوان PCP عمل کنند و نحوه انتخاب PCP را در **فصل 3، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* پیدا کنید.
  - برای کسب اطلاعات درباره ارائه‌دهندگان شبکه و پزشکانی که بیمار جدید می‌پذیرند، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید.
- شما حق دارید بدون دریافت ارجاع نزد متخصص بیماری‌های زنان یا متخصص سلامت زنان دیگری بروند. ارجاع به معنای تأیید PCP شما برای استفاده از شخصی است که PCP شما نیست.
- شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را از ارائه‌دهندگان شبکه در محدوده زمانی قابل قبول دریافت کنید.
  - این شامل حق دریافت به موقع خدمات از متخصصان می‌باشد.
  - اگر نتوانید خدمات را در مدت زمان معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- شما حق دارید که خدمات اضطراری یا مراقبت فوری را بدون تأیید قبلی (PA) دریافت کنید.
- شما حق دارید که نسخه‌هایتان را بدون معطلی طولانی از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما دریافت کنید.
- شما حق دارید از زمانی که می‌توانید به ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کنید مطلع شوید. برای کسب اطلاعات درباره ارائه‌دهنده خارج از شبکه، به **فصل 3، بخش D4** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- وقتی ابتدا عضو طرح درمانی ما می‌شوید، در صورت احراز شرایط خاص حق دارید که ارائه‌دهندگان و مجوزهای فعلی خدمات را برای حداکثر 12 ماه نگه دارید. برای اطلاعات بیشتر درباره حفظ ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات، به **فصل 1، بخش F** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت خود تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی خود را بگیرید.

فصل 9، بخش E دفترچه *راهنمای اعضا* بشامل اطلاعاتی است در این مورد که اگر فکر می‌کنید خدمات یا داروها را در مدت زمان معقولی دریافت نمی‌کنید چه کاری می‌توانید انجام دهید. در این فصل توضیح داده شده است که اگر درخواست شما برای پوشش دهی خدمات یا داروهای شما رد شود و شما با این تصمیم گیری موافق نباشید، باید چه اقدامی انجام دهید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

C. مسئولیت ما برای حفاظت از اطلاعات شخصی سلامت شما (PHI)

ما از PHI شما مطابق با الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

PHI شما شامل اطلاعاتی است که هنگام ثبت نام در طرح به ما داده اید. همچنین شامل پرونده‌های پزشکی شما و سایر اطلاعات پزشکی و درمانی می‌شود.

شما حقوقی درباره اطلاعات خود و کنترل نحوه استفاده از PHI خود دارید. اطلاعات مربوط به حقوق شما و نیز نحوه محافظت ما از حریم خصوصی PHI شما را در قالب اعلامیه کتبی در اختیار شما قرار می‌دهیم. این اطلاعیه «اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی» نام دارد.

اعضایی که ممکن است به دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به دریافت مجوز از هیچ عضو دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ارسال مطالبه برای خدمات حساس نیستند. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به نشانی پستی، نشانی ایمیل، یا شماره تلفن تعیین‌شده جایگزین عضو، یا در صورت عدم تعیین، به نام عضو به نشانی یا شماره تلفن موجود در پرونده ارسال می‌کند.
Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی از عضو دریافت کننده مراقبت در اختیار هیچ عضو دیگری قرار نخواهد داد. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) درخواست‌های ارتباط محرمانه را در فرم و قالب درخواستی، در صورتی که به آسانی در فرم و قالب درخواستی قابل تولید باشد، یا در مکان‌های دیگری هماهنگ می‌کند.
. درخواست یک عضو برای ارتباطات محرمانه مربوط به خدمات حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه نکند، معتبر خواهد بود

یک عضو می تواند فرایند درخواست ارتباط محرمانه را به صورت کتبی به طرح سلامت یا از طریق ارسال الکترونیکی آغاز کند. درخواست ارتباطات محرمانه باید توسط بیمه‌گر سلامت ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت ارسال الکترونیک یا درخواست تلفنی یا ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست کتبی از طریق پست درجه یک اعمال شود.

C1. نحوه محافظت ما از PHI شما

ما مطمئن می‌شویم که هیچ فرد غیرمجاز به سوابق شما نگاه نمی‌کند یا آن را تغییر نمی‌دهد.

غیر از موارد ذکر شده در زیر، ما PHI شما را به کسی که مراقبت‌های شما را ارائه نمی‌دهد یا هزینه مراقبت شما را پرداخت نمی‌کند، نمی‌دهیم. اگر چنین کنیم، ابتدا باید از شما اجازه کتبی بگیریم. شما یا شخصی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم گیری برای شما است می‌توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی اوقات لازم نیست ابتدا اجازه کتبی شما را بگیریم. این موارد استثنا طبق قانون مجاز یا الزامی است:

- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی قرار دهیم تا کیفیت مراقبت طرح ما را بررسی کنند.
- درصورتی که دادگاه حکم دهد، ممکن است PHI را منتشر کنیم، البته تنها درصورتی که قوانین California اجازه این کار را بدهد.
- ما باید PHI شما را به Medicare بدهیم. اگر Medicare اطلاعات PHI شما را برای تحقیقات یا استفاده‌های دیگر منتشر کند، طبق قوانین فدرال این کار را انجام می‌دهد. اگر اطلاعات شما را با Medi-Cal در میان بگذاریم، این کار نیز طبق قوانین فدرال و ایالتی انجام خواهد شد.

C2. حق شماست که به سوابق پزشکی خود نگاه کنید

- شما حق دارید که سابقه پزشکی خود را مشاهده کرده و از پرونده‌های خود رونوشت بگیرید.
- شما حق دارید از ما بخواهید سابقه پزشکی شما را به‌روزرسانی یا تصحیح کنیم. اگر از ما درخواست چنین کاری را داشته باشید، ما با همکاری ارائه‌دهنده خدمات مراقبت بهداشتی شما در مورد اعمال تغییرات تصمیم گیری می‌کنیم.
- شما حق دارید بدانید که آیا ما PHI شما را با دیگران به اشتراک می‌گذاریم یا خیر.

اگر سؤال یا نگرانی درباره حفظ حریم خصوصی PHI خود دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

D. مسئولیت ما برای ارائه اطلاعات به شما

به عنوان عضوی از طرح ما، این حق را دارید که در مورد طرح ما، ارائه‌دهندگان شبکه ما، مسئولیت‌ها و حقوق عضو، و خدمات تحت پوشش اطلاعاتی از ما دریافت کنید.

اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما یک مترجم شفاهی در اختیار شما قرار می‌دهیم تا پاسخگوی هرگونه پرسش شما درباره طرح درمانی ما باشد. برای درخواست مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY:711) با خدمات اعضا تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب، و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. این خدمات برای شما رایگان است. می‌توانیم اطلاعات را در قالب خط بریل، چاپ درشت یا فایل صوتی نیز در اختیار شما قرار دهیم. می‌توانید این دفترچه را به زبان‌های زیر نیز به طور رایگان دریافت کنید:

- عربی
- ارمنی
- کامبوجی
- چینی
- فارسی
- همونگ
- کره‌ای
- روسی
- اسپانیایی
- تاگولوگ
- ویتنامی

اگر در مورد هر یک از موارد زیر به اطلاعات نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید:

- اطلاعات در مورد نحوه انتخاب یا تغییر طرح‌ها
- اطلاعات در مورد طرح ما، از جمله:
  - اطلاعات مالی
  - اعضای طرح چگونه به ما امتیاز داده اند
  - تعداد درخواست‌های تجدیدنظر اعضا
  - نحوه خروج از طرح
- اطلاعات در مورد شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه، از جمله:
  - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه
  - مشخصات ارائه دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما
  - نحوه پرداخت هزینه ارائه دهندگان در شبکه ما
- خدمات و داروهای تحت پوشش، شامل:
  - خدمات (**فصل 3** و **فصل 4** دفترچه *راهنمای اعضا* را ببینید) و داروهای (**فصل 5** و **فصل 6** دفترچه *راهنمای اعضا* را ببینید) تحت پوشش طرح ما
  - محدودیت‌های موجود در پوشش و داروها
  - قوانینی که باید جهت دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید
- چرا بعضی موارد تحت پوشش نیستند و چه کاری می‌توانید در مورد آن‌ها انجام دهید (**فصل 9، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* را ببینید)، و از جمله پرسش درباره:
  - توضیح کتبی در رابطه با این که چرا موردی تحت پوشش قرار نمی‌گیرد
  - تغییر تصمیمی که گرفته‌ایم
  - پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده اید

E. عدم امکان صدور مستقیم صورت‌حساب برای شما توسط ارائه‌دهندگان شبکه

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر خدمات‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند شما را وادار کنند هزینه‌ای بابت خدمات تحت پوشش بپردازید. همچنین اگر ما کمتر از مبلغی که ارائه‌دهنده هزینه کرده است، پرداخت کنیم آن‌ها نمی‌توانند قبض مابه‌التفاوت را معادل کنند یا از شما هزینه دریافت کنند. برای کسب اطلاعات در مورد اینکه اگر ارائه‌دهنده شبکه بخواهد هزینه‌ای بابت خدمات تحت پوشش از شما دریافت کند چه کار کنید، به **فصل 7، بخش A** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

F. حق شما برای خروج از طرح ما

اگر تمایلی نداشته باشید هیچکس نمی‌تواند شما را به اجبار در این طرح نگه دارد.

- شما از این حق برخوردار هستید تا از طریق Original Medicare یا طرح Medicare Advantage (MA)، از بیشترین خدمات درمانی برخوردار شوید.
- شما می‌توانید مزایای داروی تجویزی Medicare Part D را از طرح داروی تجویزی یا طرح MA دیگری دریافت کنید.
- به **فصل 10، بخش C** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید:
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می‌توانید به برنامه MA یا طرح مزایای داروهای تجویزی بپیوندید.
  - برای اطلاع از نحوه دریافت مزایای Medi-Cal در صورت ترک طرح ما.

G. حق شما برای تصمیم‌گیری درباره مراقبت از سلامت خود

شما حق دریافت اطلاعات کامل از پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را دارید تا به شما در تصمیم گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی‌تان کمک کنند.

G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم گیری

ارائه‌دهندگان باید درباره شرایط شما و انتخاب‌های پزشکی به روشی که متوجه شوید برایتان توضیح دهند.
از این حقوق برخوردار هستید:

- **از گزینه‌های خود آگاه باشید.** شما حق دارید در مورد همه گزینه‌های درمانی مطلع شوید.
- **از خطرات آگاه باشید.** شما حق دارید که از هرگونه خطرات موجود آگاه شوید. ما باید از قبل به شما بگوییم که آیا خدمات یا درمان بخشی از یک آزمایش تحقیقاتی است یا خیر. شما حق دارید که مداواهای آزمایشی را قبول نکنید.
- **برای دریافت نظر ثانویه.** شما حق دارید که پیش از اتخاذ تصمیم در مورد درمان به پزشک دیگری نیز مراجعه کنید.
- **پاسخ منفی بدهید.** شما حق دارید از هرگونه درمانی امتناع کنید. این موضوع شامل ترک بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگر می‌شود؛ حتی اگر پزشک شما برخلاف آن توصیه کند. از این حق برخوردار هستید تا مصرف دارویی که تجویز شده است را متوقف کنید.
  اگر از درمان امتناع کنید یا مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید، ما شما را از برنامه خود حذف نمی‌کنیم. ولی اگر مداوا را قبول نکنید یا از مصرف دارو خودداری کنید، مسئولیت کامل آنچه برایتان پیش می‌آید بر عهده شماست.
- **شما می‌توانید از ما بخواهید دلیل امتناع ارائه‌دهنده از عرضهٔ خدمات را توضیح دهیم.** چنانچه ارائه‌دهنده‌ای از ارائه خدمات به شما خودداری کرد، در صورتی که عقیده دارید باید خدمات مربوطه به شما ارائه شود، حق دارید از ما توضیح بخواهید.
- **از ما درخواست کنید تا خدمات یا دارویی که رد کرده‌ایم یا معمولاً تحت پوشش قرار نمی‌گیرد را پوشش دهیم.** این «تصمیم پوشش» نامیده می‌شود. **فصل 9، بخش E** دفترچه *راهنمای اعضا* درباره نحوه درخواست تصمیم‌گیری برای پوشش‌دهی توضیح داده است.

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

گاهی افراد نمی‌توانند در مورد مراقبت درمانی خودشان تصمیم بگیرند. قبل از اینکه چنین چیزی برایتان پیش بیاید، می‌توانید:

- فرمی کتبی پر کنید و **این حق را به فرد دیگری اعطا کنید که از طرف شما در رابطه با خدمات مراقبت از سلامت شما تصمیم‌گیری کند.**
- **دستورالعمل‌های کتبی را در اختیار پزشک خود** قرار دهید تا او بتواند زمانی که شما قادر به تصمیم‌گیری نیستید، اقدامات لازم را انجام دهد، ازجمله مراقبت‌هایی که **نمی‌خواهید** آنها را دریافت کنید.

سند رسمی‌ای که می‌توانید برای ارائه رهنمون‌های خود از آن استفاده کنید فرم «رهنمودهای پیش از موعد» خوانده می‌شود. انواع مختلفی از رهنمودهای پیش از موعد و جود دارد و اسامی مختلفی دارند. نمونههایی از جمله وصیت برای زندگی و وکالت‌نامه برای مراقبت‌های درمانی.

شما نیازی به داشتن پیش رهنمون ندارید، اما می‌توانید داشته باشید. اگر می‌خواهید از پیش رهنمون استفاده کنید، در اینجا چه کاری باید انجام دهید:

- **فرم را دریافت کنید.** می توانید فرم مربوطه را از پزشک، وکیل یا سازمان خدمات حقوقی و یا مددکار اجتماعی خود دریافت کنید. داروخانه‌ها و مطب ارائه‌دهندگان اغلب این فرم‌ها را دارند. می‌توانید در فضای آنلاین فرمی رایگان پیدا کنید و بارگیری کنید.
- **فرم را پر کنید و امضا کنید.** این فرم یک سند حقوقی است. بهتر است که یک وکیل یا شخص دیگری که به آن اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP شما، در تکمیل آن به شما کمک کند.
- **نسخه‌ها را در اختیار افرادی قرار دهید که لازم است درباره آن اطلاع داشته باشند.** باید یک نسخه از این فرم را به پزشکتان بدهید. باید یک نسخه از آن را نیز به فردی بدهید که او را به عنوان تصمیم گیرنده از جانب خود انتخاب کرده اید. همچنین می‌توانید نسخه‌هایی از آن را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده خود بدهید. یک کپی را در خانه نگه دارید.
- اگر قرار است در بیمارستان بستری شوید و رهنمودهای پیش از موعد را امضا کرده‌اید، **یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.**
  - در بیمارستان از شما سؤال می‌شود که آیا پیش رهنمون را امضا کرده اید و آیا آن را با خود به همراه دارید یا خیر.
  - اگر فرم پیش رهنمون را امضا نکرده اید، در بیمارستان این فرم موجود است و از شما خواسته می‌شود اگر می‌خواهید آن را امضا کنید.

از این حقوق برخوردار هستید:

- پیش رهنمون خود را در پرونده پزشکی خود قرار دهید.
- هر زمان خواستید پیش رهنمون خود را تغییر دهید یا لغو کنید.
- در مورد تغییرات در مورد قوانین پیش رهنمون بیشتر بدانید. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) در مورد تغییرات قانون ایالتی حداکثر 90 روز پس از تغییر به شما اطلاع خواهد داد.

برای اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشد چه کار کنید

اگر دستورالعمل از پیش تعیین‌شده را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل‌های آن پیروی نکرده‌اند، می‌توانید شکایتی را به Office for Civil Rights (دفتر محلی حقوق مدنی) خود تسلیم کنید.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

شما می‌توانید از طریق شماره تلفن زیر با Office for Civil Rights (دفتر امور حقوق مدنی) تماس بگیرید: 1-800-368-1019
(TTY: 1-800-537-7697)

H. حق شما برای شکایت و درخواست تجدیدنظر در تصمیمات ما

فصل 9، بخش D دفترچه *راهنمای اعضا* شامل اطلاعاتی است درباره اینکه اگر مشکل یا نگرانی‌ای

درباره مراقبت‌ها و خدمات تحت پوشش دارید چه‌کار باید بکنید. به عنوان مثال، می‌توانید از ما درخواست کنید تا درباره پوشش‌دهی تصمیم‌گیری کنیم، برای تغییر در تصمیم‌گیری مربوط به پوشش درخواست تجدیدنظر کنید یا این که شکایتی ارائه کنید.

شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات مربوط به درخواست‌های تجدید نظر و شکایات سایر اعضا نسبت به طرح ما را در اختیار داشته باشید. برای دریافت این اطلاعات با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

اگر فکر می‌کنید با شما ناعادلانه رفتار کرده‌ایم - و این در مورد تبعیض به دلایل ذکر شده در **فصل 11** دفترچه *راهنمای اعضا* **نیست** - یا اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود می‌خواهید، می‌توانید با شماره زیر تماس بگیرید:

- مرکز خدمات اعضا، به ما اطلاع دهید.
- برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 (TTY: 711) . برای جزئیات بیشتر درباره HICAP، به **فصل 2، بخش C** مراجعه کنید.
- برنامه رسیدگی به شکایات به شماره 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر درباره این برنامه، به **فصل 2، بخش I** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید «حقوق و محافظت‌های Medicare» را که در وب‌سایت Medicare به نشانی www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf موجود است مطالعه یا بارگیری کنید.)

I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضو طرح

شما به عنوان یک عضو از طرح، مسئول هستید که موارد زیر را انجام دهید. اگر سؤالی دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

- ***دفترچه راهنمای اعضا* را مطالعه کنید** و درباره آنچه تحت پوشش طرح ما قرار می‌گیرد و مقررات مربوط به دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش اطلاعات کسب کنید. برای اطلاع درباره:
  - برای خدمات تحت پوشش، به **فصل 3 و فصل 4** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید. این فصل‌ها موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیستند، مقرراتی که لازم است تبعیت کنید و مبلغی که پرداخت می‌کنید را برای شما توضیح می‌دهند.
  - برای داروهای تحت پوشش، به **فصل 5 و فصل 6** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- **هرگونه پوشش درمانی یا داروی تجویزی دیگری که دارید به ما اطلاع دهید.** ما باید اطمینان حاصل کنیم که شما از تمام گزینه‌های پوشش دهی خود در زمان دریافت خدمات مراقبت درمانی استفاده می‌کنید. اگر پوشش‌های دیگری دارید لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- **به پزشک و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت از سلامت اطلاع دهید** که در طرح ما عضو هستید. هنگامی که خدمات یا دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- **به پزشکان خود و سایر** ارائه‌دهندگان مراقبت از سلامت کمک کنید تا بهترین مراقبت را در اختیار شما قرار دهند.
  - اطلاعات مورد نیاز آن‌ها درباره خود و وضعیت سلامت خود را در اختیارشان قرار دهید. تا آنجا که ممکن است با مشکلات سلامت خود آشنا شوید. برنامه‌ها و دستورالعمل‌های درمانی مورد توافق شما و ارائه‌دهندگان خود را رعایت کنید.
  - مطمئن شوید که پزشکان و سایر ارائه دهندگان، ازکلیه داروهای مصرفی شما اطلاع داشته باشند. این موضوع شامل داروهای تجویزی، داروی بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌های غذایی می‌شود.
  - هر سؤالی را که دارید بپرسید. مسئولیت شناخت و آگاهی از مشکلات سلامتتان و همکاری در تنظیم اهداف درمانی که مورد توافق شما و پزشکتان باشد بر عهده خودتان است. پزشکان شما و سایر ارائه‌دهندگان باید موضوعات را به صورتی برای شما توضیح دهند که بتوانید درک کنید. اگر سؤالی کردید و پاسخ آن را متوجه نشدید، مجدداً پرسش خود را مطرح کنید.
- **با هماهنگ کننده مراقبت خود کار کنید** از جمله پر کردن ارزیابی سالانه خطر سلامتی.
- **ملاحظه‌گر باشید.** ما انتظار داریم که کلیه اعضا به حقوق سایر بیماران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم که در مطب پزشک خود، بیمارستان، و مطب سایر ارائه‌دهندگان با احترام رفتار کنید.
- **بدهی خود را پرداخت کنید.** شما به عنوان عضو طرح، مسئول پرداخت این هزینه‌ها هستید:
  - حق بیمه‌های Medicare Part A و Medicare Part B. برای بیشتر اعضای Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) برنامه Medi-Cal حق بیمه Medicare Part A و حق بیمه Medicare Part B شما را می‌پردازد.
  - **اگر خدمات یا داروهایی که تحت پوشش طرح ما نیستند را دریافت می‌کنید، باید هزینه کامل آن‌ها را شخصاً خودتان پرداخت کنید.** **(توضیح:** اگر با تصمیم ما در مورد پوشش خدمات یا دارو موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً برای کسب اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9، بخش E2** مراجعه کنید.)
- **اگر نقل مکان می‌کنید به ما اطلاع دهید.** اگر قصد نقل مکان دارید، فوراً به ما بگویید. با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- **اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در این طرح بمانید.** فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو این طرح باشند. **فصل 1، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* شامل اطلاعاتی درباره منطقه خدماتی ما است.
- ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا متوجه شوید که آیا به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید یا خیر. در دوره ثبت نام ویژه، می‌توانید به Original Medicare تغییر داده یا در برنامه درمانی یا داروی تجویزی Medicare در محل جدید خود عضو شوید. ما می‌توانیم به شما اطلاع دهیم که آیا در منطقه جدید شما طرحی داریم یا خیر.
- هنگام نقل مکان، آدرس جدید خود را به Medicare و Medi-Cal بگویید. برای شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal، به **فصل 2، بخش G و بخش H** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- **اگر به محلی واقع در منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید، همچنان باید به ما اطلاع دهید.** لازم است که سابقه عضویت شما را به‌روز نگه داشته و بدانیم که چطور با شما تماس بگیریم.

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

L. این حق شماست که پیشنهاداتی درباره سیاست‌های مربوط به حقوق و مسئولیت‌های اعضا ارائه کنید

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

K. ارزیابی فناوری‌های جدید

فناوری‌های جدید شامل 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 تعیین پوشش، 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.

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

مقدمه

این فصل حاوی اطلاعاتی در مورد حقوق شماست. این فصل را برای کسب اطلاعات در موارد زیر مطالعه کنید:

- در مورد طرح خود شکایتی دارید.
- در صورت نیاز به خدمات، اقلام یا داروهایی که طرح شما می‌گوید هزینه آنها را پرداخت نمی‌کند.
- اگر با تصمیمی که طرح درباره خدمات مراقبتی شما گرفته، موافق نیستید.
- فکر می‌کنید که خدمات تحت پوشش شما خیلی سریع تمام می‌شوند.
- شما مشکل یا شکایتی در مورد خدمات و حمایت‌های بلندمدت شامل خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (Community-Based Adult Services) یا (CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (Nursing Facility) یا (NF) دارید.

این فصل به چند قسمت مختلف تقسیم شده است که به شما کمک می‌کند به راحتی اطلاعات مورد نیاز خود را پیدا کنید. **اگر مشکل یا نگرانی داشتید، فقط کافی است قسمت‌هایی از این فصل که به مشکل شما مرتبط است را مطالعه کنید.**

شما باید مراقبت درمانی، داروها و خدمات و حمایت‌های بلندمدتی که پزشک و سایر ارائه‌دهندگان شما تشخیص داده‌اند برای مراقبت از شما به عنوان بخشی از طرح مراقبتی لازم است را دریافت کنید. **اگر مشکلی در رابطه با خدمات درمانی خود دارید، می‌توانید از طریق شماره 1-855-501-3077 با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و راهنمایی دریافت کنید.** در این فصل درباره راه‌های مختلف جهت حل مشکلات و شکایت‌های مختلف شما توضیح داده شده است اما همیشه می‌توانید از برنامه رسیدگی به شکایات نیز جهت حل مشکل خود درخواست راهنمایی کنید. برای آگاهی از سایر منابع اطلاعاتی که به نگرانی‌های شما می‌پردازند و روش‌های تماس با آنها، به **فصل 2، بخش I** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. اگر مشکل یا نگرانی‌ای داشتید چه کاری باید انجام دهید 188
A1. درباره اصطلاحات حقوقی 188
B. از کجا راهنمایی بگیریم 188
B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر 188
C. درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما 189
D. مشکلات مربوط به مزایای شما 190
E. تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر 190
E1. تصمیم در مورد پوشش 190
E2. درخواست تجدیدنظر 191

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

E3. کمک در رابطه با تصمیم گیری‌های مربوط به پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر 191
E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند..... 192

F. مراقبت‌های پزشکی 193
F1. استفاده کردن از این بخش 193
F2. درخواست برای تصمیم پوشش‌دهی..... 194
F3. درخواست تجدیدنظر سطح 1 195
F4. درخواست تجدیدنظر سطح 2 198
F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه 203

G. داروی تجویزی Medicare Part D 204
G1. تصمیمات پوشش و تجدید نظر Medicare Part D 205
G2. استثناهای Medicare Part D..... 206
G3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست استثنا از آنها مطلع باشید..... 206
G4. درخواست برای تصمیم پوشش شامل یک استثنا 207
G5. درخواست تجدیدنظر سطح 1 209
G6. درخواست تجدیدنظر سطح 2 211

H. درخواست پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان..... 213
H1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما 213
H2. درخواست تجدیدنظر سطح 1 214
H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2 216

I. درخواست ادامه پوشش برخی از خدمات پزشکی..... 216
I1. اطلاعیه قبلی، قبل از اتمام پوشش شما 217
I2. درخواست تجدیدنظر سطح 1 217
I3. درخواست تجدیدنظر سطح 2 219

J. ادامه درخواست تجدیدنظر به بالاتر از سطح 2 220
J1. مراحل بعدی برای دریافت خدمات و اقلام Medicare..... 220
J2. درخواست‌های تجدیدنظر تکمیلی Medi-Cal 221
J3. درخواست تجدیدنظر در سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست داروهای Medicare Part D..... 221

K. نحوه ارائه شکایت 222
K1. شکایات باید در مورد چه نوع مشکلاتی باشد؟..... 222
K2. شکایات داخلی 224
K3. شکایات خارجی 225

A. اگر مشکل یا نگرانی‌ای داشتید چه کاری باید انجام دهید

این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها را توضیح می‌دهد. فرآیندی که شما استفاده می‌کنید بستگی به نوع مشکل شما دارد. از یک فرایند برای **تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر** و از دیگری برای **ارائه شکایت** استفاده کنید که شکایت‌نامه نیز نامیده می‌شود.

برای اطمینان از انصاف و سرعت، هر فرآیند دارای مجموعه ای از قوانین، رویه‌ها و مهلت‌هایی است که ما و شما باید از آنها پیروی کنیم.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

در این فصل اصطلاحات قانونی برای برخی از قوانین و مهلت‌ها وجود دارد. بسیاری از این عبارات حقوقی ممکن است به سختی قابل درک باشد، بنابراین ما از کلمات ساده تر به جای واژه‌های دقیق حقوقی استفاده کرده‌ایم. ما تا حد ممکن از حروف اختصاری استفاده نمی‌کنیم.

به عنوان مثال، ممکن است بگوییم:

- "ارسال شکایت" به جای "ثبت شکایت‌نامه"
- "تصمیم درباره پوشش دهی " به جای "تصمیم سازمانی"، "معین سازی مزایا"، "تعیین ریسک" یا "تعیین پوشش"
- "تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن" به جای "تسریع تصمیم‌گیری"
- "سازمان بازنگری مستقل" (IRO) به جای "نهاد بازرسی مستقل" (IRE)

آشنایی با اصطلاحات حقوقی مناسب می‌تواند به شما در برقراری ارتباطات واضح‌تر کمک کند، بنابراین این اصطلاحات را نیز توضیح می‌دهیم.

B. از کجا راهنمایی بگیریم

B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر

بعضی مواقع آغاز یا پیگیری مراحل رسیدگی به یک مشکل ممکن است گیج کننده باشد. زمانی که احساس سلامتی نمی‌کنید یا انرژی کافی ندارید، این امر بیشتر محسوس است. برخی مواقع ممکن است دانش کافی جهت طی مراحل بعدی نداشته باشید.

دریافت راهنمایی از برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت

می توانید با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) تماس بگیرید. مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا در زمینه برطرف کردن مشکلاتتان تصمیم گیری کنید. برنامه HICAP با ما یا هر شرکت بیمه یا طرح درمانی رابطه‌ای ندارد. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر شهرستان دارد و خدمات رایگان ارائه می‌دهد. HICAP به شماره 1-800-434-0222 در دسترس است.

کمک از طرف برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal

می‌توانید با برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و در مورد سؤالات پوشش سلامت خود با یک وکیل مدافع صحبت کنید. آنها کمک حقوقی رایگان ارائه می‌دهند. برنامه رسیدگی به شکایات با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های سلامت ارتباطی ندارد. شماره تلفن آنها 1-855-501-3077 و وب‌سایت آن‌ها www.healthconsumer.org است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

راهنمایی و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات بیشتر و کمک، می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. در اینجا دو راه برای دریافت کمک از Medicare ذکر می‌شود:

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

کمک و اطلاعات از Medi-Cal

دریافت کمک از اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده California

دپارتمان California اداره مراقبت های بهداشتی مدیری تشده Medi-Cal Managed Care Ombudsman (DHCS) می‌تواند کمک کند. آنها می‌توانند در زمینه مشکلات مربوط به پیوستن به طرح سلامت یا تغییر و ترک آن کمک کنند. اگر نقل مکان کرده اید و با انتقال Medi-Cal خود به شهرستان جدید مشکل دارید هم می‌توانند کمکتان کنند. شما می‌توانید از روز دوشنبه تا جمعه با Ombudsman، بین 8:00 صبح و 5:00 عصر از طریق شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید.

دریافت کمک از سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده California

برای دریافت کمک رایگان، با سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California (DMHC)تماس بگیرید. DMHC برای نظارت بر طرح‌های درمانی مسئول است. DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت‌حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا ناگویا می توانند از خط TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند. همچنین می‌توانید به وب‌سایت DMHC در این نشانی مراجعه کنید: www.dmhc.ca.gov.

سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده California کنترل و نظارت بر برنامه‌های مراقبت درمانی را بر عهده دارد. اگر در مورد طرح سلامت خود نارضایتی یا شکایتی دارید، ابتدا باید از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با طرح سلامت خود تماس بگیرید و قبل از تماس با سازمان، از روند دادخواهی طرح سلامت خود استفاده کنید. استفاده از این فرآیند درخواست دادرسی به این معنی نیست که از حقوق قانونی احتمالی یا درمان‌هایی که ممکن است در اختیار شما قرار بگیرد محروم می‌شوید. اگر در مورد شکایت مربوط به موارد اضطراری، شکایتی که توسط برنامه درمانی شما به طور رضایت‌بخشی حل و فصل نشده، یا شکایتی که بیش از 30 روز بی‌نتیجه مانده است نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای مساعدت با اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMR باشید، فرایند IMR به طور بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذشده توسط طرح سلامت در خصوص ضرورت پزشکی یک خدمت یا درمان پیشنهادی، تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی برای درمان‌هایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات پرداخت برای خدمات اضطراری یا خدمات پزشکی فوری را بررسی خواهد کرد. این اداره همچنین شماره تلفنی

رایگان (1-888-466-2219) و خط TDD (1-877-688-9891) برای افراد دارای اختلالات شنوایی یا گفتاری دارد. فرم های شکایت، فرم های درخواست IMR، و دستورالعمل‌ها به‌صورت آنلاین در وب‌سایت این اداره دردسترس است: www.dmhc.ca.gov

C. درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما Medicare و Medi-Cal دارید. اطلاعات این فصل در مورد **همه** مزایای مراقبت‌های مدیریت‌شده Medicare و Medi-Cal شما اعمال می‌شوند. این گاهی اوقات «فرآیند یکپارچه» نامیده می‌شود زیرا فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را ترکیب یا ادغام می‌کند.

گاهی اوقات نمی‌توان فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را با هم ترکیب کرد. در این شرایط، شما از یک فرآیند برای مزایای Medicare و از فرآیند دیگر برای مزایای Medi-Cal استفاده می‌کنید. در **بخش F4** این موقعیت‌ها توضیح داده شده است.

D. مشکلات مربوط به مزایای شما

اگر مشکل یا نگرانی داشتید، فقط کافی است قسمت‌هایی از این فصل که به مشکل شما مرتبط است را مطالعه کنید. جدول زیر به شما کمک می‌کند تا قسمت مرتبط با مشکلات یا شکایت‌های خود در این فصل را پیدا کنید.

مشکل یا نگرانی شما در مورد مزایا یا پوشش طرح است؟ این موارد عبارتند از: مشکلات مربوط به پوشش یا عدم پوشش مراقبت پزشکی خاص (خدمات پزشکی و/یا داروهای تجویزی قسمت B)، روشی که آن‌ها تحت پوشش قرار می‌گیرند، و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی.	
بله. مشکل من درباره مزایا یا پوشش‌دهی است. به **بخش E**، «تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر» مراجعه کنید.	**خیر.** مشکل من در مورد مزایا یا پوشش‌دهی نیست. به **بخش K:** «چگونه شکایت کنیم» مراجعه کنید.

E. تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر

فرآیند درخواست تصمیم برای پوشش و درخواست تجدیدنظر به مشکلات مربوط به مزایا و پوشش مراقبت‌های پزشکی شما (خدمات، اقلام و داروهای تجویزی بخش B، از جمله پرداخت) رسیدگی می کند. برای ساده کردن این مطالب، در کل به اقلام پزشکی، خدمات، و داروهای تجویزی قسمت B با عنوان **مراقبت‌های پزشکی** اشاره می‌کنیم.

E1. تصمیم در مورد پوشش

تصمیم گیری درباره پوشش دهی طرح یک تصمیم گیری درباره مزایا یا پوشش دهی شما، یا درباره مبلغ پرداختی توسط ما برای خدمات پزشکی، موارد مختلف یا داروهای شما است. برای مثال، پزشک شبکه طرح شما هر زمان که از او مراقبت پزشکی دریافت می‌کنید، یک تصمیم (مطلوب) درباره پوشش شما می‌گیرد (به **فصل 7**، **بخش C** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید).

شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم گیری پوشش کنید. شما یا پزشکتان ممکن است مطمئن نباشید که آیا ما خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا ممکن است از ارائه مراقبت‌های پزشکی که فکر می‌کنید به آن نیاز دارید خودداری کنیم. **اگر قبل از دریافت خدمات پزشکی می‌خواهید بدانید که آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید که برای شما یک تصمیم پوشش بگیریم.**

تصمیم گیری درباره پوشش دهی به تصمیم‌هایی اطلاق می‌شود که ما درباره خدمات تحت پوشش برای شما و مبالغ پرداختی برای این خدمات اتخاذ می‌کنیم. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که خدماتی یا داروهایی برای شما دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نباشد یا دیگر تحت پوشش نباشد. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

E2. درخواست تجدیدنظر

اگر ما تصمیمی برای پوشش می‌گیریم و شما از این تصمیم راضی نیستید، می‌توانید این تصمیم را "استیناف" کنید. درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست بررسی و تغییر تصمیم پوشش‌دهی ما است.

هنگامی که برای اولین بار برای بررسی تصمیم درخواست تجدیدنظر می کنید، به این درخواست «تجدیدنظر سطح 1» می‌گویند. در این درخواست تجدیدنظر، تصمیم پوششی که گرفته‌ایم را بررسی می‌کنیم که آیا همه قوانین را به درستی رعایت کرده‌ایم یا خیر. بازبینی‌کنندگان متفاوت از کسانی که تصمیم نامطلوب اصلی را گرفته‌اند، به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنند.

در بیشتر موارد، باید تجدیدنظر خود را از سطح 1 شروع کنید. اگر مشکل سلامت شما اورژانسی است یا خطری فوری و جدی برای سلامتی‌تان دارد یا اگر درد شدیدی متحمل می‌شوید و نیاز به تصمیم فوری دارید، می‌توانید از سازمان خدمات درمانی هماهنگ به نشانی www.dmhc.ca.gov درخواست بررسی پزشکی IMR کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **بخش F4** مراجعه کنید.

هنگامی که بررسی را انجام دادیم، تصمیم خود را به صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهیم. تحت شرایط خاصی که بعداً در این فصل، **بخش F2** و **بخش F3**، توضیح داده می‌شود، می‌توانید درخواست تسریع یا «تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن» یا «تسریع در تجدیدنظر» برای تصمیم مربوط به پوشش‌دهی کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام موارد درخواست شما **منفی باشد**، نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش‌دهی یکی از مراقبت‌های پزشکی Medicare باشد، در آن نامه به شما می‌گوییم که پرونده شما را به سازمان بازنگری مستقل (IRO) برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare Part D یا Medi-Cal باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2، به **بخش F4** مراجعه کنید. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا کالای تحت پوشش Medicare و Medi-Cal، هردو، باشد، این نامه اطلاعاتی درباره هر دو نوع درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما می‌دهد.

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

E3. کمک در رابطه با تصمیم گیری‌های مربوط به پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر

شما می‌توانید در مورد هر یک از موارد زیر کمک بخواهید:

- با **خدمات اعضا** به شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.
- **برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077.**
- **برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP)** به شماره 1-800-434-0222.

- **مرکز راهنمایی در بخش مراقبت‌های درمانی مدیریت‌شده (DMHC)** برای کمک رایگان. DMHC برای نظارت بر طرح‌های درمانی مسئول است. DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت‌حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا ناگویا می توانند از خط TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند. همچنین می‌توانید به وب‌سایت DMHC در این نشانی مراجعه کنید: www.dmhc.ca.gov.
- **با پزشک خود یا سایر ارائه‌دهندگان** پزشک شما یا سایر ارائه‌دهندگان می توانند برای تصمیم یا تجدیدنظر پوشش از سوی شما درخواست کنند.
- **یکی از دوستان یا اعضای خانواده.** می توانید فرد دیگری را نام ببرید تا به عنوان "نماینده" از طرف شما درخواست تصمیم گیری نسبت به پوشش دهی طرح یا درخواست تجدیدنظر داشته باشد.
- **یک وکیل.** شما حق داشتن وکیل دارید، اما برای درخواست تصمیم پوشش یا درخواست تجدیدنظر، **نیازی به داشتن وکیل ندارید.**
  - می توانید با وکیل خود تماس بگیرید یا نام وکیلی را از بین لیست وکلای مورد تأیید یا دیگر خدمات ارجاعی انتخاب کنید. برخی گروه‌های حقوقی در صورت واجد شرایط بودن خدمات حقوقی رایگان را در اختیار شما قرار خواهند داد.
  - یک وکیل برای راهنمایی حقوقی از برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077 درخواست کنید.

اگر می‌خواهید وکیل یا شخص دیگری به عنوان نماینده شما عمل کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. در این فرم به فرد اجازه داده می‌شود که از طرف شما اقدام کند.

از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و فرم «انتصاب نماینده» را درخواست کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا به وب‌سایت ما در https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html فرم را دریافت کنید. **باید یک کپی از فرم امضاشده را به ما بدهید.**

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

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

- **بخش F** «مراقبت‌های پزشکی»
- **بخش G** «داروهای تجویزی Medicare Part D»
- **بخش H** «درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان»
- **بخش I** «درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی» (این بخش فقط برای این خدمات اعمال می‌شود: مراقبت‌های درمانی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، و تسهیلات جامع توانبخشی سرپایی (CORF).)

اگر مطمئن نیستید از کدام بخش استفاده کنید، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F. مراقبت‌های پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر برای دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مشکل دارید یا می‌خواهید سهم خودمان از هزینه مراقبت‌تان را به شما بازپرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید.

این بخش در مورد مزایای شما برای دریافت مراقبت‌ها و خدمات پزشکی است که در **فصل 4، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* توضیح داده شده است. در برخی موارد، ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی تجویزی Medicare Part B اعمال شود. وقتی که اینطور است، توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای تجویزی Medicare Part B با قوانین مربوط به خدمات و اقلام پزشکی متفاوت است.

F1. استفاده کردن از این بخش

این بخش درباره اقدامات مربوط به مشکلات زیر توضیح داده است:

1. فکر می‌کنید که ما مراقبت‌های پزشکی مورد نیازتان را پوشش می‌دهیم اما آن را دریافت نمی‌کنید.

   کاری که می توانید انجام دهید: می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش، تصمیم بگیریم. به **بخش F2** مراجعه کنید.

2. ما مراقبت‌های پزشکی‌ای را که پزشک شما یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های از سلامت می‌خواهند به شما ارائه دهند تأیید نکردیم و شما فکر می‌کنید که باید تأیید کنیم.

   کاری که می توانید انجام دهید: می توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید. به **بخش F3** مراجعه کنید.

3. مراقبت‌های پزشکی‌ای دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید تحت پوشش بوده است، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.

   کاری که می توانید انجام دهید: می توانید نسبت به تصمیم ما برای عدم پرداخت، درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F5** مراجعه کنید.

4. مراقبت‌های پزشکی‌ای دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید تحت پوشش بوده است و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید و از ما می‌خواهید که هزینه را به شما عودت دهیم.

   کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما بخواهید هزینه را به شما عودت دهیم. به **بخش F5** مراجعه کنید.

5. پوشش شما را برای مراقبت پزشکی خاصی کاهش دادیم یا متوقف کردیم، و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند.

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

   - اگر این پوشش برای مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مرکز پرستاران باتجربه، یا خدمات مرکز توانبخشی جامع سرپایی (CORF، Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش H** یا **بخش I** مراجعه کنید.
   - برای سایر مواردی که شامل کاهش یا توقف پوشش شما برای مراقبت‌های پزشکی خاص است، از این بخش (**بخش F**) به عنوان راهنما استفاده کنید.

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

   کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید شکایت ثبت کنید. به **بخش K2** مراجعه کنید.

F2. درخواست برای تصمیم پوشش‌دهی

وقتی تصمیم مربوط به پوشش‌دهی شامل مراقبت پزشکی شما می‌شود، به آن **«تصمیم سازمانی یکپارچه»** گفته می‌شود.

شما، پزشک یا نماینده‌تان می‌توانید از طریق موارد زیر از ما بخواهید که در مورد پوشش تصمیم بگیریم:

- تماس: (TTY: 711) 1-800-431-9007. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
- فکس: 1-844-222-3180.
- نامه: Medical Management
  4191 E. Commerce Way
  Sacramento, CA 95834

تصمیم پوشش استاندارد

وقتی تصمیم خود را به شما می‌دهیم، از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم مگر اینکه با استفاده از مهلت‌های «سریع» موافقت کنیم. تصمیم مربوط به پوشش استاندارد به این معنی است که ما به شما در مورد زیر پاسخ می‌دهیم:

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

تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن

اصطلاح حقوقی «تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن» عبارت است از **«تسریع تصمیم‌گیری»**.

هنگامی که از ما می‌خواهید درباره مراقبت‌های پزشکی خود تصمیمی برای پوشش بگیریم و سلامتی شما در گرو پاسخ سریع است، از ما بخواهید «تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن» بگیریم. تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن به این معنی است که به شما در مورد زیر پاسخ می‌دهیم:

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

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

- شما برای لوازم و/یا خدمات پزشکی که **دریافت نکرده‌اید** درخواست پوشش می‌کنید. شما نمی‌توانید در مورد پرداخت هزینه لوازم و/یا خدمات پزشکی که قبلاً دریافت کرده‌اید درخواست تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن دهید.
- استفاده از مهلت های معمول **می‌تواند به سلامتی شما آسیب جدی وارد کند** یا به توانایی و عملکرد بدنی شما آسیب برساند.

اگر پزشکتان به ما بگوید که سلامت شما اینگونه ایجاب می‌کند، به طور خودکار به شما یک تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن می‌دهیم. اگر بدون پشتیبانی پزشکتان درخواست تصمیم گیری سریع برای پوشش دهی را دارید، ما تصمیم گیری می‌کنیم که آیا تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن دریافت می‌کنید یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم برای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن را ندارد، یک نامه برایتان ارسال می‌کنیم که این را اطلاع می‌دهد و ما از مهلت‌های زمانی معمول به جای آن استفاده می‌کنیم. نامه به شما می‌گوید:
  - در صورت درخواست پزشک، ما به طور خودکار به شما یک تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن می‌دهیم.
  - چطور می‌توانید یک "شکایت سریع" درخصوص تصمیم ما برای انجام تصمیم گیری پوشش معمول به جای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارسال شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر پاسخ **منفی** بدهیم، شما حق دارید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر راهی رسمی است که از ما بخواهید تصمیم خود را بررسی کرده و آن را تغییر دهیم.
- اگر تصمیم به ارائه درخواست تجدیدنظر داشته باشید، به سطح 1 فرایند تجدیدنظر خواهید رفت (**به بخش F3 مراجعه کنید**).

در شرایط محدود ممکن است درخواست شما برای تصمیم پوشش را رد کنیم، به این معنی که درخواست را بررسی نمی‌کنیم. نمونه‌هایی از زمان‌هایی که یک درخواست رد می‌شود عبارتند از:

- اگر درخواست ناقص باشد،
- اگر شخصی از طرف شما درخواست را ارائه کند اما از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، **یا**
- اگر بخواهید درخواستتان پس گرفته شود.

اگر درخواستی را برای تصمیم پوشش رد کنیم، اخطاریه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست بازبینی برای رد درخواست را توضیح می‌دهد. به این بررسی تجدیدنظر می‌گویند. درخواست تجدیدنظر در بخش بعدی مورد بحث قرار می‌گیرد.

F3. درخواست تجدیدنظر سطح 1

جهت آغاز مرحله درخواست تجدیدنظر، شما یا پزشک شما یا یک ارائه‌دهنده دیگر و یا نماینده شما باید با ما تماس بگیرید. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

به‌صورت کتبی **درخواست تجدیدنظر استاندارد یا** درخواست تجدیدنظر سریع کنید یا با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

- اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگری بخواهد به ارائه خدمات یا موردی که قبلاً در طول تجدیدنظر دریافت می‌کردید ادامه دهد، ممکن است لازم باشد آنها را به عنوان نماینده خود نام ببرید تا از طرف شما اقدام کنند.

- اگر شخص دیگری غیر از پزشک شما درخواست تجدید نظر را برای شما ارائه کرد، فرم انتصاب نماینده را اضافه کنید که به این شخص اجازه نمایندگی شما را می‌دهد. می‌توانید با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا به وب‌سایت ما در https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html فرم را دریافت کنید.
- ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون فرم بپذیریم، اما تا زمانی که آن را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی خود را شروع یا تکمیل کنیم. اگر پیش از مهلت مقرر برای تصمیم‌گیری درباره درخواست تجدیدنظرتان فرم را دریافت نکنیم:
  - ما درخواست شما را رد می‌کنیم و
  - یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که در آن حق شما را برای درخواست از سازمان بازنگری مستقل (IRO) جهت تجدیدنظر تصمیم ما برای رد درخواست تجدید نظر شما را توضیح می‌دهیم.
- باید ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ مندرج در نامه‌ای که جهت اطلاع شما از تصمیممان ارسال کرده‌ایم، برای تجدیدنظر درخواست کنید.
- اگر این مهلت را از دست دهید و دلیل موجهی برای این امر داشته باشید، ممکن است ما زمان بیشتری جهت درخواست تجدیدنظر در اختیار شما قرار دهیم. مثال‌هایی از دلایل خوب مواردی هستند مانند اینکه شما یک بیماری جدی داشته‌اید یا اطلاعات اشتباهی درباره ضرب‌الاجل به شما داده‌ایم. شما باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدیدنظر خود را توضیح دهید.
- شما حق دارید که از ما رونوشتی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا درخواست تجدیدنظر شما را تقویت کند.

اگر وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.

اصطلاح حقوقی «تجدید نظر سریع»، «**تسریع تجدیدنظر**» است.

- اگر در مورد تصمیمی که ما در مورد پوشش مراقبتی که دریافت نکرده‌اید، گرفتیم درخواست تجدیدنظر کنید، شما و/یا پزشکتان تصمیم می‌گیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.

اگر پزشکتان به ما بگوید که سلامت شما اینگونه ایجاب می‌کند، به طور خودکار به شما یک تصمیم تجدیدنظر سریع می‌دهیم. اگر بدون پشتیبانی پزشکتان درخواست تصمیم گیری سریع برای پوشش دهی را دارید، ما تصمیم گیری می‌کنیم که آیا تصمیم تجدیدنظر سریع دریافت می‌کنید یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم برای تصمیم گیری سریع تجدیدنظر را ندارد، یک نامه برایتان ارسال می‌کنیم که این را اطلاع می‌دهد و ما از مهلت‌های زمانی معمول به جای آن استفاده می‌کنیم. نامه به شما می‌گوید:
  - در صورت درخواست پزشک، ما به طور خودکار به شما یک تصمیم تجدیدنظر سریع می‌دهیم.
  - چطور می‌توانید یک "شکایت سریع" درخصوص تصمیم ما برای انجام تصمیم گیری عادی تجدیدنظر به جای تصمیم گیری سریع تجدیدنظر داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارسال شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر به شما بگوییم که خدمات یا مواردی را که قبلاً دریافت کرده‌اید متوقف یا کاهش می‌دهیم، ممکن است بتوانید آن خدمات یا موارد را در طول درخواست تجدیدنظر خود ادامه دهید.

- اگر ما تصمیم بگیریم پوشش خدمات یا اقلامی که پیش از این مورد تأیید بوده است را تغییر دهیم یا متوقف کنیم، اطلاعیه ای را برای شما قبل از عملی شدن آن ارسال خواهیم کرد.

- اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 1 ارائه دهید.
- اگر ظرف 10 روز تقویمی از تاریخ در نامه ما یا تاریخ موثر مورد نظر برای اقدام هر کدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر سطح 1 کنید، به پوشش خدمات یا اقلام ادامه می‌دهیم.
  - اگر این مهلت را رعایت کنید، تا زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما در انتظار است، خدمات یا اقلام را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.
  - همچنین تمام خدمات یا اقلام دیگر (که هدف درخواست تجدیدنظر شما نیستند) را بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.
  - اگر قبل از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر ندهید، خدمات یا اقلام شما تا زمانی که منتظر تصمیم تجدیدنظر خود هستید ادامه نخواهد یافت.

ما به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخمان را به شما می‌دهیم.

- وقتی درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم، دوباره به تمام اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت‌های پزشکی نگاه می‌کنیم.
- بررسی می‌کنیم که آیا هنگامی که به درخواست شما پاسخ **منفی** داده‌ایم، از همه قوانین پیروی کرده‌ایم یا نه.
- در صورت نیاز اطلاعات بیشتری را جمع آوری می‌کنیم. ممکن است با شما یا پزشکتان تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری دریافت کنیم.

مهلت‌هایی برای تجدید نظر سریع وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های فوری استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا زودتر، اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما پاسخ سریع لازم باشد، به شما پاسخ دهیم.** اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.
  - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می کند. در ادامه این فصل، در **بخش F4** درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرایند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم.
    اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal است، می‌توانید به محض پایان مهلت، خودتان یک جلسه دادرسی ایالتی سطح 2 در ایالت درخواست کنید. در California، به «دادرسی ایالتی» **دادرسی ایالتی** می‌گویند. *برای درخواست دادرسی ایالتی*، به **بخش F4** مراجعه کنید.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما بله بگوییم**، باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در عرض 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما تأیید یا ارائه کنیم یا اگر سلامت شما نیاز دارد، زودتر.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم**، درخواست تجدیدنظر شما را به سازمان بررسی مستقل (IRO) برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم.

مهلت‌هایی برای درخواست تجدید نظر استاندارد وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای پوشش خدماتی که دریافت نکرده‌اید، به شما پاسخ دهیم.
- اگر درخواست شما برای داروی تجویزی Medicare Part B است که دریافت نکرده‌اید، **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر یا زودتر، در صورتی که برای سلامتی شما لازم باشد، به شما پاسخ می‌دهیم.

- اگر ظرف مهلت مقرر به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می کند. در ادامه این فصل، در **بخش F4** درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرایند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم.
  اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal است، می‌توانید به محض پایان مهلت، خودتان یک جلسه دادرسی ایالتی سطح 2 در ایالت درخواست کنید. در California، به «دادرسی ایالتی» **دادرسی ایالتی** می‌گویند. *برای درخواست دادرسی ایالتی*، به **بخش F4** مراجعه کنید.

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

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما **منفی** باشد، **حقوق بیشتری برای تجدیدنظر دارید:**

- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما **منفی** باشد، نامه ای برایتان ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما درباره پوشش دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medicare است، در نامه ارسالی به شما اطلاع می‌دهیم که پرونده شما برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 به واحد بررسی مستقل (IRO) ارسال شده است.
- اگر مشکل شما مرتبط به پوشش دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medi-Cal است، در این نامه به شما اطلاع داده می‌شود که چگونه شخصاً برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 اقدام کنید.

F4. درخواست تجدیدنظر سطح 2

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

- اگر مشکل شما مرتبط با خدمات یا اقلام مربوط به **Medicare** است، به‌طور خودکار و به محض تکمیل درخواست تجدیدنظر سطح 1، پرونده شما را به سطح 2 تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است، که **Medi-Cal** معمولاً آنها را پوشش می‌دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید. این نامه نحوه انجام این کار را به شما خواهد گفت. در ادامه این فصل، در **بخش I2** اطلاعات بیشتری ارائه می‌کنیم.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا موردی است که ممکن است **Medicare و Medi-Cal**، هردو، آن را پوشش دهند، به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر سطح 2 با IRO دریافت می‌کنید. علاوه بر درخواست تجدیدنظر خودکار سطح 2، همچنین می توانید یک جلسه دادرسی ایالتی و یک بررسی پزشکی مستقل از ایالت درخواست کنید. با این حال، اگر قبلاً مدارکی را در یک جلسه دادرسی ایالتی ارائه کرده باشید، یک بررسی پزشکی مستقل ارائه نمی شود.

اگر زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را ثبت کردید واجد شرایط ادامه مزایا بودید، مزایای شما برای خدمات، اقلام یا داروهای مورد تجدیدنظر ممکن است در سطح 2 نیز ادامه یابد. برای اطلاعات در مورد ادامه مزایای خود در طول درخواست تجدیدنظر سطح 1، به **بخش F3** مراجعه کنید.

- اگر مشکلتان درباره خدمات یا اقلامی است که معمولا فقط توسط Medicare پوشش داده می‌شود، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام در طول مراحل درخواست تجدیدنظر مرحله 2 با واحد بررسی مستقل (IRO)، ادامه نخواهد داشت.

- اگر مشکل شما در مورد سرویسی است که معمولاً فقط تحت پوشش Medi-Cal قرار می‌گیرد، اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ظرف 10 روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما ارسال کنید، مزایای شما برای آن سرویس ادامه می‌یابد.

هنگامی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medicare معمولاً پوشش می‌دهد

«سازمان بررسی مستقل» (IRO) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می کند. این یک سازمان مستقل است که توسط Medicare استخدام شده است.

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

- این سازمان با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی نیست. Medicare این شرکت را به عنوان سازمان بررسی مستقل (IRO) انتخاب کرد و Medicare بر کار آنها نظارت دارد.
- ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما ("مدارک پرونده" شما) را به این سازمان ارسال می‌کنیم. شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید.
- شما حق دارید که اطلاعات دیگری را در حمایت از درخواست تجدیدنظر خود به IRO بدهید.
- بررسی‌کنندگان در IRO به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما با دقت توجه خواهند کرد.

اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، تجدیدنظر سریع در مرحله 2 خواهید داشت.

- اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر سریع در مرحله 2 خواهید داشت. IRO باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ بدهد.

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

- اگر یک درخواست تجدیدنظر استاندارد برای ما در سطح 1 داشتید، به طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دریافت می‌کنید.
- اگر درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی است، IRO باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ بدهد.
- اگر درخواست شما برای داروی تجویزی Medicare Part B باشد، سازمان بازبینی مستقل (IRO) باید **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.

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

- **اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست اقلام یا خدمات پزشکی پاسخ مثبت دهد،** باید به سرعت تصمیم را اجرایی کنیم:
  - پوشش مراقبت‌های پزشکی را **ظرف 72 ساعت** تأیید کنیم یا
  - خدمات را **ظرف 5 روز کاری** پس از دریافت تصمیم IRO به **درخواست‌های استاندارد** ارائه دهیم یا
  - خدمات را **ظرف 72 ساعت** از تاریخی که تصمیم IRO را برای **درخواست‌های سریع** دریافت می‌کنیم، ارائه دهیم.

- **اگر سازمان بازبینی مستقل به بخشی یا تمام درخواست داروی تجویزی Medicare Part B بله بگوید، ما باید داروی تجویزی Medicare بخش B مورد اختلاف را مجاز یا ارائه کنیم:**
  - **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO برای **درخواست‌های استاندارد** یا
  - **ظرف 24 ساعت** از تاریخی که تصمیم سازمان بازنگری مستقل را به **درخواست‌های سریع** دریافت می‌کنیم.
- اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد، به این معنی است که آنها موافقت می‌کنند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید کنیم. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.
  - اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدید نظر خود را ادامه دهید یا خیر.
  - پس از سطح 2، سه سطح اضافی در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد که در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهند.
  - اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما رد شد و شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را دارید، باید تصمیم بگیرید که آیا به سطح 3 بروید و درخواست تجدیدنظر سومی را ارائه دهید یا خیر. جزئیات نحوه انجام این کار در اخطار کتبی که پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، آمده است.
  - یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظرهای سطوح 3، 4، و 5 به **بخش J** مراجعه کنید.

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

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

(1) بررسی مستقل پزشکی

می‌توانید از مرکز پشتیبانی سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده California (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR) کنید یا نزد آن اداره شکایت تنظیم کنید. با ارائه شکایت، DMHC تصمیم ما را بازنگری می‌کند و حکم صادر می‌کند. IMR برای هرگونه خدمات یا موارد تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی دارند قابل انجام است. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط کارشناسانی است که بخشی از طرح ما یا DMHC نیستند. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام مورد درخواست شما را فراهم کنیم. شما هزینه‌ای بابت IMR پرداخت نمی‌کنید.

در صورت مبادرت طرح ما به موارد زیر، می‌توانید شکایت کنید یا IMR درخواست کنید:

- خدمات یا درمان Medi-Cal را به این دلیل که از نظر طرح ما ضرورت پزشکی ندارد، مورد رد، تغییر یا تأخیر قرار می‌دهد.
- ما درمان Medi-Cal آزمایشی یا تحقیقاتی را برای وضعیت سلامت جدی پوشش نمی‌دهیم.
- اختلافات در مورد اینکه آیا یک خدمت یا روش جراحی ماهیت زیبایی دارد یا بازسازی.
- هزینه خدمات Medi-Cal اضطراری یا فوری که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت نمی‌کند.
- ظرف 30 روز تقویمی برای تجدیدنظر استاندارد یا 72 ساعت یا زودتر در صورت ایجاب سلامت شما، برای تجدیدنظر فوری، به تجدیدنظر سطح 1 در مورد خدمات Medi-Cal رسیدگی نکرده است.

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

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

در بیشتر موارد، باید قبل از درخواست بررسی مستقل پزشکی، از ما درخواست تجدیدنظر کنید. جهت اطلاع درباره روند درخواست تجدیدنظر سطح 1، به صفحه 195 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید شکایتی نزد DMHC تنظیم کنید یا از مرکز پشتیبانی DMHC درخواست یک بررسی مستقل پزشکی (IMR) بکنید.

اگر درمان شما مورد قبول قرار نگرفته است چون آزمایشی یا تحقیقاتی بوده است، لزومی ندارد که قبل از درخواست برای IMR در رویه تجدیدنظر ما شرکت کنید.

اگر مشکل شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما محسوب می‌شود یا درد شدیدی را تحمل می‌کنید، می‌توانید قبل از طی فرآیند تجدیدنظر، موضوع را فوراً به اطلاع DMHC برسانید.

شما باید **ظرف 6 ماه از تاریخی که تصمیم تجدیدنظر را کتباً برایتان ارسال کردیم، برای IMR درخواست بدهید**. DMHC ممکن است در صورت وجود دلایل موجه، درخواست شما را بعد از 6 ماه بپذیرد؛ مثلاً اگر وضعیت سلامت خاصی داشتید که به خاطر آن نمی‌توانستید در مهلت 6 ماه برای IMR درخواست دهید یا اگر در زمان مقتضی اطلاعیه‌ای از طرف ما در مورد روند IMR دریافت نکردید.

برای درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR):

- فرم شکایت/درخواست بررسی مستقل پزشکی موجود در سایت زیر را پر کنید: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx یا با مرکز پشتیبانی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- رونوشت نامه‌ها یا سایر اسناد مربوط به خدمات یا اقلام پذیرفته‌نشده را اگر در دست دارید، ضمیمه کنید. این کار می‌تواند روال IMR را سریع کند. رونوشت اسناد و نه اصل آن‌ها را ارسال کنید. مرکز پشتیبانی نمی‌تواند هیچ سندی را برگرداند.
- اگر شخصی به شما در IMR کمک می‌کند، فرم دستیار مجاز را پر کنید. می‌توانید این فرم را از نشانی www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx دریافت کنید یا با مرکز پشتیبانی این اداره به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم‌ها و هرگونه مدارک پیوست را به این نشانی ارسال یا فکس کنید:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

- همچنین می‌توانید فرم درخواست بررسی مستقل پزشکی/شکایت و فرم دستیار مجاز را به‌صورت آنلاین تحویل دهید: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

اگر واجد شرایط IMR باشید، DMHC درخواست شما را بررسی کرده و ظرف مدت 7 روز نامه‌ای برای شما می‌فرستد و در آن اعلام می‌کند که واجد شرایط IMR هستید. بعد از اینکه درخواست و مدارک شما از طرف طرح دریافت شد، IMR ظرف مدت 30 روز تصمیم خواهد گرفت. شما باید تصمیم IMR را در ظرف 45 روز تقویمی از تاریخ تسلیم درخواست تکمیل‌شده دریافت کنید.

اگر مورد شما اضطراری باشد یا واجد شرایط IMR باشید، DMHC درخواست شما را بررسی کرده و ظرف 48 ساعت از زمان دریافت درخواست کامل، نامه‌ای برای شما می‌فرستد و در آن اعلام می‌کند که واجد شرایط IMR هستید. بعد از اینکه درخواست و مدارک شما از سوی طرحتان دریافت شد، ظرف مدت 3 روز تصمیم IMR گرفته خواهد شد. شما باید تصمیم IMR را در ظرف 7 روز تقویمی از تاریخ تسلیم درخواست کامل شده دریافت کنید. اگر از نتیجه IMR راضی نیستید، می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

اگر DMHC تمام سوابق پزشکی مورد نیاز از طرف شما یا پزشک معالج شما را دریافت نکند، بررسی مستقل پزشکی می‌تواند طولانی تر شود. اگر نزد پزشکی می‌روید که در شبکه طرح سلامت شما نیست، مهم است که سوابق پزشکی خودتان را از آن پزشک دریافت کرده و برای ما ارسال کنید. لازم است که طرح درمانی شما، تجویزی از سوابق پزشکی شما را از پزشکانی که در شبکه هستند، دریافت کند.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی نیست، DMHC پرونده شما را از طریق رویه عادی شکایت مشتریان بررسی خواهد کرد. شکایت شما ظرف 30 روز تقویمی از زمان تحویل فرم تکمیل‌شده رسیدگی خواهد شد. اگر شکایت شما فوری باشد، ممکن است زودتر رسیدگی شود.

(2) دادرسی ایالتی

می‌توانید برای اقلام و خدمات تحت پوشش Medi-Cal درخواست رسیدگی ایالتی نمایید. اگر پزشک شما یا ارائه‌دهنده دیگری برای خدمات یا اقلامی درخواست کند که ما تصویب نخواهیم کرد یا به پرداخت هزینه خدمات یا اقلامی که قبلاً دریافت کرده‌اید ادامه نخواهیم داد و به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده‌ایم، شما این حق را دارید که برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

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

توضیح: اگر درخواست دادرسی ایالتی کردید، زیرا به شما اطلاع داده‌ایم که سرویس دریافتی شما تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، در صورتی که می‌خواهید به دریافت آن خدمات در طی فرایند دادرسی ایالتی ادامه دهید، برای **ارسال درخواست، روزهای کمتری فرصت دارید.** برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش «آیا مزایای من طی تجدیدنظر سطح 2 ادامه خواهد داشت» در صفحه «» مراجعه کنید.

دو روش درخواست برای دادرسی ایالتی وجود دارد:

1. می‌توانید «درخواست دادرسی ایالتی» را در پشت اطلاعیه اقدام پر کنید. باید همه اطلاعات درخواستی از قبیل نام کامل خود، نشانی، شماره تلفن، نام طرح درمانی یا کانتی که علیه آن اقدام نمودید، برنامه(های) کمکی مربوطه و دلیل مشروحتان برای درخواست دادرسی را ارائه کنید. سپس می‌توانید درخواست خود را به یکی از این روش‌ها ارائه دهید:

- به اداره رفاه کانتی به نشانی مندرج در اطلاعیه.
- To the California Department of Social Services
  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
  Sacramento, California 94244-2430

- به بخش دادرسی ایالتی به شماره فکس 916-309-3487 یا شماره رایگان 1-833-281-0903.

2. می‌توانید با اداره خدمات اجتماعی California به شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر تصمیم بگیرید تلفنی درخواست دادرسی ایالتی کنید، باید توجه داشته باشید که خطوط تلفنی بسیار مشغول هستند.

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

- اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی یا کل درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی پاسخ **مثبت** بدهد، ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آنها، مجوز یا ارائه خدمات یا کالا را ارائه کنیم.
- اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی یا کل درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، به این معنی است که آنها موافقت می‌کنند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید کنیم. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.

اگر تصمیم IRO یا دادرسی ایالتی برای کل درخواست یا بخشی از درخواست شما **منفی** باشد، شما حقوق بیشتری برای تجدیدنظر دارید.

اگر درخواست بررسی مرحله 2 شما به **IRO** منتقل شود، تنها در صورتی می‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر داشته باشید که ارزش دلاری خدمات یا اقلام مورد نیازتان مقدار حداقل معینی باشد. یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. **نامه‌ای که از IRO دریافت می‌کنید، حقوق دیگری که ممکن است برای درخواست تجدیدنظر داشته باشید را توضیح خواهد داد.**

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

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

F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه

ما به ارائه‌دهندگان شبکه اجازه نمی‌دهیم بابت اقلام و خدمات تحت پوشش از شما هزینه‌ای دریافت کنند. این امر حتی درصورتی‌که

به ارائه‌دهنده کمتر از مقداری بپردازیم که برای خدمات و اقلام تحت پوشش مطالبه می‌کند صادق است. شما هرگز لازم نیست هزینه هیچ صورتحسابی را بپردازید.

اگر صورت‌حسابی برای موارد یا خدمات تحت پوشش دریافت کردید، آن را برای ما ارسال کنید. نباید خودتان صورتحساب را پرداخت کنید. ما مستقیماً با آن ارائه‌دهنده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم. اگر صورت‌حساب را پرداخت کنید، اگر قوانین دریافت خدمات یا کالا را رعایت کنید، می‌توانید مبلغ را از طرح پس بگیرید.

برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 7** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید. این شرایطی را توضیح می‌دهد که ممکن است لازم باشد از ما بخواهید بازپرداخت یا صورت‌حسابی را که از یک ارائه‌دهنده دریافت کرده‌اید بپردازیم. همچنین این بخش اطلاعاتی را در مورد چگونگی ارسال مدارک برای درخواست پرداخت هزینه از ما ارائه می‌کند.

اگر درخواست برگرداندن هزینه را دارید، در حقیقت درخواست تصمیم گیری درباره پوشش دهی خدمات را دارید. ما بررسی می‌کنیم که آیا خدمات یا اقلامی که شما هزینه آنها را پرداخت کرده اید، تحت پوشش بوده است یا خیر و بررسی می‌کنیم که آیا شما از تمام قوانین مربوط به استفاده از خدمات تحت پوشش پیروی کرده اید.

- اگر خدمات یا مواردی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش بوده است و شما از تمام قوانین پیروی کرده‌اید، ما هزینه را ظرف 30 روز تقویمی و حداکثر تا 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای ارائه‌دهنده بابت خدمات یا موارد پرداخت خواهیم کرد. ارائه‌دهنده شما متعاقباً این وجه را به شما خواهد پرداخت.
- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداختی را مستقیماً به خدمات‌دهنده ارسال خواهیم کرد. اگر مبلغ پرداختی را ارسال کنیم، به معنی پاسخ **مثبت** به درخواست شما برای تصمیم مربوط به پوشش‌دهی است.
- اگر خدمات یا موارد تحت پوشش نباشند یا اگر شما از تمام قوانین پیروی نکرده باشید، نامه ای برایتان ارسال می‌کنیم و در آن توضیح می‌دهیم که به چه دلیل هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نخواهیم کرد.

اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت موافق نیستید، می**توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید.** روند تجدیدنظر توضیح داده شده در **بخش F3** را دنبال کنید. هنگامی که این دستورالعمل‌ها را دنبال می‌کنید، توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت هزینه‌ها توسط ما درخواست تجدیدنظر ارائه می‌کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست شما، پاسخگو باشیم.
- اگر از ما بخواهید برای مراقبت‌های پزشکی که دریافت کرده اید و هزینه آنها را خودتان پرداخت کرده اید، به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید درخواست تجدید نظر سریع کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **منفی** باشد و **Medicare** معمولاً آن خدمات یا کالا را پوشش دهد، پرونده شما را به IRO ارسال می‌کنیم. در صورت بروز چنین حالتی، از طریق نامه به شما اطلاع می‌دهیم.

- اگر IRO تصمیم ما را لغو کند و بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، باید مبلغ پرداختی را برای شما یا خدمات‌دهنده ظرف 30 روز تقویمی ارسال کنیم. اگر پاسخ به درخواست شما در هر مرحله از درخواست تجدیدنظر پس از مرحله 2 **مثبت** باشد، باید هزینه را ظرف 60 روزِ تقویمی برای شما یا ارائه‌دهنده مراقبت از سلامت شما ارسال کنیم.
- اگر پاسخ IRO درباره درخواست تجدیدنظر شما **منفی** باشد، به این معنی است که موافقند که ما نباید درخواست شما را تأیید کنیم. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود. نامه‌ای دریافت خواهید کرد که حقوق تجدیدنظر دیگری را که ممکن است داشته باشید توضیح می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطوح اضافی تجدیدنظر به **بخش J** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **منفی** باشد و Medi-Cal معمولاً آن خدمات یا کالا را پوشش دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **بخش F4** مراجعه کنید.

G. داروی تجویزی Medicare Part D

مزایای شما به عنوان عضو طرح ما شامل پوشش برای بسیاری داروهای تجویزی می‌شود. بسیاری از این داروها از نوع «داروهای Medicare Part D» می‌باشند. چند دارو وجود دارد که Medicare Part D پوشش نمی‌دهد ولی Medi-Cal ممکن است پوشش دهد. **این بخش فقط به درخواست‌های تجدیدنظر داروهای Medicare Part D مربوط می‌شود.** ما در ادامه این بخش به جای گفتن «داروی Medicare Part D»، فقط «دارو» می گوییم.

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

G1. تصمیمات پوشش و تجدید نظر Medicare Part D

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

- شما از ما می‌خواهید که استثنا قائل شویم، از جمله اینکه از ما بخواهید:
  - یک داروی Medicare Part D که در فهرست داروهای ما نیست را پوشش دهیم.
  - یک محدودیت در پوششمان را در مورد یک دارو کنار بگذاریم (مانند محدودیت در مقداری که می‌توانید دریافت کنید)
- شما از ما می‌پرسید که آیا دارویی برای شما پوشش داده می‌شود یا خیر(مثل زمانی که داروی شما در فهرست داروهای طرح ما قرار دارد، اما ما باید آن را برای شما تأیید کنیم، قبل از اینکه آن را برای شما پوشش دهیم)

توجه: اگر داروخانه‌تان به شما بگوید که نسخه‌تان را نمی‌تواند آن‌طور که نوشته شده است بپیچد، داروخانه به شما اعلامیه‌ای کتبی می‌دهد که در آن توضیح می‌دهد چگونه با ما تماس بگیرید و درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش‌دهی کنید.

تصمیم پوشش اولیه در مورد داروهای Medicare Part D **«تعیین پوشش»** نامیده می‌شود.

- از ما درخواست کنید که هزینه داروی تجویزی‌ای را که قبلاً خریداری کردید بپردازیم. درخواست برای تصمیم پوشش در مورد پرداخت هزینه.

اگر با تصمیم پوشش‌دهی از طرف ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم ما داشته باشید. در این بخش به شما گفته می‌شود که چطور می‌توانید درخواست تصمیم پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر داشته باشید. از نمودار زیر برای کمک استفاده کنید.

شما در کدامیک از این موقعیت‌ها هستید؟			
آیا به دارویی نیاز دارید که در فهرست داروهای ما نیست یا اینکه می‌خواهید ما قانون یا محدودیتی را درباره پوشش دهی دارویمان لغو کنیم؟	آیا می‌خواهید ما دارویی را در فهرست داروها پوشش دهیم و فکر می‌کنید که از قوانین و محدودیت‌های موجود برای دریافت داروی مورد نیاز (مانند دریافت تأییدیه قبلی) تبعیت کرده اید؟	آیا می‌خواهید ما هزینه دارویی را که قبلاً دریافت کرده و هزینه آن را نیز پرداخت کرده اید، به شما برگردانیم؟	ما به شما گفتیم که دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم یا هزینه ای برای آن پرداخت نمی‌کنیم.
می‌توانید از ما بخواهید که استثنا قائل شویم. (این نوعی تصمیم پوشش‌دهی می‌باشد.) با **بخش G2** شروع کنید، سپس به **بخش‌های G3 و G4** مراجعه کنید.	**می‌توانید برای تصمیم پوشش‌دهی از ما درخواست کنید.** به **G4** مراجعه کنید.	**می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم.** (این نوعی تصمیم پوشش‌دهی می‌باشد.) به **G4** مراجعه کنید.	**می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.** (این بدان معنی است که درخواست بازنگری از ما دارید.) به **بخش G5** مراجعه کنید.

G2. استثناهای Medicare Part D

اگر ما دارو را آن‌طور که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، می‌توانید از ما درخواست اعمال استثنا کنید. اگر درخواست شما برای استثنا را قبول نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

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

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

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

1. **پوشش دادن دارویی که در *فهرست داروهای* ما نیست.**
   - شما نمی‌توانید استثنایی برای مبلغ پرداخت مشترک مورد نیاز برای دارو دریافت کنید.
2. **حذف محدودیت برای داروی تحت پوشش.**
   - قوانین یا محدودیت‌های اضافی برای داروهای خاصی در فهرست *داروهای* ما اعمال می‌شود (برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5 ، بخش C** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید).
   - قوانین و محدودیت‌های بیشتر درباره پوشش دهی برخی از داروهای خاص عبارتند از:

     لزوم استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی برند

     دریافت تأییدیه قبلی پیش از موافقت ما با پوشش دهی داروی شما. به این مورد "مجوز قبلی" (PA) گفته می‌شود.

     لزوم امتحان یک داروی دیگر پیش از اینکه ما با پوشش دهی داروی مورد نظرتان موافقت کنیم. به این حالت برخی مواقع "درمان مرحله‌ای" گفته می‌شود.

     محدودیت مقدار. برای بعضی از داروها، مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید را محدود کرده‌ایم.

G3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست استثنا از آنها مطلع باشید

پزشک شما یا هر تجویزکننده دیگری باید درباره دلایل پزشکی آن به ما توضیح دهد

پزشک شما یا هر تجویزکننده دیگری باید توضیح دهد که به چه دلایل پزشکی، مورد استثنا درخواست شده است. برای تصمیم‌گیری سریع‌تر، هنگامی که درخواست استثنا می‌کنید، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌های خود ضمیمه کنید.

فهرست *داروهای* ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. این‌ها داروهای «جایگزین» نامیده می‌شوند. اگر یک داروی جایگزین تأثیری دقیقاً مشابه دارویی را داشته باشد که شما درخواست کرده‌اید و عوارض جانبی بیشتری نیز ایجاد نکند یا مشکلات سلامتی ایجاد نکند، ما معمولاً درخواست شما را برای اعمال استثنا **نمی‌پذیریم**.

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

- اگر پاسخمان به درخواست اعمال استثنای شما **مثبت** باشد، این مورد استثنا معمولاً تا پایان همان سال بر قوت خود باقی است. 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 استثنای شما پاسخ **منفی** بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر پاسخ ما **منفی** بود، برای کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر، به **بخش G5** مراجعه کنید.

بخش بعدی به شما می‌گوید که چطور برای تصمیم پوشش‌دهی درخواست کنید که شامل استثنا می‌شود.

G4. درخواست برای تصمیم پوشش شامل یک استثنا

- با تماس با شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007، ارسال نامه یا با فاکس، نوع تصمیم در مورد پوششی را که می‌خواهید، از ما درخواست کنید. شما، نماینده یا پزشکتان (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را بکنید. لطفا نام خود، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به مطالبه را ضمیمه کنید.
- شما یا پزشکتان (یا تجویزکننده ای دیگر) یا فردی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌تواند درخواست تصمیم گیری پوشش دهی را داشته باشد. همچنین می‌توانید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند.
- برای اطلاع از نحوه معرفی شخصی به عنوان نماینده خود، به **بخش E3** مراجعه کنید.
- شما نیازی به اجازه کتبی به پزشک یا تجویزکننده دیگر ندارید تا از طرف شما تصمیم پوشش را بخواهد.
- اگر می‌خواهید درباره بازپرداخت هزینه دارو از ما درخواست کنید، به **فصل 7** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- اگر درخواست استثنا می‌کنید، به ما «بیانیه تأییدکننده» بدهید. بیانیه تأییدکننده شامل دلایل پزشکی پزشک شما یا دلیل پزشکی تجویزکننده دیگری برای درخواست استثنا می‌شود.
- پزشک شما یا تجویزکننده ای دیگر می‌تواند بیانیه تأییدکننده را برای ما فکس کرده یا از طریق پست ارسال کند. آنها همچنین می‌توانند از طریق تلفن به ما بگویند، و سپس بیانیه را فکس یا پست کنند.

اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید از ما درخواست "تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن" داشته باشید.

ما از «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم مگر اینکه موافقت کرده باشیم که از «مهلت‌های سریع» استفاده کنیم.

- **تصمیم مربوط به پوشش‌دهی استاندارد** به این معنی است که شما ظرف 72 ساعت پس از اینکه ما بیانیه پزشک شما را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت خواهید کرد.
- **تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن** به این معنی است که شما ظرف 24 ساعت پس از اینکه ما بیانیه پزشک شما را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت خواهید کرد.

"تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن" را **"تصمیم پوشش‌دهی سریع"** می‌نامند.

تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن دریافت می‌کنید در صورتی که:

- این برای دارویی است که شما دریافت نکردید. اگر درخواست برگرداندن هزینه دارویی را دارید که قبلاً هزینه آن را خود شما پرداخت کرده اید، نمی‌توانید درخواست تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن داشته باشید.
- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامتی یا توانایی شما به طور جدی آسیب می‌بیند.

اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگری به ما بگوید که سلامت شما نیاز به یک تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن دارد، ما موافقت می‌کنیم و آن را به شما می‌دهیم. ما نامه ای برای شما می‌فرستیم که به شما می‌گوید.

- اگر درخواست تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن را بدهید اما پزشکتان یا تجویزکننده دیگری از شما پشتیبانی نکند، ما تصمیم می‌گیریم که آیا این مورد را دریافت می‌کنید یا خیر.
- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم را برای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن ندارد، به جای آن از یک مهلت زمانی استاندارد استفاده خواهیم کرد.
  - ما در نامه‌ای به شما اعلام می‌کنیم که از مهلت استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه از تصمیم ما شکایت کنید.
  - می توانید یک "شکایت سریع" ارائه کرده و ظرف 24 ساعت از پاسخ شکایت خود مطلع شوید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات، از جمله شکایات سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

موعدهای مقرر برای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن

- اگر از مهلت فوری استفاده کنیم، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواستتان به شما پاسخگو باشیم. اگر استثنا بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه تأییدکننده پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2، به **فصل G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا کل درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه تأییدکننده پزشکتان پوشش به شما تعلق می‌گیرد.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

موعدهای مقرر برای تصمیم گیری استاندارد درباره پوشش دهی برای دارویی که هنوز دریافت نکرده اید

- اگر ما از موعدهای مقرر استاندارد استفاده می‌کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما به شما پاسخگو باشیم. اگر درخواست استثنا کنید، ما پاسخ خود را ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیه تأییدکننده پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.

- اگر به بخشی یا کل درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه تأییدکننده پزشکتان برای استثنا پوشش به شما تعلق می‌گیرد.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

موعدهای مقرر برای تصمیم گیری استاندارد درباره پوشش دهی برای هزینه دارویی که قبلاً آن را خریداری کرده اید.

- ما باید پاسخ خود را ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا کل درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، ظرف 14 روز تقویمی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- **اگر** به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

G5. درخواست تجدیدنظر سطح 1

درخواست تجدیدنظر برای طرح ما درباره تصمیم پوشش داروی Medicare Part D، طرح **"تصمیم‌گیری مجدد"** نامیده می‌شود.

- **درخواست تجدیدنظر استاندارد** یا **سریع** خود را با تماس با شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007، نامه یا فکس به ما آغاز کنید. شما، نماینده یا پزشکتان (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را بکنید. لطفا نام خود، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را ضمیمه کنید.
- باید ظرف **65 روز تقویمی** از تاریخ مندرج در نامه‌ای که جهت اطلاع شما از تصمیممان ارسال کرده‌ایم، برای تجدیدنظر درخواست کنید.
- اگر این مهلت را از دست دهید و دلیل موجهی برای این امر داشته باشید، ممکن است ما زمان بیشتری جهت درخواست تجدیدنظر در اختیار شما قرار دهیم. مثال‌هایی از دلایل خوب مواردی هستند مانند اینکه شما یک بیماری جدی داشته‌اید یا اطلاعات اشتباهی درباره ضرب‌الاجل به شما داده‌ایم. شما باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدیدنظر خود را توضیح دهید.
- شما حق دارید که از ما رونوشتی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا درخواست تجدیدنظر شما را تقویت کند.

اگر وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.

درخواست تجدیدنظر سریع همچنین **«تصمیم‌گیری مجدد سریع»** هم نامیده می‌شود.

- اگر شما در حال درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم گیری ما در رابطه با دارویی هستید که هنوز آن را دریافت نکرده اید، شما و پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر لازم است تصمیم گیری کنید که آیا به "تجدیدنظر سریع" نیاز است یا خیر.

- الزامات تجدیدنظر سریع مانند موارد مورد نیاز یک تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن است. برای اطلاعات بیشتر، به **G4** مراجعه کنید.

ما به درخواست تجدیدنظر 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.
- ما بررسی می‌کنیم که آیا هنگامی که به درخواست شما پاسخ **منفی** داده‌ایم، از قوانین پیروی کرده‌ایم یا نه.
- ممکن است با شما یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

موعدهای مقرر برای تجدیدنظر سریع در مرحله 1

- اگر ما از موعدهای مقرر سریع استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما به شما پاسخگو باشیم.
  - اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.
  - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنیم. در این صورت، یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، باید پوششی را که با آن موافقت کرده‌ایم ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما ارائه دهیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

موعدهای مقرر برای تجدیدنظر استاندارد در مرحله 1

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید، به شما پاسخ دهیم.
- اگر دارو را دریافت نکردید و وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، تصمیم خود را زودتر به شما می‌دهیم. اگر فکر می‌کنید وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید.
  - اگر ظرف 7 روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. در این صورت، یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما **مثبت** باشد:

- ما باید **پوششی** را که توافق کرده‌ایم با سرعتی که سلامت شما ایجاب می‌کند ارائه دهیم. این مدت **حداکثر تا 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما خواهد بود.
- ما باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، **مبلغی** را برای دارویی که خریداری کرده‌اید برای شما ارسال کنیم.

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما **منفی** باشد:

- ما نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.
- ما باید پاسخ خود را در مورد بازپرداخت دارویی که خریده‌اید **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظرتان به شما بدهیم.
  - اگر ظرف 14 روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. در این صورت، یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، مبلغ را به شما پرداخت کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

G6. درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، می‌توانید تصمیم ما را بپذیرید یا درخواست تجدیدنظر دیگری کنید. اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دیگری دارید، از فرآیند تجدیدنظر سطح 2 استفاده می‌کنید. اگر به اولین درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهیم، **IRO** تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

نام رسمی "سازمان بازنگری مستقل" (IRO)، **"نهاد بازنگری مستقل"** است که گاهی اوقات **"IRE"** نامیده میشود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما، یا پزشک یا تجویزکننده دیگری باید **کتباً** با سازمان بررسی مستقل تماس گرفته و درخواست بررسی پرونده‌تان را داشته باشد.

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای که برای شما ارسال می‌کنیم شامل **دستورالعمل‌هایی در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2** با IRO است. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند که چه کسی می‌تواند درخواست تجدیدنظر سطح 2 را انجام دهد، چه مهلت‌هایی را باید رعایت کنید و چگونه به سازمان دسترسی پیدا کنید.
- هنگامی که شما درخواست تجدیدنظر به سازمان بررسی مستقل می‌کنید، ما اطلاعاتی را که در مورد درخواست تجدیدنظر شما داریم به سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «فایل پرونده» شما نامیده می شود. **شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید**. اگر برای درخواست کپی رایگان پرونده‌تان نیاز به کمک دارید، با «خدمات اعضا» به شماره (TTY:711) 1-833-236-2366 تماس بگیرید.
- شما حق دارید که اطلاعات دیگری را در حمایت از درخواست تجدیدنظر خود به IRO بدهید.

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

موعدهای مقرر برای تجدیدنظر سریع در مرحله 2

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

- اگر آنها با درخواست تجدیدنظر سریع موافقت کنند، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهند.
- اگر به بخشی یا تمام آنچه شما خواسته‌اید پاسخ **مثبت** بدهند، ما باید **ظرف 24 ساعت** پس از تصمیم IRO، پوشش دارویی تأییدشده را ارائه کنیم.

موعدهای مقرر برای تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2

اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دارید، سازمان بررسی مستقل باید به شما در بازه‌های زمانی زیر پاسخ دهد:

- **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید.
- **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر برای بازپرداخت دارویی که خریداری کرده‌اید.

اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهد:

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

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ **منفی** بدهد، اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید با حداقل ارزش دلاری تعیین‌شده مطابقت داشته باشد، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید کمتر از حداقل مورد نیاز باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری داشته باشید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر سطح 2 نهایی است. سازمان بررسی مستقل نامه ای برای شما ارسال می‌کند که حداقل ارزش دلاری مورد نیاز برای ادامه درخواست تجدیدنظر در سطح 3 را به شما می‌گوید.

اگر ارزش دلاری درخواست شما مطابق با الزامات باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ **منفی** بدهد و شما شرایط لازم را برای ادامه روند تجدیدنظر داشته باشید، شما:
  - تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید.
  - برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3، به نامه ای که سازمان بازنگری مستقل پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای شما ارسال کرده است، مراجعه کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر، به **بخش L** مراجعه کنید.

H. درخواست پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان

هنگامی که در بیمارستان بستری می‌شوید از این حق برخوردار هستید تا تمام خدمات بیمارستانی که ما تحت پوشش قرار می‌دهیم و برای تشخیص بیماری و درمان بیماری یا جراحت شما لازم است را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح ما، به **فصل 4، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در طول مدتی که در بیمارستان تحت پوشش هستید، پزشک شما و پرسنل بیمارستان با شما همکاری می‌کنند تا برای روز ترخیص از بیمارستان آماده شوید. آنها همچنین هرگونه خدمات درمانی مورد نیاز پس از خروج از بیمارستان را هماهنگ می‌کنند.

- روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید «روز ترخیص» خوانده می‌شود.
- پزشک شما یا پرسنل بیمارستان تاریخ ترخیص را به شما خواهند گفت.

اگر فکر می‌کنید خیلی زود از شما خواسته می‌شود که بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت‌های خود پس از ترک بیمارستان هستید، می‌توانید درخواست بستری طولانی تری در بیمارستان کنید. این بخش نحوه درخواست را به شما می‌گوید.

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

H1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما

ظرف دو روز پس از بستری شدن شما در بیمارستان، شخصی در بیمارستان، مانند یک پرستار یا کارمند پرونده، یک اطلاعیه کتبی به نام «پیام مهم Medicare درباره حقوق شما» به شما خواهد داد. همه افراد دارای Medicare هر زمان که در بیمارستان بستری می‌شوند، یک کپی از این اعلان دریافت می‌کنند.

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

- این اعلامیه را به‌دقت **مطالعه کنید** و اگر سؤالی دارید یا موردی را متوجه نمی‌شوید، بپرسید. این اخطار در مورد حقوق شما به عنوان یک بیمار در بیمارستان، از جمله حقوق شما در موارد زیر به شما می‌گوید:
  - دریافت خدمات تحت پوشش Medicare در طول اقامت در بیمارستان و بعد از آن. حق شما در آگاهی از ماهیت این خدمات، چه نهادی هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند و از کجا می‌توانید آن‌ها را دریافت کنید.
  - مشارکت در هرگونه تصمیماتی که در مورد طول مدت اقامت بیمارستانی خود اتخاذ می‌کنید.
  - آگاهی از اینکه هرگونه نگرانی که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.
  - اگر فکر می‌کنید که بسیار زود از بیمارستان ترخیص شده اید، درخواست تجدیدنظر بدهید.
- **اعلامیه را امضا کنید** تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید و حقوقتان را می‌دانید.

- شما یا شخصی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌تواند اعلان را امضا کنید.
- امضای اعلامیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنی **نیست** که شما با تاریخ ترخیصی موافقت می‌کنید که ممکن است پزشک یا کارکنان بیمارستان به شما گفته باشند.
- **رونوشت** امضاشده اعلامیه را نزد خود نگهدارید تا در صورت نیاز اطلاعات را داشته باشید.

اگر بیش از دو روز قبل از روزی که بیمارستان را ترک می کنید، اخطار را امضا کنید، قبل از ترخیص یک نسخه دیگر دریافت خواهید کرد.

شما می‌توانید از قبل یک نسخه از این اعلامیه را ملاحظه کنید اگر:

- با شماره‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید
- 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مراجعه کنید.

H2. درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر می‌خواهید خدمات بستری شدن در بیمارستان را برای مدت زمان بیشتری تحت پوشش قرار دهیم، باید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید. یک سازمان بهبود کیفیت (QIO) مسئول بررسی درخواست تجدیدنظر در سطح 1 است تا بفهمد که آیا ترخیص طرح ریزی شده از بیمارستان برای شما از نظر پزشکی مناسب بوده است یا خیر.

سازمان بهبود کیفیت (QIO) گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که دستمزد آنها توسط دولت فدرال پرداخت می‌شود. این کارشناسان کیفیت را برای افراد دارای Medicare بررسی می‌کنند و به آنها کمک می‌کنند. این متخصصین بخشی از طرح ما نیستند.

در California، QIO به‌نام Livanta - سازمان بهبود کیفیت California خوانده می‌شود با این شماره (TTY: 711) 1-877-588-1123 با آنها تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اعلامیه «پیام مهم Medicare درباره حقوق شما» و در **فصل 2** آمده است.

قبل از ترک بیمارستان و تا قبل از تاریخ ترخیص تعیین‌شده برای شما، با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید.

- **اگر قبل از خروج تماس بگیرید،** می‌توانید پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود بدون پرداخت هزینه در بیمارستان بمانید و منتظر تصمیم سازمان بهبود کیفیت در مورد درخواست تجدیدنظر خود باشید.
- **اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید** و تصمیم بگیرید که پس از تاریخ ترخیص همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم باشد که تمام هزینه‌های بیمارستان برای خدمات درمانی دریافت شده پس از تاریخ ترخیص تعیین شده را خود شما پرداخت کنید.
- چون اقامت در بیمارستان تحت پوشش Medicare و Medi-Cal قرار دارد، اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست شما برای افزایش اقامت در بیمارستان رسیدگی نمی‌کند، یا اگر فکر می‌کنید که وضعیت شما اورژانسی است و خطری فوری و جدی نسبت به سلامتی‌تان وجود دارد یا درد شدیدی تحمل می‌کنید، می‌توانید از سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده California (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید یا نزد آن شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به **بخش F4** مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید.
از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید. اگر سوالی دارید یا در هر زمانی نیاز به کمک دارید:

- با شماره‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید.
- با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

درخواست بررسی سریع کنید. سریع اقدام کنید و با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا ترخیص از بیمارستان شما سریع بررسی شود.

اصطلاح حقوقی **«بازبینی سریع»** عبارت است از **«بازبینی فوری»** یا **«تسریع بازنگری»**.

در طول بررسی سریع چه اتفاقی می‌افتد؟

- مسئولین بررسی در سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش دهی باید پس از تاریخ ترخیص تعیین شده همچنان ادامه داشته باشد. شما نیازی به نوشتن بیانیه ندارید، اما می‌توانید بنویسید.
- مسئولین بررسی نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می‌کنند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که بیمارستان و طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- تا ظهر روز بعد از اینکه بررسی‌کنندگان نتیجه تجدیدنظر شما را به طرح ما می‌گویند، نامه‌ای دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص تعیین‌شده را به شما می‌دهد. این نامه همچنین دلایلی را ارائه می دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می کنیم که آن تاریخ ترخیص درست است و از نظر پزشکی برای شما مناسب است.

اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی، **«اطلاعیه تفصیلی ترخیص»** است. می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا با شماره‌های پایین صفحه یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، نمونه‌ای دریافت کنید. (کاربران TTY باید با 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید نمونه‌ای از این اعلامیه را به صورت آنلاین در نشانی www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices ببینید.

ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، سازمان بهبود کیفیت پاسخ خود را به درخواست تجدیدنظر شما می‌دهد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- تا زمانی که ضرورت پزشکی وجود داشته باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- آنها معتقدند تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بیمارستان بستری شما در ظهر روز بعد از پاسخگویی سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما به پایان می‌رسد.
- ممکن است مجبور شوید تمام هزینه مراقبت‌های بیمارستانی را که بعد از ظهر روزی که سازمان بهبود کیفیت تصمیم شان را به درخواست تجدیدنظر شما می‌دهند، دریافت می‌کنید، بپردازید.
- اگر QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد **و** شما پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده خود در بیمارستان بمانید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه دهید.

H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بیندازد. با این شماره 1-877-588-1123 (TTY: 711) با آنها تماس بگیرید.

باید درخواست برای این بررسی را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از زمانی انجام دهید که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داده باشد. **فقط** در صورتی می‌توانید این بررسی را درخواست کنید که پس از تاریخ پایان پوشش خدمات درمانی در بیمارستان بمانید.

کارشناسان سازمان بهبود کیفیت:

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

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- ما باید سهم خودمان از خدمات بیمارستانی را که از ظهر روز بعد از روزی که سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد، به شما پس دهیم.
- تا زمانی که ضرورت پزشکی وجود داشته باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- آنها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی‌دهند.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و تجدیدنظر سطح 3 درخواست کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- همچنین می‌توانید از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه اقامت در بیمارستان کنید یا شکایت خود را به این اداره ارائه دهید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به **بخش F4** مراجعه کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر، به **بخش J** مراجعه کنید.

I. درخواست ادامه پوشش برخی از خدمات پزشکی

این بخش فقط در مورد سه نوع از خدماتی است که ممکن است دریافت کنید:

- خدمات مراقبت درمانی خانگی
- خدمات درمانی پرستاری حرفه ای در مرکز پرستاران باتجربه **و**
- مراقبت توانبخشی به عنوان یک بیمار سرپایی در CORF مورد تایید Medicare. معمولاً این بدان معنی است که شما در حال دریافت خدمات درمانی برای یک بیماری یا حادثه هستید یا اینکه شما در حال بهبود از یک عمل جدی و سخت هستید.

با هرکدام از این سه نوع خدمات درمانی، شما از این حق برخوردار هستید تا همچنان خدمات تحت پوشش را تا زمانی که از نظر پزشکتان ضروری باشد، دریافت کنید.

هنگامی که ما تصمیم بگیریم پوشش هرکدام از این موارد را متوقف کنیم، باید **پیش از** پایان خدمات به شما اطلاع دهیم. هرگاه پوشش شما برای خدمات درمانی خاصی تمام شود، ما دیگر هزینه خدمات درمانی شما را پرداخت نمی‌کنیم.

اگر فکر می‌کنید که ما پوشش دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، می**توانید درخواست تجدیدنظر تصمیم ما را بدهید**. این بخش نحوه درخواست برای تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

I1. اطلاعیه قبلی، قبل از اتمام پوشش شما

ما یک اخطار کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که حداقل دو روز قبل از اینکه هزینه مراقبت شما را متوقف کنیم، دریافت خواهید کرد. این اطلاعیه، «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» نام دارد. در این اطلاعیه کتبی به شما اطلاع داده می‌شود که چه زمان مراقبت از شما را متوقف می‌کنیم و نحوه تجدیدنظر در مورد این تصمیم.چگونه است.

شما یا نماینده خود باید اعلامیه کتبی را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده اید. امضا کردن اطلاعیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنی **نیست** که شما با تصمیم ما موافق هستید.

I2. درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر فکر می‌کنید که ما پوشش دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر تصمیم ما را بدهید. این بخش در مورد فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 1 و کارهایی که باید انجام دهید به شما می‌گوید.

- **مهلت‌ها را رعایت کنید.** مهلت‌ها اهمیت دارند. مهلت‌هایی را که مربوط به کارهایی است که باید انجام دهید به‌خاطر بسپارید و از آنها پیروی کنید. طرح ما نیز باید از این مهلت‌ها پیروی کند. اگر فکر می‌کنید که ما از مهلت‌ها پیروی نمی‌کنیم، می‌توانید شکایتی را ارائه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات، به **بخش K** مراجعه کنید.
- **در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید.** اگر سوالی دارید یا در هر زمانی نیاز به کمک دارید:
  - با شماره‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید.
  - با HICAP به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- **با QIO تماس بگیرید.**
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO و نحوه تماس با آنها، به **بخش H2** مراجعه کنید یا به **فصل 2** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - از آنها بخواهید درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و تصمیم بگیرند که تصمیم طرح ما را تغییر دهند یا خیر.
- **سریع عمل کنید و درخواست پیگیری سریع درخواست تجدیدنظر کنید.** از سازمان بهبود کیفیت بپرسید که آیا از نظر پزشکی مناسب است که ما به پوشش خدمات پزشکی شما پایان دهیم یا خیر.

مهلت شما برای تماس با این سازمان

- شما باید با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر خود را تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم الاجرا شدن در اطلاعیه عدم پوشش Medicare که برای شما ارسال کردیم، شروع کنید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست شما برای افزایش اقامت در بیمارستان رسیدگی نمی‌کند، یا اگر فکر می‌کنید که وضعیت شما اورژانسی است و خطری فوری و جدی نسبت به سلامتی‌تان وجود دارد یا درد شدیدی تحمل می‌کنید، می‌توانید از سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده California (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید یا نزد آن شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به **بخش F4** مراجعه کنید.

اصطلاح حقوقی برای توضیح کتبی **"اطلاعیه عدم پوشش Medicare" است.** برای دریافت نمونه، از طریق شماره های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید یا 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا از نشانی زیر یک نسخه آنلاین دریافت کنید: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

در طول پیگیری سریع درخواست تجدیدنظر چه اتفاقی می‌افتد

- مسئولین بررسی سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش دهی برای خدمات باید ادامه داشته باشد. شما نیازی به نوشتن بیانیه ندارید، اما می‌توانید بنویسید.
- مسئولین بررسی نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می‌کنند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- طرح ما همچنین یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کند که دلایل ما برای پایان دادن به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. شما این اخطار را تا پایان روزی دریافت می‌کنید که بازبین‌ها از درخواست تجدیدنظر شما به ما اطلاع می‌دهند.

اصطلاح قانونی توضیح اعلان «**توضیح تفصیلی عدم پوشش**» است.

- بازبین‌ها تصمیم خود را در عرض یک روز تمام پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز به شما اطلاع می‌دهند.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- ما همچنان و تا زمانی که ضرورت پزشکی وجود داشته باشد، خدمات تحت پوشش را ارائه می‌دهیم.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- پوشش شما در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
- ما پرداخت سهم خود از هزینه‌های این مراقبت را در تاریخ مندرج در اعلامیه متوقف می‌کنیم.
- اگر تصمیم به ادامه مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، یا خدمات CORF پس از پایان پوشش خود داشته باشید، هزینه کامل این مراقبت را خودتان می‌پردازید.
- شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید این خدمات را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه دهید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

I3. درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بیندازد. با شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-866-868-2289) با آنها تماس بگیرید.

باید درخواست برای این بررسی را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از زمانی انجام دهید که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داده باشد. **فقط** در صورتی می‌توانید درخواست این بررسی را داشته باشید که همچنان پس از تاریخ پایان پوشش خدمات درمانی، خدمات را دریافت کنید.

کارشناسان سازمان بهبود کیفیت:

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

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- ما سهم خود را از هزینه مراقبت از تاریخی که پایان پوشش‌دهی را اعلام کرده‌ایم، به شما پرداخت می‌کنیم.
- تا زمانی که ضرورت پزشکی وجود داشته باشد ما همچنان پوشش‌دهی خدمات را در مورد شما ادامه می‌دهیم.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و تجدیدنظر سطح 3 درخواست کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه پوشش خدمات درمانی خود کنید. لطفاً برای اطلاع از درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به **بخش F4** مراجعه کنید. شما می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC علاوه بر تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر، به **بخش J** مراجعه کنید.

J. ادامه درخواست تجدیدنظر به بالاتر از سطح 2

J1. مراحل بعدی برای دریافت خدمات و اقلام Medicare

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و تجدیدنظر سطح 2 را برای خدمات یا اقلام Medicare ارائه کنید و هر دو مورد رد شود، ممکن است از این حق برخوردار باشید تا سطوح اضافی درخواست تجدیدنظر را دنبال کنید.

اگر ارزش دلاری خدمات Medicare یا موردی که درخواست تجدیدنظر کرده‌اید با حداقل مبلغ دلاری مطابقت نداشته باشد، دیگر نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر ارزش دلاری به اندازه کافی بالا باشد، می‌توانید روند تجدیدنظر را ادامه دهید. نامه ای که از سازمان بررسی مستقل برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست سطح 3 دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

تجدیدنظر سطح 3، یک دادرسی توسط یک قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) می‌باشد. شخصی که تصمیم می‌گیرد، یک ALJ یا یک وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد، ما حق داریم در مورد تصمیم سطح 3 که برای شما مطلوب است تجدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم به **تجدیدنظرخواهی** در مورد این تصمیم بگیریم، یک نسخه از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را به همراه هر گونه اسناد همراه برای شما ارسال می‌کنیم. ممکن است قبل از صدور مجوز یا ارائه خدمات مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.
- اگر تصمیم گرفتیم که این تصمیم را مورد **تجدیدنظر قرار ندهیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا قاضی وکیل، مجوز یا خود این خدمات را به شما ارائه دهیم.
  - اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر این تصمیم را که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می رسد.
- اگر این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. در اعلامیه ای که دریافت می‌کنید توضیح داده می شود برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورای استیناف Medicare (شورا) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر سطح 4 شما پاسخ **مثبت** بدهد یا درخواست ما برای بررسی یک تصمیم تجدیدنظر سطح 3 را که به نفع شماست رد کند، ما حق داریم درخواست تجدیدنظر سطح 5 کنیم.

- اگر تصمیم به **تجدیدنظرخواهی** در مورد این حکم گرفتیم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم گرفتیم که درمورد این حکم درخواست **تجدیدنظر نکنیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورا به شما مجوز یا خود خدمات را به شما ارائه دهیم.

اگر شورا پاسخ **منفی** بدهد یا درخواست بررسی ما را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر این تصمیم را که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می رسد.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **نپذیرید**، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

- قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و در مورد **مثبت** یا **منفی** بودن پاسخ تصمیم می‌گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

J2. درخواست‌های تجدیدنظر تکمیلی Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما در مورد خدمات یا مواردی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، حقوق تجدیدنظر دیگری نیز دارید. نامه ای که از بخش دادرسی‌های ایالتی دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید، چه کاری انجام دهید.

J3. درخواست تجدیدنظر در سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست داروهای Medicare Part D

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 را ارائه کرده باشید و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده باشد، ممکن است این بخش برای شما مناسب باشد.

اگر ارزش دارویی که درخواست تجدیدنظر دادید به مقدار دلاری مشخصی برسد، ممکن است بتوانید به سطوح دیگر درخواست تجدیدنظر بروید. پاسخ کتبی که به درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می کنید، توضیح می دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بخواهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

تجدیدنظر سطح 3، یک دادرسی توسط یک قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) می‌باشد. شخصی که تصمیم می‌گیرد، یک ALJ یا یک وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجوز یا ارائه پوشش دارویی تأیید شده را بدهیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر این تصمیم را که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می رسد.
- اگر این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. در اعلامیه ای که دریافت می‌کنید توضیح داده می شود برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورا درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.

- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجوز یا ارائه پوشش دارویی تأیید شده را بدهیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر این تصمیم را که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می رسد.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **نپذیرید**، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

- قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و در مورد **مثبت** یا **منفی** بودن پاسخ تصمیم می‌گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

K. نحوه ارائه شکایت

K1. شکایات باید در مورد چه نوع مشکلاتی باشد؟

فرایند شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات مورد استفاده قرار می‌گیرد، از جمله مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، مدت زمان انتظار، هماهنگی مراقبت‌ها، و خدمات مشتری. در اینجا چند نمونه از انواع مشکلاتی که در روند رسیدگی به شکایت ها بررسی می‌شوند عنوان شده است.

شکایت	مثال
کیفیت خدمات مراقبت پزشکی شما	• شما از کیفیت مراقبت ناراضی هستید، از قبیل مراقبتی که در بیمارستان دریافت کردید.
احترام به حریم خصوصی شما	• شما فکر می‌کنید که شخصی به حق شما برای حفظ حریم خصوصی احترام نمی‌گذارد یا اطلاعات محرمانه ای را درباره شما به اشتراک گذاشته است.
بی احترامی، خدمات ضعیف به مشتری، یا سایر رفتارهای منفی	• ارائه‌دهنده یا پرسنل مراقبت درمانی با شما بی‌ادبانه یا غیرمحترمانه رفتار کردند. • برخورد کارکنان ما با شما بد بود. • اگر فکر می‌کنید که به اجبار از طرح بیرون شده اید.

شکایت	مثال
دسترسی و کمک زبانی	• شما نمی‌توانید به طور فیزیکی به خدمات و مراکز مراقبت درمانی در مطب پزشک یا ارائه‌کننده دسترسی پیدا کنید. • پزشک یا ارائه‌دهنده شما مترجم برای زبان غیرانگلیسی شما (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) ارائه نمی‌دهد. • ارائه‌دهنده شما سایر تسهیلات معقول مورد نیاز و درخواست را به شما ارائه نمی‌دهد.
زمان‌های انتظار	• اگر برای تنظیم قرار ملاقات مشکل داشته اید یا مدت زمان زیادی در انتظار بوده اید. • پزشکان، داروسازان، یا سایر متخصصان بهداشت، خدمات اعضا، یا سایر کارکنان برنامه، شما را برای مدت طولانی منتظر می‌گذارند.
بهداشت و تمیزی	• فکر می‌کنید که درمانگاه، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست.
اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید	• فکر می‌کنید که در ارائه اطلاعیه یا نامه‌ای که باید دریافت می‌کردید قصور کرده‌ایم. • اگر فکر می‌کنید که اطلاعات کتبی که برایتان ارسال کرده‌ایم به سختی قابل فهم بوده اند.
وقت شناس بودن مربوط به تصمیمات پوشش یا تجدیدنظر	• اگر فکر می‌کنید که در تصمیم گیری درباره پوشش دهی یا پاسخگویی به درخواست تجدیدنظر شما به مهلت‌های زمانی مقرر پایبند نبوده‌ایم. • اگر فکر می‌کنید که پس از دریافت نتیجه مربوط به پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر، از مهلت‌های تأیید یا ارائه خدمات یا برگرداندن هزینه برخی خدمات پزشکی به شما پیروی نمی‌کنیم. • معتقدید ما پرونده شما را به موقع به سازمان بازنگری مستقل نفرستادیم.

انواع مختلفی از شکایات وجود دارد. شما شکایتی داخلی و یا شکایتی خارجی تسلیم کنید. شکایت داخلی شکایتی است که به طرح ما تسلیم می‌شود و به دست طرح ما بررسی می‌شود. یک شکایت خارجی توسط سازمانی که به طرح ما ارتباطی ندارد ایجاد و بررسی می‌شود. اگر برای ارائه شکایت داخلی یا خارجی نیاز به کمک دارید، می‌توانید با مرکز خدمات اعضا با شماره تلفن‌هایی که در پایین این صفحه ذکر شده است تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

اصطلاح حقوقی برای "شکایت"، **"نارضایتی"** است.

اصطلاح حقوقی برای "ارسال شکایت"، **"ثبت شکایت‌نامه"** است.

K2. شکایات داخلی

برای یک شکایت داخلی می توانید با خدمات اعضا به شماره تلفن 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. می‌توانید شکایت را در هر زمانی تسلیم کنید، مگر اینکه درباره داروی Medicare Part D باشد. اگر شکایت مربوط به داروی Medicare Part D است، باید **ظرف 60 روز تقویمی** پس از وقوع مشکلی که می‌خواهید در مورد آن شکایت کنید ارائه شود.

- اگر لازم باشد کار دیگری انجام دهید، مرکز خدمات اعضا به شما خواهد گفت.
- می‌توانید شکایت خود را به صورت کتبی برای ما ارسال دارید. اگر شکایت خود را به صورت کتبی بفرستید، ما به شکایت شما به صورت کتبی پاسخ خواهیم داد.
- اگر یک پاسخ کتبی بخواهید، به صورت کتبی پاسخ خواهیم داد. اگر یک شکایت کتبی ثبت کنید، یا اگر شکایت شما به کیفیت مراقبت مربوط باشد، ما به صورت کتبی پاسخ خواهیم داد.
- ما نامه‌ای ظرف 5 روز تقویمی از زمان دریافت شکایت شما مبنی بر اعلام وصول، ارسال خواهیم کرد.

ما باید تصمیم خود را در مورد شکایت شما هرچه زودتر و براساس وضعیت سلامتی شما ولی در کمتر از 30 روز از تاریخ دریافت شکایت، به شما اطلاع دهیم. شما در موارد خاص حق دارید برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید. این موضوع رویه «شکایت سریع» خوانده می‌شود. اگر با تصمیم ما در موقعیت‌های زیر موافق نیستید، حق دارید برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید:

- ما درخواست شما را برای بررسی سریع درخواست برای مراقبت پزشکی یا داروهای Medicare Part D قبول نکنیم.
- ما درخواست شما را برای بررسی سریع تجدیدنظر خدمات یا داروهای Medicare Part D تأیید نشده قبول نکنیم.
- ما تصمیم بگیریم که برای بررسی درخواست شما برای مراقبت پزشکی به زمان بیشتری نیاز است.
- ما تصمیم بگیریم که برای بررسی تجدیدنظر شما در مورد عدم ارائه مراقبت پزشکی به زمان بیشتری نیاز است.

- شکایات مربوط به Medicare Part D باید ظرف 60 روز تقویمی بعد از مشکلی که در مورد آن نارضایتی دارید ارائه شوند. همه انواع دیگر شکایات باید پس از وقوع سانحه یا اقدامی که موجب نارضایتی شما شده است به ما یا ارائه‌دهنده تسلیم شود.
- اگر بدین دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای "تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن" یا "تجدیدنظر سریع" قبول نکردیم، ما به طور خودکار یک پاسخ شکایت "سریع" به شکایت شما را در ظرف 24 ساعت خواهیم داد.

اصطلاح حقوقی برای «شکایت سریع» عبارت است از **«تسریع شکایت‌نامه»**.

اگر امکان داشته باشد فوراً به شما پاسخ می‌دهیم. اگر در مورد یک شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در جریان همان تماس تلفنی به شما پاسخ دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما پاسخ سریع را ایجاب می‌کند، ما همین کار را خواهیم کرد.

- ما به بیشتر شکایات ظرف 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر تصمیم خود را در مدت 30 روز تقویمی نگرفتیم، به این دلیل است که به اطلاعات بیشتری نیاز داریم و مراتب را به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. همچنین یک به‌روزرسانی از وضعیت و زمان تخمین‌زده شده برای ارائه پاسخ را به شما اعلام می‌کنیم.
- اگر به دلیل رد درخواست شما برای "تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن" یا "درخواست تجدیدنظر سریع" شکایتی ارائه می‌کنید، ما به صورت خودکار یک "شکایت سریع" برای شما آماده کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.
- اگر به این دلیل شکایت می‌کنید که زمان زیادی را صرف تصمیم گیری یا تجدیدنظر درباره پوشش دهی می‌کنیم، ما به صورت خودکار یک "شکایت سریع" برای شما آماده کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.

اگر با بعضی از قسمت‌ها یا کل شکایت شما موافق نباشیم، به شما اطلاع می‌دهیم و دلایلمان را در اختیار شما قرار می‌دهیم. پاسخ می‌دهیم که آیا با شکایت شما موافق هستیم یا خیر.

K3. شکایات خارجی

Medicare

می توانید شکایت خود را به Medicare بگویید یا آن را به Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در این نشانی موجود است: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. قبل از ثبت شکایت در Medicare، نیازی به ثبت شکایت نزد Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ندارید.

Medicare شکایات شما را جدی تلقی می‌کند و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده می‌کند.

اگر بازخورد یا نگرانی‌های دیگری دارید یا اگر احساس می‌کنید که طرح سلامت به مشکل شما توجه نمی‌کند، می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

Medi-Cal

می‌توانید از طریق تماس با شماره 1-888-452-8609، شکایتی را نزد سازمان بازرسی Medi-Cal Managed Care، اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی California (DHCS) ثبت کنید. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. تماس دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 عصر.

می توانید نزد سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده California (DMHC) شکایت کنید. DMHC برای کنترل طرح‌های درمانی مسئول است. شما می‌توانید برای دریافت کمک در مورد شکایات مربوط به خِدمات Medi-Cal، با مرکز پشتیبانی DMHC تماس بگیرید. برای موارد غیر فوری، اگر با تصمیم درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود مخالف هستید یا اگر طرح پس از 30 روز تقویمی شکایت شما را حل نکرده باشد، می توانید به DMHC شکایت کنید. با این حال، اگر در مورد شکایتی که مربوط به وضعیت اورژانسی یا خطر فوری و جدی برای سلامتتان است، به کمک نیاز دارید یا اگر درد شدیدی را تحمل می‌کنید یا چنانچه از تصمیم طرح ما در مورد شکایت خود ناراضی هستید، یا اگر طرح ما به شکایت شما بعد از 30 روز تقویمی رسیدگی نکرده است، می‌توانید بدون ثبت کردن یک درخواست تجدیدنظر سطح 1 با DMHC تماس بگیرید.

در اینجا دو روش برای دریافت کمک از مرکز پشتیبانی ذکر می‌شود:

- با شماره 1-888- 466-2219 تماس بگیرید. افرادی که ناشنوا هستند و مشکل شنوایی یا گفتاری دارند می‌توانند از شماره رایگان TTY 1-877-688-9891 استفاده کنند. این تماس رایگان است.

- به وب‌سایت سازمان خدمات درمانی مدیریت‌شده (www.dmhc.ca.gov) مراجعه کنید.

Office for Civil Rights (دفتر حقوق مدنی) (OCR)

اگر فکر می‌کنید با عدالت با شما رفتار نشده است، می‌توانید در مورد حقوق شهروندی به اداره سلامت و دفتر خدمات انسانی OCR (HHS) شکایت کنید. برای مثال، شما می‌توانید در مورد دسترس‌پذیری معلولیت یا مساعدت زبانی شکایت کنید. شماره دفتر حقوق مدنی 1-800-368-1019 (OCR) است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

برای اطلاعات بیشتر می‌توانید به سایت www.hhs.gov/ocr بروید.

دفتر محلی OCR را همچنین می‌توانید در اینجا پیدا کنید:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
تلفن: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
نمابر: 1-202-619-3818

همچنین ممکن است طبق قانون معلولین آمریکا (ADA) و قانون حقوق مدنی آنرو (Unruh) نیز از حقوقی برخوردار باشید. می‌توانید برای دریافت راهنمایی با برنامه رسیدگی به شکایات تماس بگیرید. می‌توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر به وقت PST، غیر از روزهای تعطیل، با شماره (TTY: 711) 1-888-452-8609 تماس بگیرید.

QIO

هنگامی که شکایتتان درباره کیفیت خدمات درمانی است نیز دو انتخاب پیش رو دارید:

- شما می‌توانید شکایت خود را در مورد کیفیت مراقبت مستقیماً به سازمان بهبود کیفیت ارائه دهید.
- شما می‌توانید شکایت خود را با سازمان بهبود کیفیت و طرح ما مطرح کنید. اگر شکایت را به این سازمان تسلیم کنید، ما با آن‌ها همکاری خواهیم کرد تا به شکایت شما رسیدگی شود.

سازمان بهبود کیفیت شامل گروهی از پزشکان شاغل و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌شود که تحت استخدام دولت فدرال هستند تا مراقبت ارائه‌شده به بیماران Medicare را کنترل کرده و بهبود دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد QIO، به **بخش H2**، یا به **فصل 2 بخش F** *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در California، QIO به‌نام Livanta - سازمان بهبود کیفیت California خوانده می‌شود. شماره تلفن Livanta - سازمان بهبود کیفیت California این است: (TTY: 711) 1-877-588-1123.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

فصل 10: پایان دادن به عضویت در طرح

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید پس از ترک طرح ما، عضویت خود را با طرح ما و گزینه‌های پوشش سلامت خود پایان دهید. اگر برنامه درمانی ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند. کلیدواژه‌ها و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه *راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. چه زمانی می‌توانید به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید 228

B. چطور به عضویتتان در طرح ما پایان دهید..... 229

C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه..... 229

C1. خدمات Medicare شما 229

C2. خدمات Medi-Cal شما 233

D. لوازم، خدمات پزشکی و داروهای، شما تا پایان عضویتتان در طرح ما..... 234

E. سایر شرایطی که در آن عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد..... 234

F. مقررات علیه درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مربوط به سلامت 235

G. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در طرح ما خاتمه دادیم شکایت کنید..... 235

H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد پایان دادن به عضویتتان در طرح..... 235

A. چه زمانی می‌توانید به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال عضویت خود را پایان دهند. چون Medi-Cal دارید، دارای چند انتخاب هستید که عضویتتان را در طرح ماه در هر ماهی از سال پایان دهید.

علاوه بر این، می‌توانید عضویت خود را در طرح ما در دوره‌های زمانی زیر در هر سال خاتمه دهید:

- **دوره ثبت نام سالانه** که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در 31 دسامبر به پایان می‌رسد و عضویت شما در طرح جدید از 1 ژانویه آغاز می‌شود.
- **دوره ثبت نام آزاد Medicare Advantage (MA)**، که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد و همچنین برای اعضای جدید Medicare که در این طرح ثبت‌نام کرده‌اند، از ماهی که واجد شرایط مزایای قسمت A و قسمت B می‌شوند تا آخرین روز سومین ماه واجد شرایط بودن. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد شروع می‌شود.

ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجدشرایط تغییر در ثبت‌نام خود باشید. برای مثال، اگر:

- اگر از منطقه خدماتی ما خارج شوید،
- واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal یا کمک اضافی (Extra Help) تغییر کرد، **یا**
- اگر اخیراً به یک مرکز پرستاری یا بیمارستان مراقبت‌های طولانی مدت نقل مکان کرده‌اید، در حال حاضر تحت مراقبت هستید، یا به تازگی مرخص شده‌اید.

عضویت شما در آخرین روز از ماهی که ما درخواست شما برای تغییر طرحتان را دریافت کردیم، پایان می‌یابد. به عنوان مثال، اگر ما درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش دهی شما در طرح ما در پایان 31 ژانویه تمام می‌شود. پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد (1 فوریه در این مثال).

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

- گزینه‌های Medicare در جدول **بخش C1** موجود است.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در **بخش C2** موجود است.

اطلاعات بیشتر درباره چگونگی پایان دادن به عضویتتان را می‌توانید با تماس با خدمات اعضا به شماره موجود در پایین این صفحه دریافت کنید. شماره برای کاربران TTY نیز موجود است.

- 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) ایالت California، به شماره 1-800-434-0222، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر TTY:711. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت https://www.aging.ca.gov/hicap/ مراجعه کنید. روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- دفتر بازرسی Medi-Cal Managed Care به شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر یا ایمیل MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

توجه: اگر در یک برنامه مدیریت دارو (DMP) هستید، نمی‌توانید طرح را تغییر دهید. جهت اطلاع از برنامه‌های مدیریت دارویی، به **فصل 5، بخش G3** دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. چطور به عضویتتان در طرح ما پایان دهید

اگر تصمیم بگیرید به عضویت‌تان پایان دهید، می‌توانید در یک طرح دیگر Medicare نام‌نویسی کنید یا به طرح Original Medicare منتقل شوید. با این حال، اگر بخواهید از طرح ما به Original Medicare منتقل شوید ولی یک طرح جداگانه Medicare برای تجویز دارو را انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست لغو عضویت از طرح ما کنید. دو روش برای درخواست لغو عضویت وجود دارد:

- می‌توانید یک درخواست کتبی به ما ارائه کنید. اگر درباره چگونگی انجام این کار به اطلاعات بیشتر نیاز دارید، با خدمات اعضاء به شماره موجود در زیر این صفحه تماس بگیرید.
- 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY (افرادی که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. وقتی با 1-800-MEDICARE تماس بگیرید، می‌توانید در یک طرح دارو یا بهداشتی دیگر Medicare ثبت‌نام کنید. اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات Medicare هنگام خروج از طرح ما در نمودار صفحه «229» ارائه شده است.
- روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- **بخش C** در زیر شامل مراحلی است که می‌توانید برای ثبت‌نام در طرح دیگری انجام دهید که به عضویت شما در طرح ما نیز پایان می‌دهد.

C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.

C1. خدمات Medicare شما

شما سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود در هر ماهی از سال به شرح زیر دارید. یک گزینه اضافی نیز در طول زمان‌های مشخصی از سال دارید، ازجمله **دوره ثبت نام سالانه** و **دوره ثبت نام آزاد Medicare Advantage** یا موقعیت‌های دیگری که در **بخش A** توضیح داده شده است. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، شما به صورت خودکار به عضویتتان در طرح ما پایان می‌دهید.

1. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید: **طرح Medicare Medi-Cal (طرح Medi-Medi) نوعی طرح Medicare Advantage است. این برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح با هم ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات را در هر دو برنامه هماهنگ می‌کند، ازجمله خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal.** **نکته:** اصطلاح طرح Medi-Medi نامی برای طرح‌های یکپارچه نیازهای ویژه دارای صلاحیت دوگانه (D-SNPs) در California است.	**این کار را بکنید:** از طریق شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE می‌توانید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای سوالات مربوط به برنامه جامع مراقبت از سالمندان (PACE) با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP، از این سایت بازدید کنید: https://www.aging.ca.gov/hicap/. **یا** ثبت‌نام در طرح Medi-Medi جدید با شروع پوشش دهی طرح جدید، عضویت شما در طرح Medicare ما به صورت خودکار لغو می‌شود. طرح Medi-Cal شما تغییر می‌کند تا با طرح Medi-Medi شما مطابقت پیدا کند.

2. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید: **طرح Original Medicare با طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی**	**این کار را بکنید:** از طریق شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE می‌توانید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP، از این سایت بازدید کنید: https://www.aging.ca.gov/hicap/ **یا** در طرح جدید داروهای تجویزی Medicare ثبت‌نام کنید. وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می‌شود، عضویت شما در طرح ما به طور خودکار خاتمه می‌یابد. طرح Medi-Cal تغییر خواهد کرد.

3. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید: **Original Medicare بدون طرح جداگانه Medicare برای داروهای تجویزی** **توجه:** اگر به Original Medicare تغییر دهید و در طرح داروی تجویزی Medicare جداگانه ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در طرح دارو ثبت‌نام کند مگر اینکه به Medicare بگویید که نمی‌خواهید به این طرح ملحق شوید. تنها زمانی باید پوشش داروی تجویزی را قطع کنید که از یک منبع دیگر، مانند یک کارفرما یا اتحادیه، پوشش دارویی دریافت می‌کنید. اگر درباره نیاز یا عدم نیاز خود به پوشش بیمه دارویی سؤالی دارید، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) ایالت California به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت https://www.aging.ca.gov/hicap/ مراجعه کنید.	**این کار را بکنید:** از طریق شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE می‌توانید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) California به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP، از این سایت بازدید کنید: https://www.aging.ca.gov/hicap/. وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می‌شود، عضویت شما در طرح ما به طور خودکار خاتمه می‌یابد.

4. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید: **هر طرح سلامت Medicare** طی زمان‌های خاصی از سال ازجمله **دوره ثبت نام سالانه** و **دوره ثبت نام آزاد Medicare Advantage** یا موقعیت‌های دیگر توضیح داده شده در **بخش A**.	**این کار را بکنید:** از طریق شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE می‌توانید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای سوالات مربوط به برنامه جامع مراقبت از سالمندان (PACE) با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP، از این سایت بازدید کنید: https://www.aging.ca.gov/hicap/ **یا** در یک طرح جدید Medicare ثبت‌نام کنید. با شروع پوشش دهی طرح جدید، عضویت شما در طرح Medicare ما به صورت خودکار لغو می‌شود. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای سؤالات در مورد نحوه دریافت خدمات Medi-Cal خود پس از خروج از طرح ما، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر با شماره 1-844-580-7272 با Health Care Options تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. درباره اینکه پیوستن به طرح دیگری یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر می‌گذارد، سؤال کنید.

D. لوازم، خدمات پزشکی و داروهای، شما تا پایان عضویتتان در طرح ما

اگر از طرح ما خارج شوید، مدتی طول می‌کشد تا اینکه عضویتتان تمام شود و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شما شروع شود. در طول این مدت، داروهای تجویزی و مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید تا زمانی که طرح جدید شما شروع شود.

- برای دریافت مراقبت پزشکی، از ارائه‌دهندگان شبکه ما استفاده کنید.
- از داروخانه های شبکه ما از جمله از طریق خدمات داروخانه سفارش پستی ما برای دریافت نسخه های خود استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به پایان می‌رسد در بیمارستان بستری شوید، طرح ما بستری شدن شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می‌دهد. این موضوع حتی وقتی پوشش بیمه جدید شما قبل از ترخیص شروع می‌شود نیز صادق خواهد بود.

E. سایر شرایطی که در آن عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد

مواردی که باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم:

- اگر وقفه‌ای در پوشش Medicare Part A Medicare و Medicare Part B شما وجود دارد.
- اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نیستید. طرح ما برای افرادی است که هم واجد شرایط Medicare و هم Medi-Cal هستند. توجه: اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نیستید می‌توانید موقتاً با مزایای Medicare در طرح ما ادامه دهید. لطفاً اطلاعات زیر را درمورد دوره‌های مجاز ببینید.
- ایالت California یا Medicare به عضویت شما در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) خاتمه خواهد داد و شما به Original Medicare باز خواهید گشت. اگر برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare Part D، کمک اضافی (Extra Help) دریافت می‌کنید، CMS شما را به طور خودکار در Medicare Prescription Drug Plan ثبت‌نام خواهد کرد. اگر بعداً دوباره واجد شرایط Medi-Cal شدید و خواستید دوباره در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ثبت‌نام کنید، لازم است از طریق شماره 1-800-431-9007 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. به آن‌ها بگویید که می‌خواهید دوباره به Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) بپیوندید.
- اگر از منطقه خدماتی ما خارج شوید.
- اگر از منطقه خدماتی ما برای بیش از شش ماه دور هستید.
  - اگر جابه‌جا می‌شوید یا یک سفر طولانی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید تا بدانید که آیا جایی که به آن نقل مکان یا سفر می‌کنید در منطقه خدماتی طرح ما هست یا خیر.
- اگر برای جرم جنایی به بازداشتگاه یا زندان بروید.
- اگر در مورد بیمه دیگری که برای داروهای تجویزی دارید دروغ بگویید یا از ارائه اطلاعات خودداری کنید.
- اگر شهروند ایالات متحده نباشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور نداشته باشید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- شما باید شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید تا بتوانید عضوی از طرح درمانی ما بشوید.
- مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) در صورت عدم صلاحیت شما برای باقی ماندن در طرح به عنوان عضو، به ما اطلاع خواهند داد.
- اگر این شرایط را نداشته باشید مجبوریم عضویت شما را لغو کنیم.

دوره صلاحیت ادامه دار طرح شش ماه است. دوره صلاحیت ادامه دار در اولین روز از ماه بعد از ماهی که در آن دیگر در وضعیت نیازهای ویژه نیستید شروع می شود.

ما تنها زمانی می توانیم به دلایل زیر شما را مجبور کنیم که طرح درمانی ما را ترک کنید که ابتدا اجازه Medicare و Medi-Cal را داشته باشیم.

- اگر عمداً به ما اطلاعات اشتباه را در هنگام ثبت نام در طرح درمانی ما بدهید و آن اطلاعات بر روی واجد شرایط بودن شما برای طرح درمانی ما تأثیر داشته باشد.
- اگر مرتب به روشی عمل کنید که متخل باشد و ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای طرح درمانی ما را با مشکلاتی مواجه کند.
- اگر به شخص دیگری اجازه بدهید که برای دریافت مراقبت پزشکی از کارت شناسایی عضویت شما استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را خاتمه دهیم، Medicare ممکن است از بازرس کل بخواهد که پرونده شما را بررسی کند.)

F. مقررات علیه درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مربوط به سلامت

ما نمی‌توانیم از شما بخواهیم که طرح ما را به هر دلیلی مرتبط با سلامت خود ترک کنید. اگر احساس می‌کنید به دلیلی که مربوط به سلامت می‌شود از شما خواسته شده که طرح ما را ترک کنید، با **Medicare** به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

G. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در طرح ما خاتمه دادیم شکایت کنید

اگر ما عضویتتان در طرحمان را خاتمه دهیم، باید دلایل این کار را به صورت کتبی به شما اطلاع دهیم. همچنین باید توضیح دهیم که چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما در مورد خاتمه دادن به عضویت شما، شکایت یا دعوی خودتان را ارائه دهید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ارائه شکایت، به **فصل 9، بخش K** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد پایان دادن به عضویتتان در طرح

اگر سوالی دارید یا مایلید اطلاعات بیشتری درباره پایان دادن به عضویتتان دریافت کنید، می‌توانید با خدمات اعضا با شماره پایین این صفحه تماس بگیرید.

فصل 11: اعلامیه‌های حقوقی

مقدمه

این فصل شامل اطلاعیه‌های قانونی‌ای است که به عضویت شما در طرح ما مربوط می‌شود. کلیدواژه‌ها و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه *راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعیه درمورد قوانین 237
B. اطلاعیه در مورد عدم تبعیض 237
C. اطلاعیه درباره Medicare به عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت‌کننده 238
D. اطلاعیه درباره بازیابی دارایی غیرمنقول Medi-Cal 238
E. بازپرداخت مزایای پرداختی توسط طرح ما تحت طرح Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) شما 239
F. کارت عضویت 241
G. پیمانکاران مستقل 241
H. تقلب در برنامه مراقبت درمانی 241
I. شرایط خارج از کنترل Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 242

A. اطلاعیه درمورد قوانین

قوانین بسیاری به این دفترچه *راهنمای اعضا* مربوط می‌شوند. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارند حتی اگر این قوانین در دفترچه *راهنمای اعضا* توضیح داده نشده باشد یا اضافه نشده باشد. قوانین اصلی‌ای که اعمال می‌شوند قوانین فدرال و ایالتی مربوط به برنامه‌های Medicare و Medi-Cal هستند. قوانین فدرال و ایالتی دیگر نیز ممکن است اعمال شوند.

B. اطلاعیه در مورد عدم تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، کشور زادگاه، رنگ پوست، دین، جنسیت، سن، گرایش جنسی، ناتوانی جسمی یا ذهنی، وضعیت سلامت، تجربه مربوط به مطالبات، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، مدرک مربوط به قابلیت بیمه شدن، یا موقعیت جغرافیایی در داخل منطقه خدماتی، نسبت به شما تبعیض قائل نمی‌شویم یا متفاوت رفتار نمی‌کنیم. به‌علاوه، ما به‌دلیل نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل یا وضعیت سلامت، افراد را به‌طور غیرقانونی مورد تبعیض قرار نمی‌دهیم، طرد نمی‌کنیم یا با آن‌ها رفتار متفاوتی نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا چنانچه در مورد تبعیض یا رفتار غیرعادلانه نگرانی‌هایی دارید:

- با Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید برای اطلاعات بیشتر از www.hhs.gov/ocr بازدید کنید.
- با اداره سلامت و خدمات انسانی، Office for Civil Rights (دفتر حقوق مدنی) به شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرند. اگر فکر می‌کنید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایت‌نامه در مورد تبعیض مطرح کنید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر دردسترسند. با وجود این، لطفاً توجه کنید که از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات رسمی ممکن است سیستم تلفن خودکار ما به تماس شما پاسخ دهد. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف مدت یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. همچنین می‌توانید به صورت کتبی با ما تماس بگیرید:

  Appeals & Grievances Medicare Operations
  P.O. Box 10198
  Van Nuys, CA 91410-0198
  www.wellcare.com/healthnetCA

اگر شکایت‌نامه شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید از طریق تلفن، کتبی یا الکترونیکی شکایت خود را نزد وزارت خدمات سلامت، دفتر حقوق شهروندی مطرح کنید:

- از طریق تلفن: با شماره 1-916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی تکلم کنید یا بشنوید، لطفاً با شماره 711 (خدمات رله ارتباطات از راه دور) تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به این آدرس ارسال کنید:

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

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 نشانی زیر دردسترس است:
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- الکترونیکی: ارسال به ایمیل CivilRights@dhcs.ca.gov.

اگر معلولیتی دارید یا برای دسترسی به خدمات درمانی یا ارائه‌دهنده به کمک نیاز دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر شکایتی درباره مسائلی مانند مشکل دسترسی به صندلی چرخدار دارید، خدمات اعضا می‌تواند کمک کند.

C. اطلاعیه درباره Medicare به عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت‌کننده

گاهی اوقات شخص دیگری باید اول هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌دهیم پرداخت کند. به عنوان مثال، اگر شما در یک حادثه رانندگی بوده اید یا اگر در محل کار دچار جراحت شده اید، شرکت بیمه یا سازمان جبران خسارت کارگری باید ابتدا سهم خود را پرداخت کند.

ما حق و مسئولیت داریم که برای خدمات تحت پوشش Medicare که برای آن‌ها Medicare پرداخت کننده اول نیست جمع آوری کنیم.

ما از قوانین ایالتی و فدرال و قوانین مرتبط با تعهدات حقوقی اشخاص ثالث برای خدمات درمانی به اعضا، تبعیت می‌کنیم. ما تمام روش‌های منطقی را به کار می‌گیریم تا اطمینان حاصل کنیم که طرح Medi-Cal آخرین پرداخت کننده سهم بیمه باشد.

D. اطلاعیه درباره بازیابی دارایی غیرمنقول Medi-Cal

برنامه Medi-Cal باید بازپرداخت مزایای Medi-Cal را از برخی اعضای فوت شده که مزایا را در سالروز 55 سالگی تولدشان یا پس از آن دریافت کرده‌اند، از طریق اموال غیرمنقول که بر اساس وصیت‌نامه تایید شده‌اند وصول کند. بازپرداخت، شامل هزینه در قبال خدمات و حق‌بیمه‌های مراقبت مدیریت شده/پرداخت های سرانه برای خدمات مرکز پرستاری، خدمات خانگی و محلی، و خدمات بیمارستانی و نسخه‌های مربوطه که در زمان بستری شدن عضو در یک مرکز مراقبت دریافت کرده و یا خدمات خانگی یا محلی دریافت می‌کرد، است. مبلغ بازپرداخت نمی‌تواند بیشتر از ارزش دارایی غیرمنقول وصیت‌شده فرد عضو باشد.

برای اطلاعات بیشتر، به بخش بازیابی دارایی غیرمنقول در وب‌سایت اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی به نشانی www.dhcs.ca.gov/er بروید یا با شماره 916-650-0590 تماس بگیرید.

E. بازپرداخت مزایای پرداختی توسط طرح ما تحت طرح Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) شما

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 مزایای تحت پوشش این طرح، موافقت می‌کنید که طرح ما دارای اولویت در حق جایگزینی و

بازپرداخت است و زمانی اعمال می‌شود که این طرح مزایای خدمات تحت پوشش را که شما به خاطر اقدامات یا قصور یک طرف مسئول دریافت کرده‌اید پرداخت کرده باشد، و شما یا نماینده‌تان مبلغی 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 ارائه‌دهنده خدمات درمانی همکاری کنید تا هزینه‌هایش را وصول کند، ازجمله:

- اگر نام و نشانی طرف مسئول و/یا وکیل او را می‌دانید، درصورت مرتبط بودن، همچنین اگر از وکیل استفاده می‌کنید نام و نشانی وکیل خودتان، نام و نشانی هرکدام از شرکت‌های بیمه حاضر در این مسئله، و توصیفی از جراحت، بیماری، یا شرایط خاص ایجادشده را در اختیار طرح ما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی قرار دهید.
- تکمیل هرگونه کار اداری که طرح ما یا ارائه‌دهنده 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 ارائه‌دهنده 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 مراقبت‌های درمانی یا بازپرداخت طرح از هر بازپرداخت، توافق مالی یا قضاوتی، یا هر منبع دیگری برای جبران خسارت، از جمله پرداخت کلیه مبالغ جبران خسارت تحت پوشش طرح ما برای هزینه کامل مزایای پرداخت‌شده تحت این طرح در رابطه با جراحت، بیماری، یا شرایط خاص دیگری که در نتیجه اقدام فرد طرف مسئول است؛ بدون درنظرگرفتن اینکه این مبالغ به طور خاص به عنوان وصول طلب برای هزینه‌های پزشکی در نظر گرفته شده باشد

  یا اینکه شما در قبال خسارت ایجادشده به طور کامل یا جزئی برای زیانتان 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 ارائه‌دهنده 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.

F. کارت عضویت

کارت عضویت صادرشده از طرف طرح ما تحت این دفترچه راهنمای اعضا فقط برای شناسایی عضو است. داشتن کارت عضویت هیچ حقی را در مورد هیچ کدام از خدمات یا مزایا براساس این دفترچه *راهنمای اعضا* به کسی نمی‌دهد. برای اینکه واجد شرایط استفاده از خدمات یا مزایای تحت این دفترچه *راهنمای اعضا* باشید، دارنده این کارت باید واجد شرایط دریافت پوشش باشد و به عنوان عضو براساس این دفترچه *راهنمای اعضا* ثبت‌نام کرده باشد. هر فردی که خدمات را دریافت کند درصورتی که در آن زمان واجد شرایط نباشد براساس این دفترچه *راهنمای اعضا* مسئول پرداخت هزینه چنین خدماتی خواهد بود. عضو این طرح باید کارت عضویت طرح را هنگام دریافت خدمات ارائه کند نه کارت Medicare. اگر می‌خواهید کارت عضویتتان را تعویض کنید، با خدمات اعضا با شماره 1-800-431-9007 (TTY 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند.

توجه: هرکدام از اعضا که موارد سوء مصرف یا سوء استفاده از کارت عضویت از طرف او ثابت شود، ممکن است عضویتش به همین دلیل از طرح لغو شود. هرگونه مورد لغو عضویت 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.

G. پیمانکاران مستقل

رابطه بین Wellcare by Health Net و هر ارائه‌دهنده‌ی فعال، یک رابطه پیمانکاری مستقل در نظر گرفته می‌شود. ارائه‌دهندگانی که در کار مشارکت دارند، کارمندان یا نمایندگان Wellcare by Health Net نیستند و نه Wellcare by Health Net و نه هیچ یک از کارکنان Wellcare by Health Net کارمند یا نماینده ارائه‌دهنده عضو برنامه محسوب نمی‌شود. Wellcare by Health Net در هیچ موردی در قبال سهل انگاری، عمل نادرست یا کوتاهی هر یک از شرکت کنندگان یا سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی مسئولیتی نخواهد داشت. پزشکان شرکت کننده در برنامه و نه Wellcare by Health Net، رابطه پزشک - بیمار را با عضو حفظ می‌کنند. Wellcare by Health Net ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی نیست.

H. تقلب در برنامه مراقبت درمانی

تقلب در برنامه مراقبت درمانی یعنی فریب یا جعل هویت در طرح توسط ارائه‌دهنده، 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 درج‌شده در صورت‌حساب یا فرم توضیح مزایا نگرانی خاصی دارید، یا اگر از یک فعالیت غیرقانونی اطلاع پیدا کرده‌اید یا نسبت به آن مشکوک شده‌اید، از طریق خط ویژه کلاهبرداری به شماره 1-800-977-3565 (TTY: 711) به‌طور رایگان با طرح ما تماس بگیرید. خط ویژه کلاهبرداری در تمام 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته فعال است. تمام تماس‌ها کاملاً محرمانه هستند.

I. شرایط خارج از کنترل Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

ازآنجا که بلایای طبیعی، جنگ، شورش، قیام داخلی، اپیدمی، تخریب کامل یا جزئی تأسیسات، انفجار اتمی یا انتشار انرژی هستهای دیگر، ناتوانی پرسنل مهم گروه پزشکی، وضعیت اضطراری، یا سایر رویدادهای مشابه در محدوده کنترل طرح ما نیست، منجر به عدم دسترسی به امکانات یا پرسنل Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) برای ارائه یا ترتیب دادن خدمات یا مزایای ذکرشده در این دفترچه *راهنمای اعضا* میشود، تعهد Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به ارائه چنین خدمات یا مزایایی محدود به این الزام است که Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) با حسن نیت برای ارائه یا ترتیب ارائه چنین خدمات یا مزایایی در شرایط فعلی امکانات یا پرسنل خود تلاش میکند.

فصل 12: تعریف واژه‌های مهم

مقدمه

این فصل شامل عبارات کلیدی‌ای که در دفترچه *راهنمای اعضا* به کار رفته‌اند و مفاهیم آن‌ها است. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر عبارت‌های مورد نظرتان را پیدا نمی‌کنید یا اگر به اطلاعاتی بیشتر از تعریف ارائه‌شده نیاز دارید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

فعالیت‌های زندگی روزمره (ADL): کارهایی که اشخاص به طور روزمره انجام می‌دهند؛ از قبیل غذا خوردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، حمام گرفتن، یا مسواک زدن.

قاضی حقوق اداری: قاضی‌ای که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند.

برنامه کمک‌های دارویی AIDS (ADAP): به افراد واجد شرایط ADAP مبتلا به HIV/AIDS کمک می‌کند به داروهای نجات‌بخش HIV دسترسی پیدا کنند.

مرکز جراحی سرپایی: مرکزی که جراحی سرپایی را به بیمارانی ارائه می‌کند که به مراقبت بیمارستانی نیاز ندارند و انتظار نمی‌رود که به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

درخواست تجدیدنظر: راهی برای شما تا اگر فکر می‌کنید مرتکب اشتباهی شده‌ایم، علیه اقدام ما اعتراض کنید. شما می‌توانید با ارائه درخواست تجدیدنظر، خواستار تغییر یک تصمیم پوششی شوید. **فصل 9، بخش E** دفترچه *راهنمای اعضا درباره درخواست تجدیدنظر و همچنین نحوه ارائه این درخواست توضیح می‌دهد.*

سلامت رفتاری: عبارتی جامع که به خدمات مربوط به اختلالات مصرف مواد مخدر و سلامت روان اشاره می‌کند.

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 پیچیده‌ترند و امکان کپی‌برداری دقیق از آنها وجود ندارد، بنابراین به نمونه‌های جایگزین آنها «بیوسیمیلار» گفته می‌شود. (به «محصولات بیولوژیک اصلی» و «بیوسیمیلار» نیز مراجعه کنید).

بیوسیمیلار: داروی بیولوژیکی که بسیار شبیه به محصول بیولوژیک اصلی است اما دقیقاً با آن یکسان نیست. داروهای بیوسیمیلار به همان اندازه محصولات بیولوژیک اصلی سالم و مؤثرند. بعضی از داروهای بیوسیمیلار ممکن است در داروخانه جایگزین محصول بیولوژیک اصلی شوند بدون اینکه نیاز به نسخه جدیدی باشد. (به «داروهای بیوسیمیلار قابل تعویض» مراجعه کنید).

داروی برند: دارویی تجویزی که توسط شرکتی که دارو را برای اولین بار تولید کرده است، فروخته می‌شود. داروهای برند حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت‌های دارویی دیگر تهیه و فروخته می‌شوند.

هماهنگ‌کننده مراقبت: فرد اصلی‌ای است که با شما، طرح سلامت، و ارائه‌دهندگان مراقبت شما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل شود مراقبت درمانی مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید.

طرح مراقبت: به «طرح مراقبت فردی» مراجعه کنید.

خدمات اختیاری طرح مراقبت (خدمات CPO): خدمات جانبی که تحت طرح مراقبت فردی شما (ICP) اختیاری هستند. این خدمات قرار نیست که جایگزین خدمات و حمایت‌های بلندمدتی شوند که شما تحت Medi-Cal مجاز به دریافت آنها هستید.

تیم مراقبت: به «تیم مراقبت بین‌رشته‌ای» مراجعه کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): سازمان فدرال مسئول Medicare.

فصل 2، بخش G دفترچه *راهنمای اعضا* نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS): برنامه خدماتی مرکزمحور بیماران سرپایی که مراقبت پرستاران باتجربه، خدمات اجتماعی، کاردرمانی و گفتاردرمانی، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت از خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، حمل‌ونقل، و سایر خدمات را به ثبت‌نام‌کنندگان واجد شرایطی ارائه می‌کند که معیارهای لازم را داشته باشند.

شکایت: اظهاریهٔ کتبی یا شفاهی مبنی بر اینکه شما مشکل یا نگرانی‌ای دربارهٔ مراقبت یا خدمات تحت پوشش خودتان دارید. این موضوع شامل هرگونه نگرانی مربوط به کیفیت خدمات، کیفیت مراقبت از شما، ارائه‌دهندگان شبکه ما، یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. نام رسمی «ارسل شکایت»، «اقامهٔ دعوی» است.

تسهیلات جامع توانبخشی سرپایی (CORF): مرکزی که پس از بیماری، سانحه، یا جراحی عمده عمدتاً خدمات توانبخشی ارائه می‌کند. این مرکز خدمات گوناگونی را ارائه می‌کند؛ از جمله فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس‌درمانی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و خدمات ارزیابی محیط خانه.

تصمیم مربوط به پوشش‌دهی: تصمیم در مورد اینکه ما چه مزایایی را تحت پوشش قرار دهیم. این موضوع شامل تصمیمات مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی می‌شود که برای خدمات بهداشتی شما پرداخت خواهیم کرد. **فصل 9، بخش E** دفترچه *راهنمای اعضا* درباره نحوه درخواست تصمیم مربوط به پوشش‌دهی توضیح داده شده است.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که برای همه داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش طرح خود استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: عبارتی کلی که برای همه خدمات مراقبت از سلامت، خدمات و حمایت‌های طولانی مدت، لوازم، داروهای تجویزی و بدون نسخه، لوازم، و سایر خدمات تحت پوشش طرح خود استفاده می‌کنیم.

آموزش توانایی فرهنگی: آموزش‌هایی تکمیلی برای ارائه‌دهندگان مراقبت از سلامت که کمک می‌کند هرچه بهتر پس‌زمینه، ارزش‌ها، و عقاید شما را بشناسند و خدمات را مطابق با نیازهای اجتماعی، فرهنگی، و زبانی شما ارائه کنند.

اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی (DHCS): اداره ایالتی در California که برنامه Medicaid (معروف به Medi-Cal) را اداره می‌کند.

سازمان خدمات درمانی مدیریت‌شده (DMHC): اداره ایالتی در California که مسئول کنترل و نظارت بر طرح‌های سلامت است. DMHC به افرادی که درباره خدمات Medi-Cal شکایتی یا درخواست تجدیدنظر دارند، کمک می‌کند. DMHC همچنین بررسی‌های پزشکی مستقل (IMR) را اجرا می‌کند.

لغو عضویت: فرایند خاتمه دادن به عضویت شما در طرح ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب خود شما) باشد.

برنامه مدیریت دارو (DMP): برنامه‌ای که کمک می‌کند اطمینان حاصل کنیم اعضا داروهای مخدر تجویزی و سایر داروهایی را که معمولاً با سوء مصرف همراه هستند به صورت ایمن مصرف کنند.

طرح نیازهای ویژه دارای صلاحیت دوگانه (D-SNP): طرح سلامتی که به افراد واجد شرایط Medicare و Medicaid خدمات ارائه می‌دهد. طرح ما یک D-SNP است.

تجهیزات پزشکی بادوام (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می‌کند. نمونه‌هایی از این اقلام عبارتند از: صندلی چرخ‌دار، عصا، سیستم تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت بیمارستان که توسط ارائه‌دهنده برای استفاده در منزل سفارش داده شده، پمپ‌های تزریق وریدی، دستگاه‌های تولید صدا، تجهیزات اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

اضطراری: یک اورژانس پزشکی زمانی که شما یا هر فرد دیگری با دانش متوسط در مورد بهداشت و پزشکی معتقد باشید که علائم پزشکی دارید که نیاز به مراقبت فوری پزشکی برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن یک عضو بدن، یا از دست دادن یا آسیب جدی به عملکرد بدن (و اگر شما یک زن باردار هستید، از دست دادن یک کودک متولدنشده) دارد. این علائم پزشکی ممکن است بیماری، جراحت، درد شدید، یا وضعیت سلامت خاصی باشد که به سرعت وخیم‌تر می‌شود.

مراقبت‌های اضطراری: خدمات تحت پوشش که توسط ارائه‌دهنده آموزش‌دیده برای ارائه خدمات اضطراری ارائه می‌شوند و برای درمان یک وضعیت پزشکی یا سلامت رفتاری اضطراری لازم هستند.

استثنا: اجازه دریافت پوشش برای دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت‌های خاص.

خدمات غیرمشمول: خدماتی که از سوی این طرح سلامت پوشش داده نمی‌شوند.

کمک اضافی: برنامه Medicare که به افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه داروهای تجویزی Medicare Part D اعم از حق بیمه، فرانشیز، و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. Extra Help همچنین «یارانه کم‌درآمدها» یا «LIS» خوانده می‌شود.

داروی ژنریک: یک داروی تجویزی که برای استفاده به جای داروی برند به تصویب دولت فدرال رسیده باشد. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی برند را دارد. این دارو معمولاً ارزان‌تر بوده و همان تأثیر داروی برند را دارد.

شکایت‌نامه: شکایتی که علیه ما یا یکی از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های شبکه ما تسلیم می‌کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت شما یا کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط طرح سلامت شما می‌شود.

برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) ایالت California: برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان را درباره Medicare ارائه می‌کند. **فصل 2، بخش C** دفترچه *راهنمای اعضا* نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

طرح سلامت: سازمانی که از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات بلندمدت، و سایر ارائه‌دهندگان تشکیل شده است. این طرح دارای هماهنگ‌کننده مراقبت است که به شما در مدیریت همه ارائه‌دهندگان و خدمات کمک می‌کند. همه آنها با هم کار می‌کنند تا مراقبت‌های مورد نیاز شما را ارائه دهند.

ارزیابی خطر سلامت (HRA): بررسی سابقه پزشکی و وضعیت کنونی شما. برای آگاهی از سلامتی شما و اینکه چگونه ممکن است در آینده تغییر کند استفاده می‌شود.

کمک درمان در منزل: شخصی که خدماتی را ارائه می‌کند که به مهارت‌های پرستار یا درمانگر مجاز نیاز ندارد؛ از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام گرفتن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، یا انجام ورزش‌های تجویزشده). امدادگران مراقبت بهداشت در منزل، مجوز پرستاری ندارند و درمان ارائه نمی‌کنند.

آسایشگاه بیماران رو به مرگ: برنامه‌ای که مراقبت و حمایت را در اختیار اشخاصی قرار می‌دهد که بیماری مهلک دارند تا به آن‌ها کمک شود زندگی راحتی داشته باشند. تشخیص بیماری لاعلاج به این معنی است که یک شخص از نظر پزشکی تعیین شده است که دارای بیماری غیرقابل درمان است، یعنی انتظار می‌رود 6 ماه یا کمتر زنده بماند.

- هر ثبت‌نام‌کننده‌ای که بیماری لاعلاج دارد، می‌تواند آسایشگاه بیماران رو به‌مرگ را انتخاب کند.
- گروهی از متخصصین و مراقبت‌کننده‌هایی که کارآموزی ویژه دیده‌اند تا مراقبت را برای همه نیازهای افراد ارائه کنند که شامل نیازهای جسمانی، احساسی، اجتماعی و معنوی می‌شود.
- ما موظفیم فهرستی از ارائه دهندگان خدمات آسایشگاه بیماران رو به‌مرگ در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهیم.

صدور صورت‌حساب نادرست/نامناسب: وضعیتی که در آن خدمات‌دهنده (اعم از پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ تسهیم هزینه ما برای خدمات از شما مطالبه می‌کند. اگر صورتحسابی دریافت کرده اید که آن را متوجه نمی‌شوید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

به دلیل اینکه ما کل هزینه خدمات را پرداخت می‌کنیم، شما بابت تسهیم هزینه بدهکار **نیستید**. ارائه‌دهندگان نباید در قبال این خدمات هیچ مبلغی از شما دریافت کنند.

خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS): برنامه IHSS در پرداخت هزینه خدمات ارائه‌شده به شما کمک خواهد کرد، طوری که بتوانید در خانه خودتان در شرایط امن بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از خانه، مانند مراکز پرستاری یا مراکز اسکان و مراقبت است. انواع خدمات که ممکن است از سوی IHSS تایید شوند، عبارتند از تمیزکاری منزل، کمک در تهیه غذا، لباسشویی، خرید سوپرمارکت، خدمات مراقبت شخصی (مانند کمک در رفتن به توالت، حمام کردن، آراستگی و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای ملاقات پزشکی، و نظارت مراقبتی برای افراد معلول ذهنی. سازمان‌های خدمات اجتماعی شهرستان، IHSS را اجرا می‌کنند.

بررسی پزشکی مستقل (IMR): اگر درخواست شما را برای خدمات یا درمان پزشکی قبول نکنیم، می‌توانید از ما درخواست تجدیدنظر کنید. اگر با تصمیم ما موافق نباشید و مشکل شما در مورد خدمات Medi-Cal باشد، از جمله منابع و داروهای DME، می‌توانید از سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California درخواست IMR کنید. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط پزشکانی است که بخشی از طرح سلامت ما نیستند. اگر تصمیم گیری IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را در اختیار شما قرار دهیم. شما هزینه‌ای بابت IMR پرداخت نمی‌کنید.

سازمان بازنگری مستقل (IRO): یک سازمان مستقل در استخدام Medicare که تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. این سازمان به ما وابستگی ندارد و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفتیم رست است یا خیر و یا باید تغییر کند یا خیر. Medicare بر فعالیت آن نظارت دارد. نام رسمی آن **نهاد بازنگری مستقل** است.

طرح مراقبت فردی (ICP یا Care Plan): طرحی برای خدماتی که دریافت خواهید کرد و چگونگی دریافت آنها. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و خدمات و حمایت‌های بلندمدت شود.

بیمار بستری: عبارت مورد استفاده برای مواقعی که به طور رسمی در بیمارستان برای خدمات پزشکی تخصصی پذیرفته شده‌اید. اگر به طور رسمی بستری نشده باشید، حتی اگر برای تمام شب در بیمارستان باشید ممکن است به عنوان بیمار سرپایی محسوب شوید، نه بستری.

D-SNP یکپارچه: یک طرح نیازهای ویژه دارای صلاحیت دوگانه که Medicare و بیشتر یا همه خدمات Medicaid را تحت یک طرح سلامت تحت پوشش قرار می‌دهد و برای گروهی از افرادی است که واجد شرایط هر دو طرح Medicare و Medicaid هستند. این افراد به عنوان افرادی که واجد شرایط مزایای کامل هردو طرح هستند شناخته می‌شوند.

بیوسیمیلار قابل تعویض: داروهای بیوسیمیلاری که می‌توانند در داروخانه جایگزین محصول اصلی شوند بدون اینکه نیاز به نسخه جدیدی باشد زیرا شرایط لازم اضافی مربوط به قابلیت جایگزینی خودکار را دارند. جایگزینی خودکار در داروخانه منوط به قوانین ایالتی است.

تیم مراقبت بین‌رشته‌ای (ICT یا تیم مراقبت): تیم مراقبتی متشکل از پزشکان، پرستاران، مشاوران و سایر متخصصان درمانی که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان دردسترس شما هستند. تیم مراقبتی شما برای ایجاد یک برنامه مراقبتی نیز به شما کمک خواهد کرد.

فهرستداروهای تحت پوشش (فهرست داروها): فهرستی از داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) که ما پوشش می‌دهیم. ما داروهای موجود در این لیست را با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. فهرست داروها حاوی اطلاعاتی در مورد هرگونه مقرراتی می‌باشد که لازم است برای دریافت داروهای خود از آن‌ها پیروی کنید. فهرست داروها گاهی «لیست دارو» خوانده می‌شود.

خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS): خدمات و حمایت‌های بلندمدت که به بهبود یک وضعیت سلامت بلندمدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند تا در خانه خودتان بمانید تا لازم نباشد که به مرکز پرستاری یا بیمارستان بروید. LTSS تحت پوشش طرح ما شامل خدمات مبتنی بر جامعه بزرگسالان (CBAS) می‌شود که به‌عنوان مراقبت‌های روزانه بزرگسالان، مراکز پرستاری (NF)، و حمایت‌های اجتماعی نیز شناخته می‌شود. برنامه‌های چشم‌پوشی IHSS و 1915(c) عبارتند از Medi-Cal LTSS که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

یارانه افراد کم درآمد (LIS): به «کمک اضافی» مراجعه کنید.

برنامه سفارش پستی: برخی از طرح‌ها ممکن است برنامه سفارش پستی ارائه دهند که امکان می‌دهد تا میزان حداکثر 3 ماه از داروهای تجویزی تحت پوشش شما مستقیماً به درب منزلتان ارسال شود. این ممکن است یک راه مقرون به صرفه و راحت برای دریافت نسخه‌هایی باشد که به طور منظم مصرف می‌کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

Medi-Cal: نام برنامه Medicaid ایالت California است. Medi-Cal توسط دولت ایالتی مدیریت می‌شود و هزینه آن توسط دولت‌های ایالتی و فدرال تأمین می‌شود.

- این برنامه به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت‌های بلندمدت و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند.
- این برنامه، خدمات اضافی و برخی داروهایی را که تحت پوشش Medicare نیستند پوشش می‌دهد.
- برنامه‌های Medicaid در هر ایالت متفاوت هستند اما اگر واجد شرایط Medicare و Medi-Cal باشید، اکثر هزینه‌های درمانی تحت پوشش هستند.

طرح‌های Medi-Cal: برنامه‌هایی که تنها مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند، از قبیل خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت، تجهیزات پزشکی و حمل‌ونقل. مزایای Medicare جدا هستند.

Medicaid (یا کمک‌هزینه پزشکی): برنامه اجراشده از سوی دولت فدرال و ایالتی که به افراد کم‌درآمد کمک می‌کند هزینه‌های خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت و هزینه‌های درمان را پرداخت کنند. Medi-Cal، برنامه Medicaid برای ایالت California است.

ضرورت پزشکی: لوازم یا داروهایی را که برای پیشگیری، تشخیص، یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامت فعلی خود نیاز دارید توصیف می‌کند. این شامل مراقبت‌هایی می‌شود که از مراجعه شما به بیمارستان یا مرکز پرستاری جلوگیری می‌کند. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته‌شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند. ضرورت‌های پزشکی به همه خدمات تحت پوششی اشاره دارد که استفاده از آن‌ها برای حفظ زندگی، جلوگیری از بیماری مهم یا معلولیت چشمگیر، یا تخفیف درد شدید از طریق تشخیص یا معالجه عارضه، بیماری، یا جراحت منطقی و لازم است.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 سال به بالا، بعضی افراد زیر 65 سال با معلولیت‌های خاص، و اشخاصی که مبتلا به بیماری کلیوی لاعلاج هستند (افراد مبتلا به نارسایی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارند). اشخاص عضو Medicare می‌توانند پوشش درمانی خود را از طریق Original Medicare یا برنامه مراقبت‌های مدیریت‌شده دریافت کنند (به «طرح سلامت» مراجعه کنید).

Medicare Advantage: یک برنامه Medicare که به آن «Medicare Part C» یا «MA» نیز گفته می‌شود و طرح‌های MA را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare به این شرکت‌ها هزینه‌ای پرداخت می‌کند تا مزایای Medicare شما را تحت پوشش قرار دهد.

شورای استیناف Medicare (شورا): شورایی که یک درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می‌کند. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

خدماتتحت پوشش Medicare: خدمات تحت پوشش Medicare Part A و Medicare Part B. همه طرح‌های سلامت Medicare، ازجمله طرح ما، باید همه خدماتی را که تحت پوشش Medicare Part A و Medicare Part B هستند پوشش دهند.

برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (MDPP): یک برنامه ساختارمند سلامتی برای تغییر رفتار که در زمینه تغییر درازمدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت فیزیکی، و استراتژی‌های غلبه بر چالش‌های کاهش مستمر وزن و سبک زندگی سالم آموزش می‌دهد.

عضو Medicare-Medi-Cal: شخصی که برای پوشش Medicare و Medicaid واجد شرایط است. شخص ثبت‌نام‌شده در Medicare- Medicaid «شخص واجد شرایط دوگانه» نیز خوانده می‌شود.

Medi-Medi Plan: Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plani) نوعی طرح Medicare Advantage است. این برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح با هم ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات را در هر دو برنامه هماهنگ می‌کند، ازجمله خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal.

Medicare Part A: برنامه Medicare که بیشتر مراقبت‌های بیمارستانی، مرکز پرستاران باتجربه، مراقبت بهداشتی در خانه و مراقبت آسایشگاهی بیماران رو به مرگ که دارای ضرورت پزشکی باشند را پوشش می‌دهد.

Medicare Part B: برنامه Medicare که خدمات (تست‌های آزمایشگاهی، جراحی، و ویزیت‌های پزشک) و لوازم (از قبیل صندلی چرخ‌دار و واکر) دارای ضرورت پزشکی برای درمان بیماری یا عارضه را تحت پوشش قرار می‌دهد. Medicare Part B بسیاری از خدمات پیشگیرانه و غربالگری را نیز پوشش می‌دهد.

Medicare Part C: برنامه Medicare، همچنین به عنوان «Medicare Advantage» یا «MA» شناخته می‌شود که به شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق MA Plan ارائه کنند.

Medicare Part D: برنامه مزایای داروهای تجویزی Medicare. (ما این برنامه را به طور مختصر «Part D» می‌نامیم.) Medicare Part D داروهای تجویزی بیماران سرپایی، واکسن‌ها و برخی لوازمی که تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B یا Medicaid نیستند را پوشش می‌دهد. طرح ما Medicare Part D را شامل می‌شود.

داروهای Medicare Part D: داروهایی که تحت پوشش Medicare Part D هستند. کنگره مشخصاً دسته‌های خاصی از داروها را از پوشش Medicare Part D خارج کرده است. Medi-Cal ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

مدیریت درمان دارویی (MTM): یک گروه متمایز از خدمات یا گروهی از خدمات ارائه شده توسط ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله داروسازان، برای اطمینان از بهترین نتایج درمانی برای بیماران.
برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5، بخش G2** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

عضو (عضو طرح ما یا عضو طرح): شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده، در طرح سلامت ما ثبت‌نام شده، و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

***دفترچه راهنمای اعضا* و افشای اطلاعات:** این مدرک به همراه فرم عضویت و هرگونه مطالب پیوست، الحاقیه، یا سایر اسناد پوشش اختیاری است که پوشش بیمه شما و آنچه باید انجام دهید، حقوق شما، و آنچه را به عنوان عضوی از طرح ما باید انجام دهید توصیف می‌کند.

خدمات اعضا: مرکزی در طرح ما که مسئول پاسخگویی به سؤالات شما در مورد عضویت، مزایا، شکایات، و تجدیدنظرخواهی‌ها است.
برای اطلاعات بیشتر در مورد «خدمات اعضا»، به **فصل 2، بخش A** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

داروخانه شبکه: داروخانه‌ای که پذیرفته است تا نسخه‌ها را برای اعضای طرح ما بپیچد. به این دلیل به آن‌ها «داروخانه‌های شبکه» می‌گوییم که موافقت کرده‌اند با طرح ما همکاری کنند. در اکثر مواقع، ما هزینه نسخه‌ها را صرفاً در صورتی پرداخت می‌کنیم که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما تهیه شده باشد.

ارائه‌دهنده شبکه: «ارائه‌دهنده» یک اصطلاح عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران، و سایر اشخاصی استفاده می‌کنیم که خدمات و مراقبت به شما ارائه می‌کنند. این عبارت شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های مراقبت خانگی، درمانگاه‌ها و سایر مکان‌هایی که خدمات مراقبت درمانی، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت‌های بلندمدت را در اختیار شما قرار می‌دهند نیز می‌شود.

- این ارائه‌دهندگان دارای گواهینامه یا مجوز از سوی Medicare و دولت ایالتی برای ارائه خدمات مراقبت درمانی هستند.

- زمانی که موافقت کنند با طرح درمانی همکاری کرده، پرداخت ما را بپذیرند و مبلغ بیشتری از اعضای ما مطالبه نکنند، ما به آنها "ارائه دهندگان شبکه" میگوییم.
- مادامی که عضو طرح ما هستید، باید از ارائهدهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید. ارائهدهندگان شبکه «ارائهدهندگان طرح» نیز خوانده میشوند.

مرکز یا خانه سالمندان: مکانی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم میکند که نمیتوانند در خانه خودشان مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

دفتر بازرسی: دفتری در ایالت شما است که به عنوان وکیل از طرف شما فعالیت دارد. اگر مشکل یا شکایتی دارید آنها میتوانند به شما کمک کنند متوجه شوید که باید چه کاری انجام دهید. خدمات بازرسی رایگان است. اطلاعات بیشتر را میتوانید در **فصل 2، بخش I** و **فصل 9، بخش B** دفترچه *راهنمای اعضا* پیدا کنید.

تصمیم سازمان: هنگامی که طرح ما یا یکی از ارائه دهندگان ما درباره اینکه آیا خدماتی تحت پوشش قرار بگیرند یا نه و اینکه شما چه مقدار باید برای خدمات تحت پوشش پرداخت کنید تصمیمی میگیریم در واقع به آن تصمیم سازمان گفته میشود.
تعیینهای سازمانی با عنوان "تصمیمهای مربوط به پوشش دهی" عنوان شده اند. **فصل 9، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* درباره تصمیمات مربوط به پوششدهی توضیح میدهد.

محصول بیولوژیکی اصلی: محصولی بیولوژیکی که توسط Food and Drug Administration (FDA) تأیید شده و بهعنوان مدل مقایسهای برای سازندگانی که نسخه بیوسیمیلار میسازند استفاده میشود. به آن محصول مرجع نیز گفته میشود.

Original Medicare (Medicare استاندارد یا Medicare هزینه به ازای خدمات): دولت طرح Original Medicare را ارائه میکند. به موجب Original Medicare، خدمات از طریق پرداخت به پزشکان، بیمارستانها و سایر ارائهدهندگان مراقبت به میزان مشخصشده توسط کنگره تحت پوشش قرار میگیرند.

- میتوانید نزد هر پزشک، بیمارستان یا ارائهدهنده مراقبت درمانی دیگری که Medicare را قبول میکند بروید. Original Medicare دارای دو بخش است: Medicare Part A (بیمه بیمارستانی) و Medicare Part B (بیمه درمانی).
- Original Medicare در هر کجای ایالات متحده در دسترس میباشد.
- اگر نمیخواهید در طرح ما باشید، میتوانید Original Medicare را انتخاب کنید

داروخانه خارج از شبکه: داروخانهای که موافقت نکرده است تا با طرح ما برای هماهنگسازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما همکاری کند. طرح ما بیشتر داروهایی را که از داروخانههای خارج از شبکه دریافت میکنید پوشش نمیدهد، مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

ارائهدهنده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائهدهنده یا مرکزی که تحت استخدام، مالکیت، یا اداره طرح سلامت ما نیست و برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای برنامه ما قرارداد ندارد. **فصل 3، بخش D4** دفترچه *راهنمای اعضا* ارائهدهندگان یا مراکز خارج از شبکه را توضیح میدهد.

داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه به هر نوع دارویی گفته میشود که فرد بدون داشتن نسخه از پزشک میتواند آنها را تهیه کند.

قسمت A: به «Medicare Part A» مراجعه کنید.

قسمت B: به «Medicare Part B» مراجعه کنید.

قسمت C: به «Medicare Part C» مراجعه کنید.

قسمت D: به «Medicare Part D» مراجعه کنید.

داروهای قسمت D: به «داروهای Medicare Part D» مراجعه کنید.

اطلاعات سلامت شخصی (اطلاعات سلامت محافظتشده نیز نامیده میشود) (PHI): اطلاعات مربوط به شما و سلامت شما، مانند نام، نشانی، شماره تأمین اجتماعی، مراجعهها به پزشک، و سابقه پزشکیتان. به منظور اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و واگذاری PHI شما توسط Molina Dual Options به علاوه حقوق شما در رابطه با PHI شما به روالهای اعلامیه محرمانگی مراجعه کنید.

ارائهدهنده مراقبتهای اولیه (PCP): پزشک یا سایر ارائهدهندگانی که پیش از سایرین برای اغلب مشکلات سلامت شما را ویزیت می کنند. آنها مطمئن میشوند که مراقبت لازم را برای حفظ سلامتی خود دریافت کنید.

- آنها ممکن است با پزشکان و ارائهدهندگان مراقبت درمانی دیگری در مورد مراقبت از شما مشورت کنند یا شما را به آنها ارجاع کنند.
- در بسیاری برنامههای درمانی Medicare، شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائهدهنده درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائهدهنده مراقبتهای اولیه خود بروید.
- برای کسب اطلاعات درباره دریافت مراقبت از ارائهدهندگان مراقبتهای اولیه، به **فصل 3، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

مجوز قبلی (PA): مجوزی که قبل از دریافت خدمات یا داروی خاص یا مراجعه به ارائهدهنده خارج از شبکه باید آن را از ما دریافت کنید. در صورت عدم دریافت تأییدیه از قبل، ممکن است طرح ما این خدمات یا داروها را تحت پوشش قرار ندهد.

طرح ما برخی از خدمات پزشکی شبکه را فقط در صورتی پوشش میدهد که پزشک یا ارائهدهنده شبکه دیگر از ما PA (مجوز قبلی) دریافت کند.

- خدمات تحت پوششی که نیاز به PA از طرح ما دارند، در **فصل 4** دفترچه *راهنمای اعضا* مشخص شدهاند.

طرح ما فقط در صورت دریافت مجوز قبلی از ما، برخی از داروها را پوشش میدهد.

- داروهای تحت پوششی که نیاز به داشتن PA از طرح ما دارند، در *فهرست داروهای تحت پوشش* مشخص شدهاند و قوانین مربوط به آنها در وبسایت ما قرار دارد.

برنامه مراقبت جامع برای سالمندان (PACE): برنامهای که مزایای Medicare و Medicaid را باهم برای افراد 55 ساله و بالاتر که برای زندگی در خانه به مراقبت سطح بالاتر نیاز دارند پوشش میدهد.

پروتز و اورتز: لوازم پزشکی توصیهشده توسط پزشک یا سایر ارائهدهندگان مراقبت از سلامت که برخی از آنها عبارتند از بریسهای بازو، کمر و گردن؛ اعضای مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و لوازم مورد نیاز برای جایگزینی عضو داخلی یا عملکرد داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و درمان تغذیه با لوله انترال و پارنترال.

سازمان بهبود کیفیت (QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصان درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت برای اعضای Medicare کمک میکنند. دولت فدرال برای بررسی و بهبود مراقبتهای ارائه شده به بیماران به QIO پول میپردازد. برای کسب اطلاعات درباره QIO، به **فصل 2، بخش F** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

محدودیت مقدار: محدودیت در مقدار دارویی که میتوانید دریافت کنید. ما ممکن است مورد مقدار دارویی که در هر نسخه تحت پوشش قرار میدهیم را محدود کنیم.

ابزار آنلاین اطلاع از مزایا: پورتال یا برنامهای کامپیوتری که در آن اعضا میتوانند همه اطلاعات مربوط به داروها و مزایای تحت پوشش فرد ثبتنام شده را به صورت کامل، دقیق، بهموقع، و مناسب از نظر بالینی ببینند. این اطلاعات شامل مبالغ تسهیم هزینه، داروهای جایگزین که برای

همان عارضه پزشکی مورد نظر داروی تجویزی قابل استفاده‌اند، و محدودیت‌های پوشش مورداعمال برای داروهای جایگزین (مجوز قبلی، درمان مرحله‌ای، محدودیت مقدار) می‌شوند.

ارجاع: به تأییدیه ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما یا تأییدیه ما برای استفاده از ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP شما گفته می‌شود. اگر ابتدا تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را تحت پوشش قرار ندهیم. برای ویزیت توسط بعضی متخصصان خاص مثل متخصص زنان نیازی به ارجاع ندارید. اطلاعات بیشتر درباره ارجاع را می‌توانید در **فصل 3، بخش B** و **فصل 4، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* مشاهده کنید.

خدمات توانبخشی: درمانی که دریافت می‌کنید تا از بیماری، سانحه، یا جراحی عمده بهبود پیدا کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره خدمات توانبخشی، به **فصل 4، بخش D** دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، بیماری‌های مقاربتی (STI)، بیماری‌های HIV/AIDS، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت، و خشونت شریک جنسی.

منطقه خدماتی: یک منطقه جغرافیایی که طرح سلامت چنانچه عضویت را بر اساس محل زندگی اشخاص محدود کند، اعضای ساکن آن منطقه را می‌پذیرد. در مورد طرح‌هایی که استفاده شما از پزشکان یا بیمارستان‌ها را محدود می‌کند، به صورت کلی منطقه ای که می‌توانید خدمات روتین (غیر اضطراری) را دریافت کنید. فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند در طرح ما ثبت‌نام کنند.

مرکز پرستاران باتجربه (SNF): یک مرکز پرستاری تخصصی با پرسنل و تجهیزات برای ارائه خدمات پرستاری حرفه‌ای و در اکثر موارد خدمات بازپروری حرفه‌ای و سایر خدمات درمانی مربوطه.

مراقبت در مرکز پرستاران باتجربه (SNF): خدمات توانبخشی و مراقبت حرفه‌ای ارائه‌شده به صورت پیوسته و روزانه در یک مرکز مراقبت‌های تخصصی. نمونه‌های مراقبت در مرکز پرستاران باتجربه شامل
فیزیوتراپی یا تزریقات وریدی (IV) است که توسط یک پرستار یا پزشک دارای پروانه انجام می‌شود.

متخصص: پزشکی که برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن مراقبت درمانی ارائه می‌کند.

داروخانه تخصصی: جهت اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های تخصصی، به **فصل 5**، بخش A5 دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک یا ارائه‌دهنده‌ای دیگر درخواست خدمات Medi-Cal دارد که ما تأیید نمی‌کنیم یا اگر ما دیگر هزینه خدمات Medi-Cal را که قبلاً دریافت کرده‌اید پرداخت نکنیم، شما از این حق برخوردارید که درخواست دادرسی ایالتی کنید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم.

درمان مرحله‌ای: یک مقررات پوشش‌دهی که بر اساس آن ابتدا باید قبل از اینکه داروی مورد نظرتان را تحت پوشش قرار دهیم ابتدا دارویی دیگر را امتحان کنید.

درآمد مکمل تأمین اجتماعی (SSI): مزایای ماهانه خدمات اجتماعی که به اشخاصی پرداخت می‌شود که درآمد و منابع مالی محدود داشته و معلول، نابینا، یا 65 ساله یا بالاتر هستند. مزایای SSI مشابه مزایای تأمین اجتماعی نیستند.

مراقبت‌های فوری ضروری: مراقبتی که برای بیماری، مصدومیت، یا عارضه ناگهانی دریافت می‌کنید که اضطراری نیست ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. زمانی که نمی‌توانید به یک ارائه‌دهنده شبکه دسترسی پیدا کنید، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه خدمات فوریذ ضروری دریافت کنید، مشروط بر اینکه با توجه به شرایط شما، دریافت خدمات از ارائه‌هندگان شبکه ممکن نباشد یا غیرمنطقی باشد (برای مثال، زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح هستید و به خدمات فوری مورد نیاز پزشکی برای یک وضعیت بی‌سابقه نیاز دارید، ولی وضعیت اورژانس پزشکی نیست).

اعلامیه عدم تبعیض

تبعیض خلاف قانون است. Wellcare By Health Net از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. Wellcare By Health Net بر مبنای جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، قومیت، ملیت، گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت سلامت، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، یا تمایلات جنسی افراد را برخلاف قانون مورد تبعیض قرار نمی‌دهد یا با آن‌ها رفتار متفاوتی ندارد.

Wellcare By Health Net این موارد 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 8 شب با ما تماس بگیرید. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، می‌توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری و در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات رسمی از سیستم پیام‌رسان استفاده می‌شود. اگر نمی توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، **لطفاً با TTY** به شماره 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 شکایت‌نامه

اگر فکر میکنید Wellcare By Health Net نتوانسته است این خدمات را ارائه کند یا به روشی دیگر براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، قومیت، ملیت، گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی فیزیکی، وضعیت سلامت، اطلاعات ژنتیک، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، یا تمایلات جنسی به طرز غیرقانونی تبعیض قائل شده است، میتوانید به ثبت شکایتنامه خود در «خدمات اعضا» اقدام کنید. می توانید شکایت‌نامه خود را از طریق تلفن، به صورت کتبی، حضوری یا الکترونیکی ثبت کنید:

- **از طریق تلفن:** از طریق تلفن با هماهنگ‌کننده حقوق مدنی Wellcare By Health Net به شماره **1-866-458-2208** تماس بگیرید. از 8 صبح تا 5 بعدازظهر، روزهای دوشنبه تا جمعه. یا اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با **TTY 711** تماس بگیرید.
- **به‌صورت کتبی:** فرم شکایت‌نامه را پر کنید یا نامه‌ای 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 یا دفتر Wellcare By Health Net مراجعه کنید و بگویید که می‌خواهید ثبت شکایت‌نامه انجام دهید.
- **الکترونیکی:** به وب‌سایت Wellcare By Health Net در این نشانی مراجعه کنید: **wellcare.com/healthnetCA**.

H3561_WCM_161914E_C HC Internal Approved 07112024
NA5WCMINS61916M_HCNN 07/24

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

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

- **با تلفن:** با شماره **1-916-440-7370** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با **TTY 711 (سرویس رله ارتباطی)** تماس بگیرید.
- **کتبی:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به این نشانی 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

  فرم های شکایت در این نشانی دردسترسند: **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**
- **الکترونیکی:** ارسال به ایمیل **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

اگر فکر می‌کنید بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، ناتوانی، یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید از طریق تلفن، به‌صورت کتبی، یا الکترونیکی شکایت‌نامه حقوق مدنی به U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ارسال کنید.

- **از طریق تلفن:** با شماره **1-800-368-1019** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با **TTY/TDD 1-800-537-7697** تماس بگیرید.
- **به‌صورت کتبی:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به این نشانی 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 نشانی **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html** دردسترسند.
- **به صورت الکترونیکی:** به پورتال ارائه شکایت Office for Civil Rights در این نشانی مراجعه کنید:
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

خدمات اعضای Wellcare by Health Net

تلفن تماس	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه کنید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف مدت یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. همچنین خدمات ترجمه رایگان خدمات اعضا برای غیرانگلیسی‌زبانان قابل دسترسی است.
TTY	711. این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه کنید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف مدت یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت.
با این آدرس مکاتبه کنید:	Wellcare By Health Net PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658
وب‌سایت	www.wellcare.com/healthnetCA

این صفحه عمداً خالی گذاشته شده است

این صفحه عمداً خالی گذاشته شده است

این صفحه عمداً خالی گذاشته شده است