1 ژانویه تا 31 دسامبر 2027

گواهی پوشش دهی برای سال 2027:

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

این سند جزئیات پوشش درمانی و دارویی Medicare شما را از 1 ژانویه تا 31 دسامبر 2027 ارائه می‌دهد.
این یک سند حقوقی مهم است. لطفاً آن را در محل امنی نگه دارید.

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

- حق بیمه طرح و تسهیم هزینه
- مزایای پزشکی و داروهای تجویزی
- اگر نسبت به خدمات یا درمانی رضایت نداشته باشید چطور شکایت کنید
- چگونه با ما تماس بگیرید
- سایر محافظت‌های ایجاد شده تحت قانون Medicare

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

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ارائه‌شده توسط HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC.
هرگاه در این *شواهد پوشش* از واژه‌های «ما» استفاده می‌شود، منظور HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC. است. هر زمان که از واژه «طرح» استفاده شود، منظور Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) است.

این سند به‌رایگان به زبان‌های اسپانیایی، عربی، کره‌ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی، فارسی و چینی دردسترس است. می‌توانیم مطالب را به زبانی غیر از انگلیسی (علاوه بر زبان(های) موجود در فهرست بالا) یا در قالبی جایگزین (مانند خط بریل، فایل صوتی یا چاپ با حروف بزرگ) برای شما ارسال کنیم. اگر به اطلاعات طرح به فرمتی دیگر نیاز دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

ممکن است مزایا، فرانشیز، و/یا پرداخت‌های مشترک/بیمه مشترک در 1 ژانویه 2028 تغییر کند.

دارونامه، شبکه داروخانه، و/یا شبکه ارائه‌دهنده ممکن است در هر زمان تغییر کند. در مورد هر گونه تغییری که حداقل 30 روز قبل از آن بر شما تاثیر می‌گذارد، اطلاع خواهید یافت.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)
7108212_CA7CNCEOCFAR_M_0009
H3561009000

براساس مرور «مدل مراقبت»، Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) توسط «کمیته ملی تضمین کیفیت» (NCQA) برای اجرای «طرح نیازهای ویژه» (SNP) تا سال 2027 به تأیید رسیده است.

فهرست مطالب

فصل 1: شروع به‌عنوان عضو 5

بخش 1 شما عضو Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) هستید..... 5

بخش 2 الزامات واجدشرایط بودن برای طرح..... 6

بخش 3 انتظارات شما هنگامی که برای اولین بار عضو طرح درمانی می‌شوید 8

بخش 4 مطالب مهم عضویت 9

بخش 5 خلاصه هزینه‌های مهم برای سال 2027 11

بخش 6 اطلاعات بیشتر درباره حق بیمه ماهانه طرح..... 16

بخش 7 سوابق عضویت خود در طرح را به‌روز نگه دارید..... 16

بخش 8 نحوه همکاری بیمه‌های دیگر با طرح ما 17

فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع 19

بخش 1 تماس با طرح ما 19

بخش 2 دریافت کمک از Medicare 24

بخش 3 برنامه کمک بیمه سلامت ایالتی (SHIP)..... 26

بخش 4 سازمان بهبود کیفیت (QIO) 26

بخش 5 تأمین اجتماعی 27

بخش 6 Medicaid..... 28

بخش 7 برنامه‌های کمک به افراد برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی..... 30

بخش 8 هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB)..... 33

بخش 9 اگر بیمه گروهی یا سایر بیمه‌های سلامت را از کارفرما دارید..... 34

فصل 3: استفاده از طرح برای خدمات پزشکی و سایر خدمات تحت پوشش..... 35

بخش 1 اطلاعاتی که باید درباره دریافت خدمات درمانی پزشکی و سایر خدمات به عنوان عضو طرح ما داشته باشید..... 35

بخش 2 برای دریافت خدمات مراقبت پزشکی و سایر خدمات از ارائه دهندگان درون شبکه طرح استفاده کنید..... 37

بخش 3 نحوه دریافت خدمات در مواقع اضطراری، در زمان بروز بلایا یا نیاز به خدمات فوری پزشکی 42

بخش 4 اگر برای کل هزینه خدمات مستقیماً برایتان صورتحساب صادر شد باید چه کار کنید؟..... 44

بخش 5 خدمات پزشکی در یک مطالعه پژوهشی بالینی 45

فهرست مطالب

بخش 6 قوانین مربوط به دریافت خدمات مراقبتی در مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی 46

بخش 7 قوانین مربوط به مالکیت تجهیزات پزشکی بادوام 47

فصل 4: نمودار مزایای پزشکی (چه چیزی تحت پوشش است) 49

بخش 1 آشنایی با خدمات تحت پوشش 49

بخش 2 نمودار مزایای پزشکی شامل مزایا و هزینه های پزشکی شما است 50

بخش 3 خدمات تحت پوشش خارج از طرح 105

بخش 4 خدماتی که تحت پوشش برنامه ما نیستند (موارد استثنا) 105

فصل 5: استفاده از پوشش این طرح برای داروهای قسمت D 109

بخش 1 قوانین اولیه برای پوشش داروی قسمت D در طرح 109

بخش 2 دریافت داروی نسخه در داروخانه شبکه یا از طریق خدمات سفارش پستی طرح 110

بخش 3 داروهایتان باید در فهرست داروهای طرح باشند 114

بخش 4 داروهایی با محدودیت پوشش دهی 116

بخش 5 اگر یکی از داروها طوری که می خواهید پوشش داده نشود چه کاری می توانید انجام دهید 117

بخش 6 فهرست داروها ممکن است در طول سال تغییر کند 120

بخش 7 انواع داروهایی که ما پوشش نمی دهیم 122

بخش 8 دریافت نسخه‌های تجویزی در نسخه 123

بخش 9 پوشش داروی قسمت D در شرایط خاص 123

بخش 10 برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها 125

فصل 6: آنچه برای داروهای تجویزی قسمت D می‌پردازید 127

فصل 1: آنچه برای داروهای تجویزی قسمت D می‌پردازید 127

بخش 2 مراحل پرداخت هزینه دارو برای اعضای طرح ما 129

بخش 3 *توضیح مزایای قسمت D* در مورد مرحله پرداختی که در آن هستید توضیح می دهد 130

بخش 4 مرحله فرانشیز 131

مرحله 5 مرحله پوشش اولیه 132

مرحله 6 مرحله پوشش وضعیت بحرانی 139

بخش 7 برای واکسیناسیون قسمت D چقدر پرداخت می‌کنید 140

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم هزینه از مبلغ صورت‌حساب‌هایی که برای خدمات پزشکی یا داروهای تحت پوشش دریافت می‌کنید 142

بخش 1 شرایطی که در آن باید از ما درخواست کنید هزینه خدمات یا داروهای تحت پوشش شما را پرداخت کنیم..... 142

بخش 2 نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت یا پرداخت صورتحسابی که قبلاً دریافت کرده اید 145

بخش 3: درخواست پرداخت شما را بررسی و آن را تأیید یا رد خواهیم کرد 146

فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما 147

بخش 1 طرح ما باید به حقوق و حساسیت‌های فرهنگی شما به‌عنوان عضو طرح احترام بگذارد..... 147

بخش 2 مسئولیت‌های شما به عنوان عضو برنامه..... 158

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم پوشش‌دهی، درخواست تجدیدنظر، شکایت) 160

بخش 1 اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری باید انجام دهید 160

بخش 2 از کجا می‌توانید اطلاعات بیشتر و کمک شخصی دریافت کنید..... 161

بخش 3 برای مشکل شما از کدام فرآیند استفاده می شود 162

بخش 4 رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicare 162

بخش 5 راهنمای اصول اولیه تصمیم پوشش‌دهی و تجدیدنظر 163

بخش 6 مراقبت پزشکی: نحوه درخواست تصمیم پوشش‌دهی یا درخواست تجدیدنظر..... 166

بخش 7 داروهای قسمت D شما: نحوه درخواست تصمیم پوشش‌دهی یا درخواست تجدیدنظر..... 173

بخش 8 اگر فکر می‌کنید پزشک شما را خیلی زود از بیمارستان مرخص کرده است، در این بخش نحوه درخواست از ما برای پوشش دادن دوره بستری شدن طولانی تر در بیمارستان توضیح داده می شود..... 183

بخش 9 نحوه درخواست از ما برای حفظ پوشش خدمات پزشکی خاص در صورتی که فکر می کنید پوششتان خیلی زود تمام می شود 187

بخش 10 انتقال تجدیدنظر به سطح 3، 4 و 5..... 191

بخش 11 نحوه ارسال شکایت درباره کیفیت مراقبت، زمان انتظار، خدمات مشتری، و سایر نگرانی‌ها..... 194

بخش 12 رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای California Medi-Cal (Medicaid)..... 198

فصل 10: پایان دادن به عضویت در طرح ما 199

بخش 1 پایان دادن به عضویتتان در طرح ما 199

فهرست مطالب

بخش 2 چه زمانی می‌توانید به عضویت‌تان در طرح ما خاتمه دهید؟ 199

بخش 3 نحوه پایان دادن به عضویتتان در طرح ما 202

بخش 4 تا زمانی که عضویت شما تمام نشده است، باید همچنان خدمات و اقلام پزشکی و داروها را از طریق طرح ما دریافت کنید 203

بخش5 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) باید به عضویت برنامه شما در شرایط خاص پایان دهد 204

فصل 11: اعلامیه‌های حقوقی 206

بخش 1 اعلامیه درباره قانون جاری 206

بخش 2 اطلاعیه درباره عدم تبعیض 206

بخش 3 اعلامیه درباره حقوق Medicare در مورد جایگزینی پرداخت‌کننده دوم 206

بخش 4 بازیابی مزایای پرداخت‌شده توسط طرح ما تحت طرح Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) شما 207

بخش 5 کارت عضویت 209

بخش 6 پیمانکارهای مستقل 209

بخش 7 تقلب در طرح مراقبت از سلامت 209

بخش 8 شرایطی که تحت کنترل طرح نباشد 210

فصل 12: تعریف واژه ها 211

فصل 1:
شروع به‌عنوان عضو

بخش 1 شما عضو Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) هستید

بخش 1.1 شما در Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ثبت‌نام کرده‌اید که یک طرح نیازهای ویژه Medicare است.

شما تحت پوشش هر دو برنامه Medicare و California Medi-Cal (Medicaid) هستید:

- **Medicare** برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 سال یا بیشتر، برخی افراد زیر 65 سال دارای معلولیت‌های خاص و افراد مبتلا به بیماری کلیوی لاعلاج (نارسایی کلیه) است.
- **Medicaid** برنامه‌ای مشترک میان دولت فدرال و دولت ایالتی است که به پرداخت هزینه‌های پزشکی برخی افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند. پوشش Medicaid بسته به ایالت و نوع Medicaid شما متفاوت است. برخی از افراد دارای Medicaid برای پرداخت حق بیمه Medicare و سایر هزینه‌های خود کمک دریافت می‌کنند. برخی دیگر نیز برای خدمات و داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند، پوشش دریافت می‌کنند.

شما دریافت خدمات درمانی Medicare و پوشش داروهای تجویزی خود را از طریق طرح Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) انتخاب کرده‌اید. طرح ما کلیه خدمات قسمت A و قسمت B را پوشش می دهد. بااین‌حال، میزان مشارکت در هزینه‌ها و دسترسی به ارائه‌دهندگان در طرح ما با Original Medicare متفاوت است.

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) یک طرح تخصصی Medicare Advantage (از نوع طرح نیازهای ویژه Medicare) است؛ یعنی مزایای آن برای افراد دارای نیازهای ویژه مراقبت‌های سلامت طراحی شده است. Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) برای افرادی طراحی شده است که دارای Medicare هستند و حق دارند از California Medi-Cal (Medicaid) کمک بگیرند.

از آنجا که California Medi-Cal (Medicaid) در پرداخت سهم هزینه‌های Medicare Part A و Part B (فرانشیز، پرداخت مشترک و بیمه مشترک) به شما کمک می‌کند، ممکن است بابت خدمات Medicare خود هیچ هزینه‌ای پرداخت نکنید. California Medi-Cal (Medicaid) همچنین ممکن است با پوشش خدمات درمانی که معمولاً تحت پوشش Medicare نیستند، مزایای دیگری نیز ارائه دهد. همچنین برای پرداخت هزینه داروهای Medicare خود، extra help (کمک اضافی) را از Medicare دریافت خواهید کرد. طرح ما به شما کمک می‌کند همه این مزایا را مدیریت کنید تا خدمات درمانی و کمک‌های مالی استحقاقی خود را دریافت کنید.

طرح ما توسط یک شرکت خصوصی اداره می‌شود. مانند تمام طرح‌های Medicare Advantage، این طرح نیازهای ویژه Medicare توسط Medicare تایید شده است. طرح ما همچنین با برنامه California Medicaid قرارداد دارد تا مزایای California Medi-Cal (Medicaid) شما را هماهنگ کند. ما خوشحالیم که پوشش Medicare شما از جمله پوشش دارو را ارائه می دهیم.

بخش 1.2 اطلاعات حقوقی درباره *شواهد پوشش*

این *گواهی پوشش‌دهی* بخشی از قرارداد ما با شما در مورد نحوه پوشش خدمات درمانی شما توسط طرح ما است. سایر بخش‌های این قرارداد شامل فرم ثبت‌نام شما، *فهرست داروهای تحت پوشش* (دارونامه)، و هرگونه اطلاعیه‌ای است که درباره تغییرات پوشش یا شرایط مؤثر بر پوشش خود از ما دریافت می‌کنید. این اطلاعیه‌ها گاهی *الحاقیه* یا *اصلاحیه نامیده* می‌شوند.

این قرارداد برای ماه‌هایی که از 1 ژانویه 2027 تا 31 دسامبر 2027 در طرح ما ثبت‌نام هستید معتبر است.

Medicare به ما این امکان را می دهد که تغییراتی را در برنامه های خود که هر سال ارائه می دهیم ایجاد کنیم. این بدان معناست که می‌توانیم پس از 31 دسامبر 2027 هزینه‌ها و مزایای طرح خود را تغییر دهیم. همچنین می‌توانیم پس از 31 دسامبر 2027 ارائه این طرح را در منطقه خدماتی شما متوقف کنیم.

Medicare (مراکز خدمات Medicare و Medicaid) و California Medi-Cal (Medicaid) باید طرح ما را تأیید کنند. تازمانی‌که ما به ارائه این طرح ادامه دهیم و Medicare و California Medi-Cal (Medicaid) تأیید طرح ما را تمدید کنند، می‌توانید هر سال به‌عنوان عضو طرح ما پوشش Medicare خود را ادامه دهید.

بخش 2 الزامات واجدشرایط بودن برای طرح

بخش 2.1 الزامات واجدشرایط بودن

شما تا زمانی که تمام این شرایط را داشته باشید واجد شرایط عضویت در برنامه ما هستید:

- هم Medicare Part A و هم Medicare Part B را داشته باشید.
- در منطقه خدمات جغرافیایی ما زندگی کنید (در بخش 2.3 توضیح داده شده است). افرادی که زندانی هستند، حتی اگر از نظر فیزیکی در منطقه جغرافیایی خدماتی حضور داشته باشند، ساکن آن منطقه محسوب نمی‌شوند.
- شهروند ایالات متحده یا دارای ملیت ایالات متحده باشید یا یک غیر شهروند واجد شرایط باشید.
- شرایط ویژه واجدشرایط بودن که در ادامه توضیح داده شده است را داشته باشید.

الزامات ویژه صلاحیت برای طرح ما

طرح ما برای برآورده کردن نیازهای افرادی طراحی شده است که از برخی مزایای Medicaid بهره‌مند هستند. (Medicaid برنامه‌ای مشترک میان دولت فدرال و دولت ایالتی است که به پرداخت هزینه‌های پزشکی برخی افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند.) برای واجد شرایط بودن جهت عضویت در طرح ما، باید واجد شرایط Medicare و همچنین دریافت کمک برای پرداخت تسهیم هزینه‌ها از طریق مزایای کامل Medicaid تحت برنامه California Medi-Cal (Medicaid) باشید.

توجه: اگر واجد شرایط بودن خود برای California Medi-Cal (Medicaid) را از دست بدهید، اما به‌طور منطقی انتظار رود که در مدت 3 ماه دوباره واجد شرایط شوید، همچنان واجد شرایط عضویت در طرح خواهید بود. فصل 4، بخش 2 درباره پوشش و سهم پرداختی شما در این دوره توضیح می‌دهد.

بخش 2.2 Medicaid

Medicaid یک برنامه مشترک دولت فدرال و ایالتی است که به پرداخت هزینه‌های پزشکی برخی افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند. هر ایالت تعیین می‌کند چه مواردی درآمد و منابع محسوب می‌شوند، چه کسانی واجد شرایط هستند، چه خدماتی تحت پوشش قرار می‌گیرند و هزینه خدمات چگونه خواهد بود. ایالت‌ها همچنین می‌توانند، تا زمانی که از دستورالعمل‌های فدرال پیروی کنند، درباره نحوه اجرای برنامه خود تصمیم بگیرند.

علاوه بر این، Medicaid برنامه‌هایی نیز برای کمک به افراد در پرداخت هزینه‌های Medicare، مانند حق بیمه Medicare، ارائه می‌دهد. این «برنامه های پس انداز Medicare» به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می کند تا هر سال در هزینه خود صرفه جویی کنند:

- **ذی‌نفع واجدشرایط Medicare Plus (QMB+):** به پرداخت حق بیمه های Medicare Part A و Part B و سایر تسهیم هزینه ها (مانند فرانشیزها، بیمه مشترک، و پرداخت های مشترک) کمک می کند. افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.
- مزایای اضافی Medicare برای افراد کم‌درآمد یا **ذینفع مشخص‌شده کم‌درآمد Medicare Plus (SLMB+):** به پرداخت حق بیمه قسمت B کمک می‌کند. افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.
- **واجدشرایط کامل دوگانه (FBDE):** ممکن است Medicaid حق بیمه‌های Medicare Part A و Part B و سایر مبالغ تسهیم هزینه (مانند فرانشیز، بیمه مشترک و پرداخت مشترک) شما را پرداخت کند. افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.

بخش 2.3 منطقه خدماتی طرح برای Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

طرح Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) فقط برای افرادی در دسترس است که در منطقه خدماتی طرح ما زندگی می‌کنند. برای اینکه عضو طرح ما باقی بمانید، باید همچنان در منطقه خدماتی طرح ما زندگی کنید. منطقه خدماتی در زیر توضیح داده شده است.

منطقه خدماتی ما شامل این کانتی‌ها در California است: Imperial، Kern، Orange، Placer، Riverside، San Bernardino، San Diego و San Francisco.

اگر قصد دارید به ایالتی جدید نقل مکان کنید، باید با دفتر ایالتی Medicaid تماس بگیرید و بپرسید که چگونه این جابه‌جایی بر مزایای Medicaid شما تاثیر می گذارد. شماره تلفن های Medicaid در فصل 2 بخش 6 این سند آمده است.

اگر از منطقه خدماتی طرح ما خارج شوید، نمی‌توانید عضو این طرح باقی بمانید. با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید) تا ببینید آیا در منطقه جدید شما برنامه ای داریم یا خیر. هنگامی که نقل‌مکان می‌کنید، یک دوره ثبت‌نام ویژه خواهید داشت تا یا به Original Medicare تغییر دهید یا در یک طرح سلامت یا داروی Medicare در محل جدید خود ثبت‌نام کنید.

اگر جابه‌جا می شوید یا آدرس پستی تان را تغییر می دهید، مهم است که با تأمین اجتماعی تماس بگیرید. با تأمین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند).

بخش 2.4 شهروند یا تبعه ایالات متحده یا غیر شهروند واجد شرایط

شما باید شهروند یا تبعه ایالات متحده یا غیر شهروند واجد شرایط باشید تا بتوانید در طرح سلامت Medicare عضو شوید. اگر بر این اساس واجدشرایط ادامه عضویت در طرح ما نباشید، Medicare (مراکز خدمات Medicare و Medicaid) به Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) اطلاع خواهد داد. اگر این شرط را نداشته باشید، Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) باید عضویت شما را لغو کند.

بخش 3 انتظارات شما هنگامی که برای اولین بار عضو طرح درمانی می‌شوید

بخش 3.1 ارزیابی خطر سلامت

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 طرح مراقبت شما است. HRA شامل سوالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی و سلامت رفتاری و عملکردی شما می‌باشد.

برای تکمیل HRA با شما تماس می‌گیریم. ما می توانیم HRA را با یک بازدید حضوری، تماس تلفنی، پست الکترونیکی، ایمیل، پیام متنی یا پورتال عضو امن تکمیل کنیم. ما اطلاعات بیشتری در مورد این HRA برای شما ارسال خواهیم کرد. سپس سالانه با شما تماس می گیریم تا مشخص شود آیا نیازهای شما تغییر کرده است یا خیر.

بخش 3.2 تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما

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 متخصصانی سلامت دیگری باشد که می‌بینید و خودتان انتخاب می‌کنید.

شما با یک تیم مراقبتی کار می‌کنید تا بر اساس ترجیحات خود برنامه مراقبت تهیه کنید. طرح خدمات درمانی، خدمات مورد نیاز شما و نحوه دریافت آن‌ها را به شما و پزشکان شما و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شما اطلاع می‌دهد. این طرح شامل نیازهای پزشکی، سلامت رفتاری و خدمات دیگر است.

طرح خدمات درمانی شما شامل این موارد می‌باشد:

- اهداف مراقبت‌های سلامت شما همانطور که توسط شما اولویت‌بندی شده است 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 سؤال می‌کنند. آن‌ها همچنین در مورد خدماتی که ممکن است شما علاقمند به دریافت آن‌ها باشید با شما صحبت می‌کنند. تیم مراقبت شما با شما همکاری می‌کند تا حداقل هر سال یا در صورت نیاز در صورت بروز هرگونه تغییری در وضعیت سلامتی شما برنامه مراقبت شما به روز شود.

بخش 4 مطالب مهم عضویت

بخش 4.1 کارت عضویت در طرح

هر زمان که خدمات تحت پوشش طرح ما را دریافت می‌کنید و همچنین هنگام دریافت داروهای نسخه‌ای از داروخانه‌های داخل شبکه، از کارت عضویت خود استفاده کنید. همچنین باید کارت California Medi-Cal (Medicaid) خود را به ارائه‌دهنده نشان دهید. نمونه کارت عضویت:

تازمانی‌که عضو این طرح هستید، برای دریافت خدمات پزشکی تحت پوشش، از کارت قرمز، سفید و آبی Medicare خود استفاده نکنید. اگر به‌جای کارت عضویت Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) از کارت Medicare خود استفاده کنید، ممکن است مجبور شوید تمام هزینه خدمات پزشکی را خودتان پرداخت کنید. کارت Medicare خود را در مکانی امن نگه دارید. اگر به خدمات بیمارستانی، خدمات آسایشگاهی نیاز داشته باشید یا در مطالعات پژوهشی بالینی مورد تأیید Medicare (که کارآزمایی‌های بالینی نیز نامیده می‌شوند) شرکت کنید، ممکن است از شما خواسته شود آن را ارائه دهید.

اگر کارت عضویت برنامه ما آسیب دیده، گم شده یا به سرقت رفته است، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) تماس بگیرید تا کارت جدید را برای شما ارسال کنیم.

بخش 4.2 فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها

فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها go.wellcare.com/2027providerdirectories شامل ارائه دهندگان شبکه فعلی ما است. **ارائه دهندگان شبکه** شامل پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، گروه های پزشکی، بیمارستان ها و سایر مراکز مراقبت‌های بهداشتی هستند که با ما توافق کرده اند پرداخت ما و هرگونه تسهیم هزینه طرح را به عنوان پرداخت کامل بپذیرند.

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

برای دریافت خدمات و مراقبت‌های پزشکی باید از ارائه دهندگان شبکه استفاده کنید. همچنین ممکن است لازم باشد از ارائه‌دهندگان داخل گروه پزشکی ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) خود استفاده کنید. اگر می‌خواهید به ارائه‌دهنده‌ای مراجعه کنید که در گروه پزشکی PCP شما نیست، ممکن است لازم باشد PCP خود را تغییر دهید. همچنین ممکن است محدود به استفاده از ارائه دهندگانی در شبکه ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) و/یا شبکه گروه پزشکی خود باشید. یعنی PCP و/یا گروه پزشکی که انتخاب می کنید ممکن است متخصصان و بیمارستان هایی را که می توانید استفاده کنید تعیین کند. اگر شما بدون مجوز تأیید قبلی به مکان دیگری بروید، باید به طور کامل هزینه را پرداخت کنید. تنها استثناها عبارت‌اند از موارد اضطراری، خدمات موردنیاز فوری زمانی که شبکه در دسترس نیست (یعنی شرایطی که دریافت خدمات در شبکه غیرمنطقی یا غیرممکن باشد)، خدمات دیالیز خارج از منطقه، و مواردی که Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) استفاده از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه را مجاز کند.

جدیدترین فهرست ارائه‌دهندگان در وب‌سایت ما به نشانی go.wellcare.com/2027providerdirectories دردسترس است.

اگر *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه* را ندارید، می توانید با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) تماس بگیرید تا یک کپی (به صورت الکترونیکی یا کاغذی) درخواست کنید. فهرست‌های چاپی*راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* که درخواست کرده‌اید، ظرف 3 روز کاری برای شما ارسال خواهند شد.

فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها go.wellcare.com/2027providerdirectories داروخانه‌های شبکه ما را فهرست می‌کند. **داروخانه‌های شبکه** ، داروخانه‌هایی هستند که موافقت کرده‌اند نسخه‌های تحت پوشش اعضای طرح ما را تأمین کنند. برای یافتن داروخانه شبکه‌ای که می‌خواهید استفاده کنید، از *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* استفاده کنید. برای اطلاع از زمان‌هایی که می‌توانید از داروخانه‌هایی خارج از شبکه طرح ما استفاده کنید، به فصل 5، بخش 2.4 مراجعه کنید.

فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها همچنین نشان می‌دهد کدام داروخانه‌های شبکه ما دارای تسهیم هزینه ترجیحی هستند؛ این هزینه ممکن است برای برخی داروها کمتر از تسهیم هزینه استاندارد ارائه‌شده توسط سایر داروخانه‌های شبکه باشد.

اگر *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* را ندارید، می‌توانید با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس می گیرند) تماس بگیرید. همچنین می‌توانید این اطلاعات را در وب‌سایت ما به نشانی go.wellcare.com/2027providerdirectories پیدا کنید.

بخش 4.3 فهرست داروها (دارونامه)

طرح ما یک *فهرست داروهای تحت پوشش* (به آن فهرست داروها نیز گفته می شود) دارد. این فهرست مشخص می‌کند کدام داروهای تجویزی تحت مزایای قسمت D در Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) تحت پوشش هستند. داروهای موجود در این فهرست توسط طرح ما و با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب شده‌اند. فهرست داروها تمام الزامات Medicare را برآورده می‌کند. داروهای موجود در «برنامه مذاکره قیمت دارو» توسط Medicare در فهرست دارویی شما قرار خواهند گرفت، مگر اینکه مطابق توضیحات فصل 5، بخش 6 حذف یا با داروی دیگری جایگزین شده باشند. Medicare فهرست دارویی طرح Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) را تأیید کرده است.

فهرست داروها همچنین مشخص می‌کند که آیا قوانینی وجود دارد که پوشش یک دارو را محدود کند یا خیر.

ما یک نسخه از فهرست داروها را در اختیار شما قرار خواهیم داد. برای دریافت کامل‌ترین و جدیدترین اطلاعات در مورد اینکه کدام داروها تحت پوشش قرار می‌گیرند، به وبسایت go.wellcare.com/druglist-53 مراجعه کنید یا با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید).

بخش 5 خلاصه هزینه‌های مهم برای سال 2027

	هزینه های شما در سال 2027
حق بیمه ماهیانه طرح* * حق بیمه شما میتواند بیشتر از این مقدار باشد. برای جزئیات به بخش 5.1 مراجعه کنید.	**$0**
حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده این بیشترین مبلغی است که برای خدمات تحت پوشش قسمت A و قسمت B از جیب خود پرداخت خواهید کرد. (برای جزئیات به فصل 4، بخش 1 مراجعه کنید.)	**$9,850** **شما در قبال هزینه‌های سهم بیمه‌شده نسبت به حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده برای خدمات تحت پوشش قسمت A و قسمت B مسئولیتی نخواهید داشت.**
ویزیت‌های پزشک مراقبت‌های اولیه	**$0 سهم بیمه‌گذار برای هر ویزیت**
ویزیت‌های در مطب متخصص	**$0 سهم بیمه‌گذار برای هر ویزیت**
درمان بستری در بیمارستان شامل انواع مختلف بستری در بیمارستان، از جمله مراقبت‌های حاد، توان‌بخشی و مراقبت‌های بلندمدت. بستری در بیمارستان از روزی شروع می‌شود که به‌طور رسمی با دستور پزشک پذیرش می‌شوید و در روز قبل از ترخیص شما پایان می‌یابد.	**برای پذیرش تحت پوشش Medicare، در هر پذیرش:** **$0 پرداخت مشترک برای هر بار بستری شدن در بیمارستان.**
پوشش داروهای قسمت D (برای دریافت جزئیات، ازجمله فرانشیز سالانه، پوشش اولیه و مراحل پوشش فاجعه‌بار، به فصل 6 مراجعه کنید.)	**فرانشیز پوشش دارویی قسمت D** **$700 به‌جز برای محصولات انسولین تحت پوشش و اکثر واکسن‌های بزرگ‌سالان قسمت D.** **پرداخت مشترک/بیمه مشترک در مرحله پوشش اولیه:** **داروهای ردیف 1:** **تسهیم هزینه استاندارد: $15 پرداخت مشترک** **تسهیم هزینه ترجیحی: $0 پرداخت مشترک**

	هزینه های شما در سال 2027
	داروهای ردیف 2: **تسهیم هزینه استاندارد: 25% بیمه مشترک** **شما برای تأمین یک‌ماهه هر محصول انسولین تحت پوشش در این سطح، بیش از 35$ پرداخت نمی‌کنید.** **تسهیم هزینه ترجیحی: 20% بیمه مشترک** **شما برای تأمین یک‌ماهه هر محصول انسولین تحت پوشش در این سطح، بیش از 35$ پرداخت نمی‌کنید.** **داروهای ردیف 3:** **تسهیم هزینه استاندارد: 41% بیمه مشترک** **شما برای تأمین یک‌ماهه هر محصول انسولین تحت پوشش در این سطح، بیش از 35$ پرداخت نمی‌کنید.** **تسهیم هزینه ترجیحی: 41% بیمه مشترک** **شما برای تأمین یک‌ماهه هر محصول انسولین تحت پوشش در این سطح، بیش از 35$ پرداخت نمی‌کنید.** **داروهای ردیف 4:** **تسهیم هزینه استاندارد: 15% بیمه مشترک** **تسهیم هزینه ترجیحی: 0% بیمه مشترک** **داروهای ردیف 5:** **تسهیم هزینه استاندارد: 25% بیمه مشترک** **تسهیم هزینه ترجیحی: 25% بیمه مشترک** **داروهای ردیف 6:** **تسهیم هزینه استاندارد: 0$ پرداخت مشترک** **تسهیم هزینه ترجیحی: 0$ پرداخت مشترک**

	هزینه های شما در سال 2027
	مرحله پوشش وضعیت بحرانی: **در طول این مرحله پرداخت، شما برای داروهای تحت پوشش قسمت D و داروهای مستثنی که تحت مزیت ارتقایافته ما پوشش داده می‌شوند، هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.**

هزینه‌های شما ممکن است شامل موارد زیر باشد:
- حق بیمه طرح (بخش 5.1)
- حق بیمه ماهانه Medicare Part B (بخش 5.2)
- جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D (بخش 5.3)
- مبلغ تعدیل ماهانه بسته به درآمد (بخش 5.4)
- مبلغ طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare (بخش 5.5)

بخش 5.1 حق بیمه طرح

از آنجا که برنامه کمک اضافی حق بیمه را از طرف شما پرداخت می‌کند، شما برای طرح ما حق بیمه ماهانه جداگانه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

بخش 5.2 حق بیمه ماهانه Medicare Part B

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

برخی از اعضا ملزم به پرداخت سایر حق بیمه‌های Medicare هستند. همان‌طور که در بخش 2 در بالا توضیح داده شد، برای واجد شرایط بودن جهت عضویت در طرح ما، باید همچنان واجد شرایط California Medi-Cal (Medicaid) باشید و همچنین هر دو بخش Medicare Part A و Medicare Part B را داشته باشید. برای بیشتر اعضای Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)، برنامه California Medi-Cal (Medicaid) حق بیمه قسمت A (در صورتی که به‌طور خودکار واجد شرایط دریافت آن نباشید) و حق بیمه قسمت B را پرداخت می‌کند.

اگر California Medi-Cal (Medicaid) حق بیمه‌های Medicare شما را پرداخت نمی‌کند، باید همچنان حق بیمه‌های Medicare خود را پرداخت کنید تا عضو طرح ما باقی بمانید. این شامل حق بیمه قسمت B شما نیز می‌شود. همچنین اگر واجدشرایط دریافت قسمت A بدون حق بیمه نباشید، ممکن است لازم باشد برای قسمت A نیز حق بیمه پرداخت کنید.

بخش 5.3 جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D

از آنجا که شما واجدشرایط دوگانه هستید، تازمانی‌که وضعیت واجدشرایط بودن دوگانه خود را حفظ کنید، جریمه دیرکرد ثبت‌نام (LEP) برای شما اعمال نمی‌شود؛ اما اگر این وضعیت را از دست بدهید، ممکن است مشمول جریمه LEP شوید. جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D مبلغی اضافی بر حق بیمه است که در صورت داشتن پوشش قسمت D باید پرداخت شود، اگر پس از پایان دوره اولیه ثبت‌نام، در هر زمانی یک دوره 63 روزه یا بیشتر به‌صورت متوالی بدون پوشش قسمت D یا سایر پوشش‌های معتبر داروهای تجویزی داشته باشید. پوشش معتبر داروهای تجویزی، پوششی است که حداقل استانداردهای Medicare را برآورده می‌کند، زیرا انتظار می‌رود به‌طور متوسط حداقل به اندازه پوشش استاندارد دارویی Medicare هزینه‌ها را پرداخت کند. مبلغ جریمه دیرکرد ثبت‌نام به مدت زمانی که پوشش قسمت D یا سایر پوشش داروهای تجویزی معتبر ندارید بستگی دارد. معمولاً تا زمانی که پوشش قسمت D را دارید، باید این جریمه را پرداخت کنید.

در شرایط زیر، برای جریمه تأخیر در ثبت نام قسمت D هیچ مبلغی **پرداخت نمی کنید**:

- از برنامه کمک اضافی از طرف Medicare برای کمک به پرداخت هزینه‌های دارویی خود استفاده می‌کنید.
- بیش از 63 روز متوالی بدون پوشش قسمت D یا سایر پوشش‌های معتبر (قابل قبول) نبودید.
- از طریق منبع دیگری (مانند کارفرمای قبلی، اتحادیه، TRICARE یا سازمان بهداشت سربازان بازنشسته (VA)) پوشش معتبر دارویی داشته‌اید. شرکت بیمه یا بخش منابع انسانی شما هر سال به شما اطلاع خواهد داد که آیا پوشش دارویی شما، پوشش معتبر محسوب می‌شود یا خیر. ممکن است این اطلاعات را در نامه یا خبرنامه ای از آن طرح دریافت کنید. این اطلاعات را نگهدارید زیرا اگر بعداً به یک طرح دارویی Medicare ملحق شوید ممکن است به آنها نیاز داشته باشید.
  - **توجه:** هر نامه یا اعلامیه‌ای باید مشخص کند که شما پوشش معتبر داروهای تجویزی داشته‌اید که انتظار می‌رود به اندازه طرح دارویی استاندارد Medicare پرداخت داشته باشد.
  - **توجه:** کارت‌های تخفیف داروهای نسخه‌ای، کلینیک‌های رایگان و وب‌سایت‌های تخفیف دارو، پوشش معتبر داروهای نسخه‌ای محسوب نمی‌شوند.

Medicare میزان جریمه ثبت‌نام دیرهنگام قسمت D را تعیین می‌کند. نحوه محاسبه به این صورت است:

- ابتدا تعداد ماه های کامل دیرکرد ثبت‌نام در طرح داروی Medicare بعد از اینکه واجد شرایط ثبت‌نام بوده اید محاسبه می شود. یا اگر وقفه در پوشش 63 روز یا بیشتر بوده است، تعداد ماه‌های کاملی که پوشش معتبر دارویی نداشته‌اید محاسبه می‌شود.
- سپس Medicare مبلغ متوسط حق بیمه ماهانه طرح‌های دارویی Medicare در سراسر کشور در سال قبل را تعیین می‌کند (حق بیمه پایه ملی ذی‌نفعان). برای سال 2027، این مبلغ متوسط حق بیمه برابر با 41.33$ است.
- برای محاسبه جریمه ماهانه شما، Medicare تعداد ماه‌هایی را که بدون پوشش بوده‌اید در (درصد جریمه) ضرب می‌کند، سپس آن را در 1٪ از حق بیمه پایه ملی ذی‌نفعان ضرب کرده و مبلغ به‌دست‌آمده را به نزدیک‌ترین 10 سنت گرد می‌کند. برای مثال اگر 14 ماه بدون پوشش قسمت D یا سایر پوشش‌های معتبر باشید، جریمه برابر است با 14٪ ضربدر 41.33$ که معادل 5.79$ می‌شود. این مبلغ به 5.80$ گرد می‌شود. این مبلغ **به حق بیمه ماهانه طرح برای فردی که مشمول جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D است، اضافه خواهد شد**.

سه نکته مهم که باید درباره جریمه ماهانه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D بدانید:

- **مبلغ جریمه ممکن است هر سال تغییر کند،** زیرا حق بیمه پایه ملی ذی‌نفعان ممکن است هر سال تغییر کند.
- معمولاً تا زمانی که در طرحی ثبت‌نام کرده‌اید که دارای مزایای دارویی Medicare Part D است، **هر ماه به پرداخت این جریمه ادامه خواهید داد**، حتی اگر طرح خود را تغییر دهید.
- اگر *کمتر از* 65 سال دارید و در Medicare ثبت‌نام کرده‌اید، جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D هنگام رسیدن به 65 سالگی از نو محاسبه خواهد شد. پس از 65 سالگی، جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D شما فقط براساس تعداد ماه‌هایی محاسبه می‌شود که پس از دوره اولیه ثبت‌نام به دلیل رسیدن به سن واجدشرایط شدن برای Medicare، پوشش نداشته‌اید.

اگر با جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D موافق نیستید، شما یا نماینده شما می‌توانید درخواست بررسی مجدد (تجدیدنظرخواهی) این جریمه را ارائه کنید. بررسی مجدد توسط یک سازمان بررسی مستقل انجام می‌شود که هیچ ارتباطی با ما ندارد. معمولاً باید **ظرف 60 روز** از تاریخ درج‌شده در اولین نامه‌ای که دریافت می‌کنید و در آن اعلام شده است باید جریمه دیرکرد ثبت‌نام پرداخت کنید، درخواست بررسی مجدد را ارائه دهید. بااین‌حال، اگر پیش از پیوستن به طرح ما جریمه‌ای پرداخت می‌کردید، معمولاً فرصت دیگری برای درخواست بررسی مجدد آن جریمه دیرکرد ثبت‌نام نخواهید داشت.

بخش 5.4 مبلغ تعدیل ماهانه مرتبط با درآمد

اگر به دلیل تغییرات در درآمد خود واجد شرایط این طرح نباشید، ممکن است برخی اعضا ملزم به پرداخت هزینه اضافی برای طرح Medicare خود شوند که به آن مبلغ تعدیل ماهانه مرتبط با درآمد برای قسمت D (IRMAA) گفته می‌شود. هزینه اضافی بر اساس درآمد ناخالص تعدیل‌شده اصلاح‌شده شما که در اظهارنامه مالیاتی IRS مربوط به 2 سال قبل گزارش شده است، محاسبه می‌شود. اگر این مبلغ بیشتر از مقداری خاص باشد، شما مبلغ حق بیمه استاندارد و IRMAA اضافی را پرداخت خواهید کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مبلغ اضافی‌ای که ممکن است براساس درآمدتان ملزم به پرداخت آن باشید، به Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs مراجعه کنید.

اگر ملزم به پرداخت IRMAA اضافی باشید، تأمین اجتماعی و نه طرح Medicare شما، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کند که مبلغ اضافی را اعلام می‌کند. بدون در نظر گرفتن این مسئله که معمولاً چطور حق بیمه طرح را پرداخت می کنید، این مبلغ اضافی از چک مزایای تأمین اجتماعی، هیات بازنشستگی راه‌آهن، یا دفتر مدیریت پرسنل کسر می شود، مگر اینکه مزایای ماهانه تان برای پوشش دادن مبلغ بدهی اضافی کافی نباشد. اگر چک مزایای شما برای پوشش مبلغ اضافی کافی نباشد، صورت‌حسابی از Medicare دریافت خواهید کرد. **باید IRMAA اضافی را به دولت پرداخت کنید. این مبلغ را نمی‌توان همراه با حق بیمه ماهانه طرح پرداخت کرد. اگر IRMAA اضافی را پرداخت نکنید، عضویت شما در طرح لغو خواهد شد و پوشش داروهای تجویزی خود را از دست خواهید داد.**

اگر با پرداخت IRMAA اضافی موافق نیستید، می‌توانید از تأمین اجتماعی درخواست کنید تصمیم را بررسی مجدد کند. برای اطلاع از نحوه انجام این کار، با تأمین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213 (کاربران TTY با شماره 1-800-325-0778) تماس بگیرید.

بخش 5.5 مبلغ طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare

اگر عضو طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare باشید، هر ماه حق بیمه را (درصورتی‌که شامل حالتان باشد) پرداخت می‌کنید و (به‌جای پرداخت به داروخانه) صورت‌حساب داروهای تجویزی را ازطرف طرح سلامت یا طرح دارویی‌تان دریافت خواهید کرد. صورت‌حساب ماهانه براساس میزان بدهی‌تان بابت نسخه‌هایی که دریافت می‌کنید، به‌علاوه تراز ماه گذشته‌تان، تقسیم بر تعداد ماه‌های باقی‌مانده از سال محاسبه می‌شود.

در فصل 2، بخش 7 درباره طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare بیشتر توضیح داده شده است. اگر با مبلغ صورت‌حساب‌شده به عنوان بخشی از این گزینه پرداخت موافق نیستید، می‌توانید مراحل فصل 9 را برای ارسال شکایت یا درخواست تجدیدنظر دنبال کنید.

بخش 6 اطلاعات بیشتر درباره حق بیمه ماهانه طرح

بخش 6.1 حق بیمه ماهانه طرح شما در طول سال تغییر نخواهد کرد

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

با این حال در بعضی موارد ممکن است بتوانید پرداخت جریمه ثبت‌نام دیرهنگام را متوقف کنید، اگر مشمول پرداخت آن باشید؛ یا ممکن است لازم باشد شروع به پرداخت جریمه ثبت‌نام دیرهنگام کنید.

- اگر کمک اضافی را از دست بدهید، درصورتی‌که از طرح خود خارج شوید و به مدت 63 روز متوالی یا بیشتر بدون قسمت D یا سایر پوشش‌های معتبر داروهای تجویزی باشید، ممکن است مشمول جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D شوید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره کمک اضافی به فصل 2، بخش 7 مراجعه کنید.

بخش 7 سوابق عضویت خود در طرح را به‌روز نگه دارید

سوابق عضویت شما شامل اطلاعات فرم ثبت‌نام، از جمله آدرس و شماره تلفن شما، است. این اطلاعات پوشش خاص طرح شما، از جمله ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه / گروه پزشکی شما را نشان می‌دهد.

پزشکان، بیمارستان‌ها، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح ما **از سوابق عضویت شما استفاده می‌کنند تا بدانند کدام خدمات و داروها تحت پوشش قرار دارند و میزان تسهیم هزینه شما چقدر است**. به همین دلیل، بسیار اهمیت دارد که به ما در به‌روز نگه داشتن اطلاعات خود کمک کنید.

اگر هر یک از این تغییرات را دارید به ما اطلاع دهید:

- تغییرات ایجادشده در نام، آدرس یا شماره‌تلفن
- تغییر در هرگونه پوشش درمانی دیگری که دارید (مانند پوشش از طریق کارفرمای خود، کارفرمای همسر یا شریک زندگی قانونی شما، جبران خسارت کارگران، یا California Medi-Cal (Medicaid)

- هرگونه مطالبه خسارت مسئولیت، مانند مطالبات ناشی از تصادف خودرو
- اگر در مرکز مراقبت پرستاری بستری شوید
- اگر در بیمارستان یا بخش اورژانس خارج از منطقه یا خارج از شبکه مراقبت دریافت کنید
- اگر طرف مسئول تعیین شده برای شما (مانند یک مراقب) تغییر کند
- اگر در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید (**توجه:** شما ملزم نیستید طرح ما را درباره مطالعات تحقیقاتی بالینی که قصد شرکت در آن‌ها را دارید مطلع کنید، اما توصیه می‌کنیم این کار را انجام دهید.)

در صورت تغییر هر یک از این اطلاعات با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با 711 تماس می گیرند) تماس بگیرید و به ما اطلاع دهید.

همچنین مهم است اگر نقل‌مکان کردید یا آدرس پستی خود را تغییر دادید، با تأمین اجتماعی تماس بگیرید. با تأمین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند).

بخش 8 نحوه همکاری بیمه‌های دیگر با طرح ما

Medicare از ما می خواهد که اطلاعات مربوط به هر گونه پوشش پزشکی یا دارویی دیگری که دارید را جمع آوری کنیم تا بتوانیم تحت برنامه خود هر گونه پوشش دیگری را با مزایای شما هماهنگ کنیم. به این کار **هماهنگی مزایا** گفته می شود.

سالی یک‌بار، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که در آن هرگونه پوشش درمانی یا دارویی دیگری که از آن اطلاع داریم فهرست شده است. این اطلاعات را به دقت بخوانید. اگر اطلاعات صحیح است، نیازی به انجام هیچ اقدامی ندارید. اگر اطلاعات صحیح نبود یا اگر بیمه دیگری دارید که در لیست نیست، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند). ممکن است لازم باشد شماره ID عضویت خود در طرح را به سایر شرکت‌های بیمه خود بدهید (پس از تأیید هویت آن‌ها) تا صورت‌حساب‌های شما به‌درستی و به‌موقع پرداخت شوند.

وقتی بیمه دیگری دارید (مانند پوشش درمانی گروهی کارفرما)، قوانین Medicare تعیین می‌کنند که آیا طرح ما یا بیمه دیگر شما ابتدا پرداخت می‌کند. بیمه‌ای که ابتدا پرداخت می‌کند («پرداخت‌کننده اصلی») تا سقف پوشش خود پرداخت می‌کند. بیمه‌ای که دوم پرداخت می‌کند («پرداخت‌کننده ثانویه») فقط در صورتی پرداخت می‌کند که پس از پوشش بیمه اولیه، هزینه‌هایی باقی مانده باشد. پرداخت‌کننده ثانویه ممکن است تمام هزینه‌های باقی‌مانده را پرداخت نکند. اگر بیمه دیگری دارید، به پزشک، بیمارستان و داروخانه خود اطلاع دهید.

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

- اگر پوشش بازنشستگی دارید، Medicare ابتدا پرداخت می‌کند.
- اگر پوشش طرح سلامت گروهی شما بر اساس اشتغال فعلی شما یا یکی از اعضای خانواده شما است، این که چه کسی ابتدا پرداخت می‌کند به سن شما، تعداد افرادی که توسط کارفرمای شما شاغل هستند و اینکه آیا شما بر اساس سن، ناتوانی یا بیماری کلیوی لاعلاج (ESRD) طرح Medicare دارید بستگی دارد:
  - اگر کمتر از 65 سال سن دارید و دارای ناتوانی هستید و شما (یا عضو خانواده‌تان) همچنان مشغول به کار هستید، در صورتی که کارفرما 100 کارمند یا بیشتر داشته باشد، یا حداقل یکی از کارفرمایان در یک طرح چندکارفرمایی بیش از 100 کارمند داشته باشد، بیمه درمانی گروهی کارفرما ابتدا پرداخت می‌کند.

- اگر بیش از 65 سال سن دارید و شما (یا همسر یا شریک زندگی ثبت‌شده‌تان) همچنان مشغول به کار هستید، در صورتی که کارفرما 20 کارمند یا بیشتر داشته باشد، یا حداقل یکی از کارفرمایان در یک طرح چندکارفرمایی بیش از 20 کارمند داشته باشد، بیمه درمانی گروهی کارفرما ابتدا پرداخت می‌کند.
- اگر به دلیل ESRD دارای Medicare هستید، طرح سلامت گروهی شما ابتدا برای 30 ماه اول پس از واجد شرایط شدنتان برای Medicare پرداخت می‌کند.

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

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

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

فصل 2:
شماره تلفن‌ها و منابع

بخش 1 تماس با طرح ما

برای دریافت کمک درباره درخواست‌های بازپرداخت، صورت‌حساب یا پرسش‌های مربوط به کارت عضویت، با خدمات اعضای Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) تماس بگیرید یا به آنها نامه بنویسید. خوشحال می‌شویم به شما کمک کنیم.

خدمات اعضا - اطلاعات تماس	
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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. لطفاً توجه داشته باشید که پس از ساعات اداری، تعطیلات آخر هفته، و تعطیلات رسمی از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، ممکن است سیستم خودکار ما به تماستان پاسخ دهد. اگر پیام صوتی می‌گذارید، نام و شماره تلفنتان را بگویید؛ یکی از اعضای تیم طی یک (1) روز کاری با شما تماس خواهد گرفت. خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس می گیرند) همچنین دارای خدمات مترجم زبان رایگان برای غیر انگلیسی زبانان است.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
با این آدرس مکاتبه کنید:	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
وب‌سایت	go.wellcare.com/HealthNetCA

نحوه درخواست تصمیم پوشش‌دهی یا تجدیدنظر درباره مراقبت پزشکی شما

تصمیم پوشش‌دهی، تصمیمی است که ما درباره مزایا و پوشش شما، یا مبلغی که برای خدمات پزشکی یا داروهای قسمت D شما پرداخت می‌کنیم، اتخاذ می‌کنیم. تجدیدنظر، روشی رسمی برای درخواست از ما جهت بازبینی و تغییر یک تصمیم پوشش‌دهی است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست تصمیمات پوشش یا درخواست تجدید نظر در مورد مراقبت های پزشکی یا داروهای قسمت D، به فصل 9 مراجعه کنید.

تصمیم پوشش‌دهی مراقبت پزشکی - اطلاعات تماس	
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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
با این آدرس مکاتبه کنید:	Medical Management PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

تصمیمات پوشش‌دهی برای داروهای قسمت D - اطلاعات تماس	
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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.

تصمیمات پوشش‌دهی برای داروهای قسمت D - اطلاعات تماس	
فکس	1-866-226-1093
با این آدرس مکاتبه کنید:	Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
وب‌سایت	go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations

درخواست تجدیدنظر در رابطه با مراقبت‌های پزشکی - اطلاعات تماس	
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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
فکس	1-844-273-2671
با این آدرس مکاتبه کنید:	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10052 Van Nuys, CA 91410-0052

درخواست تجدیدنظر دررابطه‌با داروهای تجویزی قسمت D - اطلاعات تماس	
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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.

درخواست تجدیدنظر دررابطه‌با داروهای تجویزی قسمت D - اطلاعات تماس	
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
فکس	1-866-388-1766
با این آدرس مکاتبه کنید:	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
وب‌سایت	go.wellcare.com/HealthNetCA

چگونه در رابطه با مراقبت های پزشکی خود شکایت کنید

می توانید درباره ما یا یکی از ارائه دهندگان یا داروخانه های شبکه ما شکایت کنید، همچنین می توانید درباره کیفیت مراقبتتان شکایت ارائه کنید. این نوع شکایت شامل اختلافات مربوط به پوشش‌دهی یا پرداخت نمی‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه شکایت در مورد مراقبت های پزشکی خود، به فصل 9 مراجعه کنید.

شکایت های مربوط به مراقبت‌های پزشکی - اطلاعات تماس	
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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
فکس	1-844-273-2671

شکایت های مربوط به مراقبت‌های پزشکی - اطلاعات تماس	
با این آدرس مکاتبه کنید:	Appeals & Grievances Medicare Operations Grievance Department P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
وب‌سایت Medicare	برای شکایت در مورد Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) به طور مستقیم به Medicare، به Medicare.gov/my/medicare-complaint مراجعه کنید.

شکایت درباره داروهای تجویزی قسمت D - اطلاعات تماس	
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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
فکس	1-844-273-2671
با این آدرس مکاتبه کنید:	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
وب‌سایت Medicare	برای شکایت در مورد Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) به طور مستقیم به Medicare، به Medicare.gov/my/medicare-complaint مراجعه کنید.

نحوه درخواست از ما برای پرداخت هزینه مراقبت پزشکی یا دارویی که دریافت کرده‌اید

اگر صورت‌حسابی دریافت کرده‌اید یا برای خدمات هزینه‌ای پرداخت کرده‌اید (مثل صورت‌حساب ارائه‌دهنده) و فکر می‌کنید ما باید این هزینه را پرداخت کنیم، می‌توانید از ما درخواست بازپرداخت کنید یا درخواست کنید مبلغ صورت‌حساب ارائه‌دهنده را پرداخت کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 7 مراجعه کنید.

اگر درخواست پرداخت برایمان ارسال کنید و ما بخشی از درخواست را نپذیریم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم ما را ارائه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 9 مراجعه کنید.

درخواست برای پرداخت - اطلاعات تماس	
با این آدرس مکاتبه کنید:	درخواست برای پرداخت هزینه های پزشکی: Member Reimbursement Dept Medical Reimbursement Department PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 درخواست برای پرداخت های قسمت D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
وب‌سایت	go.wellcare.com/HealthNetCA

بخش 2 دریافت کمک از Medicare

Medicare یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 ساله یا بالاتر، برخی افراد زیر 65 سال دارای ناتوانی، و افراد مبتلا به بیماری کلیوی لاعلاج (نارسایی دائمی کلیه که نیازمند دیالیز یا پیوند کلیه است) است.

سازمان فدرال مسئول Medicare، «مراکز خدمات Medicare و Medicaid» (CMS) است. این آژانس با سازمان‌های Medicare Advantage، ازجمله طرح ما، قرارداد دارد.

Medicare – اطلاعات تماس	
تلفن تماس	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته.

Medicare – اطلاعات تماس	
TTY	1-877-486-2048 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. تماس با این شماره رایگان است.
گفت‌وگوی زنده	گفت‌وگوی زنده در Medicare.gov/talk-to-someone.
با این آدرس مکاتبه کنید:	با Medicare به آدرس PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 مکاتبه کنید
وب‌سایت	Medicare.gov • در مورد طرح‌های بهداشتی و دارویی Medicare در منطقه خود ازجمله این‌که چه هزینه ای دارند و چه خدماتی را ارائه می‌دهند اطلاعات کسب کنید. • پزشکان یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و تأمین‌کنندگان شرکت‌کننده در Medicare را پیدا کنید. • دریابید که Medicare چه چیزی را پوشش می‌دهد، ازجمله خدمات پیشگیرانه (مانند غربالگری‌ها، واکسن‌ها، و ویزیت‌های سالانه «سلامتی»). • دریافت اطلاعات و فرم‌های درخواست تجدیدنظر Medicare. • اطلاعات مربوط به کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط طرح‌ها، خانه‌های سالمندان، بیمارستان‌ها، پزشکان، سازمان‌های بهداشت خانه، امکانات دیالیز، مراکز درمانگاه، امکانات توانبخشی بیماران داخلی و بیمارستان‌های مراقبت طولانی مدت. • همچنین شامل وب‌سایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید است. همچنین می‌توانید از Medicare.gov برای اطلاع دادن درباره هرگونه شکایتی که درباره طرح ما دارید به Medicare استفاده کنید. **برای ارسال شکایت برای Medicare** به این وب‌سایت مراجعه کنید: Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare شکایات شما را جدی تلقی می‌کند و از این اطلاعات برای کمک در بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده خواهد کرد.

بخش 3 برنامه کمک بیمه سلامت ایالتی (SHIP)

برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی (SHIP) یک برنامه دولتی است که در هر ایالت مشاوران آموزش‌دیده‌ای دارد و کمک، اطلاعات و پاسخ به سؤالات شما درباره Medicare را به‌صورت رایگان ارائه می‌دهد. SHIP در California «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP)» نامیده می‌شود.

«برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP)» ایالت California یک برنامه ایالتی مستقل (بدون ارتباط با هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت) است که از دولت فدرال بودجه دریافت می‌کند تا مشاوره رایگان محلی بیمه سلامت را به افراد دارای Medicare ارائه دهد.

مشاوران «برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP)» ایالت California می‌توانند به شما کمک کنند حقوق Medicare خود را درک کنید، درباره مراقبت یا درمان پزشکی خود شکایت ثبت کنید و مشکلات مربوط به صورتحساب‌های Medicare را حل‌وفصل کنید. مشاوران «برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP)» ایالت California همچنین می‌توانند درباره پرسش‌ها یا مشکلات مربوط به Medicare به شما کمک کنند، به شما در درک گزینه‌های طرح Medicare کمک کنند و به سؤالات شما درباره تغییر طرح‌ها پاسخ دهند.

برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP) ایالت California – اطلاعات تماس	
تلفن تماس	1-800-434-0222 1-916- 419-7500
TTY	1-800-735-2929 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.
با این آدرس مکاتبه کنید:	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
وب‌سایت	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

بخش 4 سازمان بهبود کیفیت (QIO)

در هر ایالت، یک سازمان بهبود کیفیت (QIO) تعیین‌شده به افراد دارای Medicare خدمات ارائه می‌دهد. نام سازمان بهبود کیفیت در California، «سلامت را آغاز کنید (سازمان بهبود کیفیت California)» است.

سلامت را آغاز کنید (سازمان بهبود کیفیت California) گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی دارد که توسط Medicare دستمزد دریافت می‌کنند تا کیفیت مراقبت از افراد دارای Medicare را بررسی کنند و به بهبود آن کمک کنند. سلامت را آغاز کنید (سازمان بهبود کیفیت California) یک سازمان مستقل است. این هیچ ارتباطی با طرح ما ندارد.

در هرکدام از این شرایط باید با سلامت را آغاز کنید (سازمان بهبود کیفیت California) تماس بگیرید:

- اگر درباره کیفیت مراقبتی که دریافت کرده‌اید شکایت دارید. نمونه‌هایی از نگرانی‌های مربوط به کیفیت مراقبت شامل دریافت داروی اشتباه، آزمایش‌ها یا روش‌های غیرضروری، یا تشخیص نادرست است.
- اگر فکر می کنید پوشش شما برای بستری شدن در بیمارستان خیلی زود تمام می شود.
- اگر فکر می‌کنید پوشش خدمات مراقبت از سلامت شما در منزل، مرکز پرستاران باتجربه یا تسهیلات جامع توان‌بخشی سرپایی (CORF) خیلی سریع درحال اتمام است.

سلامت را آغاز کنید (سازمان بهبود کیفیت California) – اطلاعات تماس	
تلفن تماس	1-877-588-1123 از ساعت 9:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر به وقت محلی، دوشنبه تا جمعه؛ از ساعت 10:00 صبح تا 4:00 بعدازظهر به وقت محلی، شنبه تا یک‌شنبه
TTY	711
با این آدرس مکاتبه کنید:	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
وب‌سایت	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

بخش 5 تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی واجدشرایط بودن برای Medicare را تعیین می‌کند و ثبت‌نام در Medicare را مدیریت می‌کند. تأمین اجتماعی همچنین مسئول تعیین افرادی است که به دلیل داشتن درآمد بالاتر باید مبلغ اضافی برای پوشش داروهای قسمت D پرداخت کنند. اگر نامه‌ای از سوی تأمین اجتماعی دریافت کرده‌اید که به شما اطلاع می‌دهد باید مبلغ اضافی پرداخت کنید و درباره این مبلغ سؤال دارید، یا اگر درآمدتان به دلیل یک رویداد تغییردهنده زندگی کاهش یافته است، می‌توانید برای درخواست تجدیدنظر با تأمین اجتماعی تماس بگیرید.

اگر نقل‌مکان کنید یا نشانی پستی خود را تغییر دهید، با تأمین اجتماعی تماس بگیرید تا آن‌ها را مطلع کنید.

تأمین اجتماعی– اطلاعات تماس	
تلفن تماس	1-800-772-1213 تماس با این شماره رایگان است. دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 7 عصر در دسترس است. می‌توانید از خدمات تلفنی خودکار تأمین اجتماعی برای دریافت اطلاعات ضبط‌شده و انجام برخی امور، 24 ساعت شبانه‌روز استفاده کنید.

تأمین اجتماعی– اطلاعات تماس	
TTY	1-800-325-0778 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. تماس با این شماره رایگان است. دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 7 عصر در دسترس است.
وب‌سایت	SSA.gov

بخش 6 Medicaid

به‌عنوان عضوی از طرح ما، برای هر دو برنامه Medicare و California Medi-Cal (Medicaid) واجدشرایط هستید. Medicaid برنامه‌ای مشترک میان دولت فدرال و دولت ایالتی است که به پرداخت هزینه‌های پزشکی برخی افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند.

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

- **ذی‌نفع واجدشرایط Medicare Plus (QMB+):** به پرداخت حق بیمه های Medicare Part A و Part B و سایر تسهیم هزینه ها (مانند فرانشیزها، بیمه مشترک، و پرداخت های مشترک) کمک می کند. افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.
- **ذی‌نفع کم‌درآمد مشخص‌شده Medicare Plus (SLMB+):** به پرداخت حق بیمه قسمت B کمک می‌کند.افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.
- **واجدشرایط کامل دوگانه (FBDE):** ممکن است Medicaid حق بیمه‌های Medicare Part A و Part B و سایر مبالغ تسهیم هزینه (مانند فرانشیز، بیمه مشترک و پرداخت مشترک) شما را پرداخت کند. افراد ذینفع واجد شرایط نیز مزایای کامل Medicaid را دریافت می کنند.

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

California Medi-Cal (Medicaid) – اطلاعات تماس	
تلفن تماس	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر به وقت اقیانوس آرام (PT)

TTY	1-800-430-7077 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.
با این آدرس مکاتبه کنید:	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
وب‌سایت	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

برنامه بازرس مراقبت‌های طولانی‌مدت California به افرادی که در California Medi-Cal (Medicaid) ثبت‌نام کرده‌اند، در زمینه مشکلات مربوط به خدمات یا صورت‌حساب‌ها کمک می‌کند. این برنامه برای ثبت شکایت‌نامه یا درخواست تجدیدنظر مربوط به طرح ما به شما کمک می‌کند.

برنامه رسیدگی به شکایات California برای مراقبت‌های درازمدت - اطلاعات تماس	
تلفن تماس	1-916-419-7510 دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 4 عصر به وقت محلی
TTY	711
با این آدرس مکاتبه کنید:	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
وب‌سایت	https://www.aging.ca.gov/

برنامه بازرس مراقبت‌های طولانی‌مدت California به افراد کمک می‌کند اطلاعاتی درباره خانه‌های سالمندان دریافت کنند و مشکلات میان خانه‌های سالمندان و ساکنان یا خانواده‌های آن‌ها را حل‌وفصل کنند.

برنامه رسیدگی به شکایات California برای مراقبت‌های درازمدت - اطلاعات تماس	
تلفن تماس	1-916-419-7510 8 صبح تا 5 عصر به وقت محلی دوشنبه تا جمعه

TTY	711
با این آدرس مکاتبه کنید:	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
وب‌سایت	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Long-Term_Care_Ombudsman/

بخش 7 برنامه‌های کمک به افراد برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی

وب‌سایت Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) اطلاعاتی درباره روش‌های کاهش هزینه داروهای تجویزی شما ارائه می‌دهد. برنامه های زیر می تواند به افراد با درآمد محدود کمک کند.

«کمک اضافی» از Medicare

چون برای California Medi-Cal (Medicaid) واجدشرایط هستید، واجدشرایط دریافت کمک اضافی از Medicare هستید و آن را برای پرداخت هزینه‌های طرح داروهای تجویزی خود دریافت می‌کنید. برای دریافت این کمک اضافی، نیازی نیست اقدام دیگری انجام دهید.

اگر درباره «کمک اضافی» سؤالی دارید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر تأمین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 7 شب. کاربران TTY با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند؛ یا
- دفتر ایالتی Medicaid به شماره 1-800-541-5555، کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس می گیرند.

اگر فکر می‌کنید مبلغ نادرستی برای نسخه خود در داروخانه پرداخت می‌کنید، طرح ما فرایندی دارد که به شما کمک می‌کند مدارک مربوط به مبلغ صحیح پرداخت مشترک خود را ارائه کنید. اگر قبلاً شواهدی از مبلغ درست دارید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا این شواهد را با ما به اشتراک بگذارید.

- با خدمات اعضا تماس بگیرید و به نماینده اطلاع دهید که فکر می‌کنید واجدشرایط دریافت کمک اضافی هستید. ممکن است لازم باشد یکی از انواع اسناد زیر را ارائه کنید (بهترین سندی را که برای اثبات شرایطتان در اختیار دارید):
  - یک نسخه از کارت California Medi-Cal (Medicaid) که نام ذینفع و تاریخ واجد شرایط بودنتان در طول یک ماه بعد از ژوئن سال قبل
  - یک نسخه از سندی ایالتی که وضعیت فعال California Medi-Cal (Medicaid) شما را در طول یک ماه بعد از ژوئن سال قبل تأیید کند
  - یک کپی از فایل ثبت‌نام الکترونیکی ایالتی که وضعیت California Medi-Cal (Medicaid) را در طول یک ماه بعد از ژوئن سال قبل نشان دهد

- یک کپی از صفحه سیستم های ایالتی California Medi-Cal (Medicaid) که وضعیت Medicaid را در طول یک ماه بعد از ژوئن سال قبل نشان دهد
- سایر اسناد ایالتی که وضعیت California Medi-Cal (Medicaid) را در طول یک ماه بعد از ژوئن سال قبل نشان دهد
- یک نامه از طرف سازمان تأمین اجتماعی (SSA) که نشان دهد فرد مورد نظر درآمد مکمل تأمین اجتماعی (SSI) دریافت می‌کند.
- درخواستی که توسط فرد دارای وضعیت «واجدشرایط تلقی‌شده» ارائه شده و تأیید می‌کند که ذی‌نفع «... به‌طور خودکار واجدشرایط دریافت کمک اضافی است ...» (نشریه SSA شماره 03094.605 HI).

اگر در یک مؤسسه مراقبتی اقامت دارید و فکر می‌کنید واجدشرایط تسهیم هزینه صفر هستید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و به نماینده اطلاع دهید که فکر می‌کنید واجدشرایط دریافت «کمک اضافی» هستید. ممکن است لازم باشد یکی از انواع اسناد زیر را ارائه کنید:

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

- اگر نمی‌توانید مدارک توضیح داده‌شده در بالا را ارائه کنید و فکر می‌کنید ممکن است واجدشرایط دریافت کمک اضافی باشید، با خدمات اعضا تماس بگیرید تا یک نماینده به شما کمک کند.
- هنگامی که شواهد نشان‌دهنده سطح درست پرداخت مشترک را دریافت کنیم، سیستم خود را به‌روزرسانی خواهیم کرد تا بتوانید مبلغ درست پرداخت مشترک را هنگام دریافت نسخه بعدی خود پرداخت کنید. اگر مبلغی بیش از میزان پرداخت مشترک خود پرداخت کنید، ما آن مبلغ را یا از طریق چک یا به‌صورت اعتبار برای پرداخت مشترک آینده به شما بازپرداخت می‌کنیم. اگر داروخانه مبلغ پرداخت مشترک شما را دریافت نکرده باشد و شما به آن بدهکار باشید، ممکن است ما پرداخت را مستقیماً به داروخانه انجام دهیم. اگر ایالت از طرف شما این مبلغ را پرداخت کند، ممکن است مستقیماً آن را به ایالت پرداخت کنیم. اگر سؤالی دارید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).

اگر کمک اضافی و پوشش برنامه کمک‌های دارویی ایدز (ADAP) را داشته باشید، چه می‌شود؟

برنامه کمک‌های دارویی ایدز (ADAP) به افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز کمک می‌کند به داروهای نجات‌بخش اچ‌آی‌وی دسترسی پیدا کنند. داروهای تجویزی Medicare Part D که در فهرست دارویی ADAP نیز قرار دارند، برای دریافت کمک در پرداخت تسهیم هزینه نسخه از طریق برنامه کمک‌های دارویی ایدز California (ADAP) واجدشرایط هستند.

برنامه کمک‌های دارویی ایدز California (ADAP)، همان برنامه ADAP ایالت شما است.

برنامه کمک‌های دارویی ایدز ایالت California (ADAP) در ایالت شما در زیر فهرست شده است.

برنامه کمک‌های دارویی ایدز California (ADAP) - اطلاعات تماس	
تلفن تماس	1-844-421-7050 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر به وقت محلی، دوشنبه تا جمعه (به‌استثنای تعطیلات)
TTY	711
با این آدرس مکاتبه کنید:	California Department of Public Health Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
وب‌سایت	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

توجه: برای واجدشرایط بودن برای برنامه ADAP در ایالت شما، افراد باید معیارهای خاصی را داشته باشند، از جمله ارائه مدرک اقامت در ایالت، وضعیت ابتلا به اچ‌آی‌وی، درآمد پایین (طبق تعریف ایالت)، و وضعیت بدون بیمه یا بیمه ناکافی. اگر طرح‌های خود را تغییر دهید، به مسئول ثبت‌نام ADAP محلی خود اطلاع دهید تا بتوانید همچنان کمک‌ها را دریافت کنید. برای اطلاعات درباره معیارهای واجدشرایط بودن، داروهای تحت پوشش، یا نحوه ثبت‌نام در برنامه، با برنامه کمک‌های دارویی ایدز California (ADAP) تماس بگیرید.

طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare

طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare یک گزینه پرداخت است که با پوشش دارویی فعلی شما هماهنگ می‌شود تا به شما در مدیریت هزینه‌های پرداخت از جیب برای داروهای تحت پوشش طرح کمک کند؛ این کار با تقسیم این هزینه‌ها در طول **سال تقویمی** (ژانویه تا دسامبر) انجام می‌شود. افرادی که طرح دارویی Medicare یا طرح سلامت Medicare با پوشش دارویی (نظیر طرح Medicare Advantage با پوشش دارویی) دارند می‌توانند از این گزینه پرداخت استفاده کنند. **این گزینه پرداخت ممکن است در مدیریت هزینه‌ها به شما کمک کند اما باعث صرفه‌جویی در هزینه‌ها یا کمتر شدن هزینه داروها نمی‌شود. اگر در طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare شرکت می‌کنید و در همان طرح قسمت D باقی بمانید، مشارکت شما به‌طور خودکار برای سال 2027 تمدید خواهد شد؛ برای ادامه شرکت در سال 2027 نیازی به ارسال درخواست انتخاب جدید ندارید.** دریافت کمک اضافی از Medicare و دریافت کمک از SPAP و ADAP برای افراد واجدشرایط در مقایسه با شرکت در طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare مزایای بیشتری دارد. برای اطلاعات بیشتر درباره این گزینه پرداخت، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید) یا از Medicare.gov بازدید کنید.

طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare – اطلاعات تماس	
تلفن تماس	1-833-750-9969 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته. خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس می گیرند) همچنین دارای خدمات مترجم زبان رایگان برای غیر انگلیسی زبانان است.
TTY	1-800-716-3231 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته.
با این آدرس مکاتبه کنید:	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
وب‌سایت	go.wellcare.com/CA-MPPP

بخش 8 هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB)

«هیئت بازنشستگی راه‌آهن» یک سازمان فدرال مستقل است که برنامه‌های جامع مزایا را برای کارکنان راه‌آهن و خانواده‌هایشان در سرتاسر کشور مدیریت می‌کند. اگر Medicare را از طریق هیات بازنشستگی راه‌آهن دریافت می‌کنید، در صورت نقل‌مکان یا تغییر آدرس پستی، آن‌ها را مطلع کنید. اگر درباره مزایای خود از هیات بازنشستگی راه‌آهن سؤالی دارید، با این سازمان تماس بگیرید.

هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB) – اطلاعات تماس	
تلفن تماس	1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. برای صحبت با یک نماینده RRB، عدد «0» را از ساعت 9 صبح تا 3:30 بعدازظهر در روزهای دوشنبه، سه‌شنبه، پنج‌شنبه و جمعه، و از ساعت 9 صبح تا 12 ظهر در روز چهارشنبه فشار دهید. برای دسترسی به خط کمک خودکار RRB و دریافت اطلاعات ضبط‌شده به‌صورت 24 ساعته، ازجمله در آخرهفته‌ها و تعطیلات، عدد «1» را فشار دهید.
TTY	1-312-751-4701 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. تماس با این شماره رایگان نیست.
وب‌سایت	https://RRB.gov

بخش 9 اگر بیمه گروهی یا سایر بیمه‌های سلامت را از کارفرما دارید

اگر شما (یا همسر یا شریک خانگی‌تان) به‌عنوان بخشی از این طرح، از کارفرمای خودتان (یا کارفرما یا گروه بازنشستگان همسر یا شریک خانگی‌تان) مزایایی دریافت می‌کنید، در صورت داشتن هرگونه سؤال با مدیر مزایای کارفرما/اتحادیه یا خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) تماس بگیرید. می‌توانید درباره مزایای سلامت کارفرما یا مزایای سلامت بازنشستگی خودتان (یا همسر یا شریک خانگی‌تان)، حق بیمه، یا دوره ثبت‌نام سؤال کنید. (شماره تلفن خدمات اعضا در پشت جلد این دفترچه راهنما درج شده است.) شما می‌توانید برای پرسش‌های مربوط به پوشش Medicare خود تحت این طرح با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر خودتان (همسر یا شریک خانگی‌تان) پوشش داروی تجویزی دیگری از طریق کارفرما یا گروه بازنشستگی دارید، با **مسئول مزایای آن گروه** تماس بگیرید. مدیر مزایا می‌تواند به شما کمک کند تا درک کنید پوشش دارویِ کنونی‌تان چگونه با طرح ما هماهنگ می‌شود.

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

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

در این فصل درباره استفاده از طرح برای دریافت خدمات درمانی پزشکی و سایر خدمات تحت پوشش توضیح داده می شود. برای کسب اطلاعات در مورد اینکه چه خدمات پزشکی و سایر خدمات ما در برنامه ما پوشش می دهد، به نمودار مزایای پزشکی در فصل 4 مراجعه کنید.

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

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

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

طرح ما به عنوان یک طرح درمانی Medicare باید تمام خدمات تحت پوشش Original Medicare را پوشش دهد و ممکن است خدمات دیگری را علاوه بر خدمات تحت پوشش Original Medicare ارائه کند. برای اطلاع از خدمات تحت پوشش طرح به فصل 4 مراجعه کنید.

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

- **مراقبت هایی که دریافت می کنید در نمودار مزایای پزشکی طرح ما** در فصل 4 عنوان شده است.

- **خدمات مراقبتی دریافتی شما از نوع «خدمات با ضرورت پزشکی» باشد.** «خدمات با ضرورت پزشکی» به معنی خدمات، تجهیزات، وسایل، یا سایر داروهای مورد نیاز برای پیشگیری، تشخیص بیماری، یا درمان بیماری شما است و از استانداردهای مورد تأیید حوزه پزشکی برخوردار است.

- **یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) درون شبکه دارید که خدمات مراقبتی شما را ارائه می کند و تحت نظر دارد.** شما به عنوان عضو برنامه ما باید یک PCP شبکه را انتخاب کنید (برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش 2.1 مراجعه کنید).
  - در اکثر موارد PCP شبکه شما باید قبل از اینکه توسط سایر ارائه دهندگان در شبکه طرح مانند پزشکان متخصص، بیمارستان ها، مرکز پرستاری تخصصی، یا سازمان های ارائه خدمات مراقبتی سلامت در منزل خدمات دریافت کنید، به شما تأییدیه بدهد. برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش 2.3 مراجعه کنید.
  - برای مراقبت های اورژانسی و یا خدمات فوری نیاز به دریافت ارجاع از طرف PCP خود ندارید. برای آشنایی با انواع خدمات مراقبتی دیگر که می توانید بدون دریافت تأیید قبلی از PCP خود دریافت کنید، به بخش 2.2 مراجعه کنید.
- **شما باید خدمات مراقبتی تان را از یک ارائه دهنده شبکه دریافت کنید** (به بخش 2 مراجعه کنید). در اکثر موارد خدمات درمانی که از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می کنید (ارائه‌دهنده ای که عضوی از شبکه طرح ما نیست) تحت پوشش نخواهد بود. این بدان معناست که شما باید هزینه کامل خدمات دریافتی را مستقیما به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. *در اینجا 3 استثنا وجود دارد:*
  - طرح هزینه «مراقبت‌های اضطراری» یا «خدمات مورد نیاز فوری» دریافتی از ارائه‌دهنده خارج از شبکه را تحت پوشش قرار می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر و بررسی اینکه چه خدمات اورژانسی یا فوری مورد نیاز است به بخش 3 مراجعه کنید.
  - اگر به مراقبت پزشکی نیاز دارید که Medicare یا California Medi-Cal (Medicaid) طرح ما را ملزم به پوشش آن می‌کند، اما هیچ متخصصی در شبکه ما این مراقبت را ارائه نمی‌دهد، می‌توانید این خدمات را از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید و همان میزان سهم پرداختی را بپردازید که معمولاً برای ارائه‌دهنده داخل شبکه پرداخت می‌کنید. برای این کار، دریافت مجوز قبلی الزامی است. برای اطلاع از قوانین تأیید و صدور مجوز که قبل از دریافت خدمات درمانی ممکن است لازم داشته باشید با ما تماس بگیرید. در این شرایط ما چنین خدماتی را تحت پوشش قرار می دهیم، دقیقاً مانند مواقعی که خدمات درمانی را از ارائه‌دهنده شبکه دریافت می کنید. برای اطلاع از دریافت تأیید برای استفاده از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه، به بخش 2.4 دراین فصل مراجعه کنید.
  - وقتی موقتاً خارج از منطقه خدماتی طرح هستید یا زمانی که ارائه‌دهنده این خدمات موقتاً در دسترس نیست یا موجود نیست، خدمات دیالیز کلیه که در مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare دریافت می کنید تحت پوشش طرح خواهد بود. مبلغ تسهیم هزینه ای که برای دیالیز به طرح پرداخت می کنید هرگز بیشتر از مبلغ تسهیم هزینه در Original Medicare نیست. اگر خارج از منطقه خدماتی طرح هستید و خدمات دیالیز را از ارائه‌دهنده ای دریافت می کنید که خارج از شبکه طرح است، مبلغ تسهیم هزینه شما بیشتر از مبلغ تسهیم هزینه پرداختی در شبکه نخواهد بود. اما اگر ارائه‌دهنده همیشگی شما برای دیالیز موقتاً در دسترس نباشد و بخواهید خدمات را از ارائه‌دهنده خارج از شبکه اما در منطقه خدماتی طرح دریافت کنید، مبلغ تسهیم هزینه برای این نوع دیالیز ممکن است بیشتر شود.

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

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

PCP چیست و چه کارهایی برایتان انجام می دهد؟

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

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

- اشعه ایکس،
- تست‌های آزمایشگاهی،
- فیزیوتراپی، کاردرمانی و/یا گفتار درمانی
- مراقبت از سوی پزشکانی که متخصص هستند،
- پذیرش در بیمارستان، و
- مراقبت پیگیری.

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

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

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

چگونگی انتخاب PCP

وقتی در برنامه ما ثبت‌نام می‌کنید، یک گروه پزشکی تحت قرارداد از شبکه Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) انتخاب خواهید کرد. یک PCP نیز از این گروه پزشکی مشارکت‌کننده انتخاب خواهید کرد. برای انتخاب PCP خود، به وب‌سایت ما در go.wellcare.com/2027providerdirectories بروید و یک PCP را از شبکه طرح ما انتخاب کنید. خدمات اعضا همچنین می‌تواند به شما در انتخاب PCP کمک کند. هنگامی که PCP خود را انتخاب کردید با خدمات اعضا تماس بگیرید و انتخاب خود را بگویید. PCP شما باید در شبکه ما باشد.

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

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

نحوه تغییر PCP

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

اگر می خواهید گروه پزشکی یا PCP را تغییر دهید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. هر گروه پزشکی و PCP در طرح، ممکن است بیماران را به متخصصان خاصی از طرح ارجاع دهد و از بیمارستان های خاصی در شبکه خودش استفاده کند. به دلیل اینکه بعضی از پزشکان مراقبت‌های اولیه (PCP) در شبکه‌های ارجاع محدود یا مشخصی فعالیت می‌کنند، گروه پزشکی طرح و پزشک مراقبت‌های اولیه‌ای که انتخاب می‌کنید ممکن است تعیین کند که از کدام متخصصان و بیمارستان‌ها می‌توانید استفاده کنید. اگر متخصصین یا بیمارستان های خاصی وجود دارند که می خواهید استفاده کنید، بررسی کنید گروه پزشکی یا PCP شما از این متخصصین یا بیمارستان ها استفاده کند.

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

بخش 2.2 مراقبت های پزشکی و سایر خدماتی که می توانید بدون مراجعه به PCP دریافت کنید

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

- این خدمات شامل خدمات معمول مراقبت از سلامت زنان است تا زمانی که این خدمات را از ارائه‌دهنده دریافت کنید و شامل معاینات سینه، غربالگی ماموگرافی (عکسبرداری اشعه ایکس از سینه)، آزمایش پاپ اسمیر، و آزمایش لگن خاصره می شود .
- واکسن های آنفلوانزا، COVID-19، ذات الریه تا زمانی که آنها را از ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید.
- خدمات اضطراری از ارائه دهندگان شبکه یا ارائه دهندگان خارج از شبکه.

- خدمات تحت پوشش فوری مورد نیاز که نیاز به مراقبت‌های پزشکی فوری (اما نه اضطراری) اگر شما یا به‌طور موقت خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید، یا اگر با توجه به زمان، مکان و شرایط شما برای دریافت این خدمات از ارائه‌دهندگان شبکه غیرمنطقی است. نمونه‌هایی از خدمات مورد نیاز فوری بیماری‌های پیش‌بینی‌نشده پزشکی و جراحات و یا شعله‌ور شدن غیرمنتظره شرایط موجود است. بازدیدهای معمول حرفه‌ای از نظر پزشکی (مانند معاینه‌های کلی سالانه) ضروری نیست حتی اگر شما خارج از منطقه خدماتی طرح ما باشید یا شبکه ما به‌طور موقت در دسترس نباشد.
- دیالیز کلیه در مراکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که به‌طور موقت خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید. در صورت امکان قبل از خروج از منطقه خدمات دهی با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید) تماس بگیرید تا بتوانیم به شما کمک کنیم تا در زمان دور بودن دیالیز نگهداری را انجام دهید.

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

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

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

برای اینکه بتوانید نزد یک متخصص بروید، معمولاً لازم است که ابتدا اجازه PCP خود را کسب کنید. به این کار دریافت «ارجاع» به متخصص گفته می‌شود. بسیار مهم است که پیش از ویزیت متخصص طرح یا برخی دیگر از ارائه‌دهندگان ازسوی PCP خودتان ارجاع شوید. چند مورد استثنا، ازجمله مراقبت‌های بهداشتی معمول زنان، وجود دارد که در بخش 2.2 توضیح داده شده‌اند. اگر پیش از دریافت خدمات از متخصص یا برخی ارائه‌دهندگان دیگر به آن‌ها ارجاع نشده باشید، ممکن است لازم باشد خودتان هزینه آن خدمات را بپردازید.

اگر متخصص بخواهد که برای مراقبت اضافی برگردید، ابتدا کنترل کنید تا مطمئن شوید که ارجاعی که از PCP خود برای ویزیت اول دریافت کردید ویزیت‌های اضافی به متخصص و برخی دیگر از ارائه‌دهندگان را پوشش می‌دهد یا خیر. در بعضی مواقع ممکن است لازم باشد شما، یا نماینده تان، یا PCP/ارائه‌دهنده مجوز قبلی از طرح دریافت کند. برای اطلاع درباره اینکه کدام خدمات به مجوز قبلی نیاز دارند به بخش 2 در فصل 4 مراجعه کنید.

هر گروه پزشکی و PCP ممکن است بیماران را به متخصصان خاصی از طرح ارجاع دهد و از بیمارستان های خاصی در شبکه خودش استفاده کند. یعنی گروه پزشکی و PCP که انتخاب می‌کنید ممکن است متخصصین یا بیمارستانی که می‌توانید استفاده کنید را مشخص کنند. اگر متخصصین یا بیمارستان‌هایی وجود دارند که می‌خواهید استفاده کنید، کنترل کنید که آیا گروه پزشکی یا PCP شما از این متخصصین یا بیمارستان‌ها استفاده می‌کنند. اگر می‌خواهید به متخصص طرح سلامت یا بیمارستانی مراجعه کنید که PCP فعلی تان نمی‌تواند شما را به آن ارجاع دهد معمولا می‌توانید PCP خود را تغییر دهید. در بخش 2.1 در قسمت «تغییر PCP» درباره نحوه تغییر PCP اطلاعاتی ارائه شده است.

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

ممکن است در فهرست بیمارستان ها، پزشکان، و متخصصین (ارائه دهندگان) که بخشی از طرح ما هستند در طول سال تغییراتی ایجاد کنیم. اگر ارائه دهنده شما از طرح ما خارج شود، شما از حقوق و حمایت‌های خاصی برخوردارید.

- هرچند که شبکه ارائه دهندگان ما ممکن است در طول سال تغییر کند، اما Medicare ما را ملزم می کند شرایط دسترسی بدون وقفه شما به پزشکان و متخصصین واجد شرایط را فراهم کنیم.
- به شما اطلاع می‌دهیم 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 3 سال گذشته توسط او ویزیت شده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
  - اگر هرکدام از سایر ارائه‌دهندگان شما از طرح ما خارج شوند و آن ارائه‌دهنده درحال‌حاضر برای شما تعیین شده باشد، اگر درحال‌حاضر خدمات درمانی را از او دریافت می‌کنید یا اگر در 3 ماه گذشته توسط او ویزیت شده اید، این مسئله را به شما اطلاع خواهیم داد.
- ما در انتخاب یک ارائه دهنده جدید واجد شرایط در شبکه برای مراقبت های مداوم به شما کمک خواهیم کرد.
- اگر تحت درمان پزشکی یا درمان‌های خاصی با ارائه‌دهنده فعلی خود هستید، شما حق دارید درخواست کنید که درمان یا درمان‌های ضروری پزشکی خود را ادامه دهید. ما با شما همکاری خواهیم کرد تا شما به مراقبت ادامه دهید.
- ما اطلاعات مربوط به دوره‌های ثبت‌نام و گزینه‌های موجود برای تغییر طرح‌ها را به شما می‌دهیم.
- وقتی ارائه‌دهنده داخل شبکه یا مزیت تحت پوشش در دسترس نباشد یا برای برآورده کردن نیازهای پزشکی شما کافی نباشد، ما هر مزیت تحت پوشش و از نظر پزشکی ضروری را خارج از شبکه ارائه‌دهندگان، با همان میزان سهم پرداختی داخل شبکه، برای شما فراهم خواهیم کرد. طرح ما باید تأیید کند ارائه‌دهنده ای در شبکه در دسترس نیست، و همچنین ارائه‌دهنده خارج از شبکه باید با طرح تماس بگیرد و درخواست مجوز و تأییدیه برای دریافت خدمات را برای شما ارائه کند. در صورت تأیید این خدمات، به ارائه‌دهنده خارج از شبکه اجازه داده می شود خدمات را ارائه کند. برای خدمات اضطراری یا خدمات مورد نیاز فوری خارج از شبکه حق دارید این خدمات را از ارائه دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید. همچنین طرح ما باید خدمات دیالیز را برای اعضایی که بیماری کلیوی لاعلاج (ESRD) دارند و به خارج از منطقه خدماتی طرح سفر کرده اند و نمی توانند به ارائه دهندگان شبکه دسترسی داشته باشند، ارائه کند. خدمات ESRD باید در مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare ارائه شود.
- اگر متوجه شدید پزشک یا متخصص درمانگر شما در حال ترک طرح ما است، لطفاً با ما تماس بگیرید تا بتوانیم در پیدا کردن ارائه‌دهنده جدید و مدیریت مراقبتتان به شما کمک کنیم.
- اگر فکر می کنید ارائه‌دهنده ذیصلاحی را جایگزین ارائه‌دهنده قبلی تان نکرده ایم، یا اگر فکر می کنید خدمات درمانی تان به درستی مدیریت نمی شود، حق دارید شکایتی را در رابطه با کیفیت مراقبت به QIO، شکایت مربوط به کیفیت مراقبت را به طرح، یا شکایتتان را به هر دو مرجع ارائه کنید.
(به فصل 9 بروید)

بخش 2.4 نحوه دریافت مراقبت از ارائه دهندگان خارج از شبکه

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

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

انتظارات شما هنگامی که برای اولین بار عضو طرح درمانی می‌شوید

اگر طرح ما برای شما جدید است، می‌توانید از پزشکانی که اکنون استفاده می‌کنید برای مدت معینی استفاده کنید، حتی اگر در شبکه ما نیستند. ما این را تداوم مراقبت می‌نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، می‌توانید ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را در زمان ثبت نام تا 12 ماه در صورت رعایت همه شرایط زیر حفظ کنید:

- شما، نماینده یا 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 در دسترس است و یا اطلاعاتی که شما به ما ارائه کرده‌اید، ارتباط فعلی شما را تعیین می‌کنیم.
    - ما برای پاسخگویی به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. همچنین شما می‌توانید از ما درخواست کنید تا سریعتر تصمیم گیری کنیم و ما باید ظرف 15 روز به شما پاسخ دهیم. 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 در دسترس هستند. اگر در خطر آسیب دیدن باشید، ما 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.

توضیح: می‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) برای حداقل 90 روز یا تا زمانی که ما یک اجاره جدید را تایید کنیم و از یک ارائه‌دهنده شبکه بخواهیم اجاره را تحویل دهد ارائه کنید.

بعد از پایان دوره تداوم دریافت خدمات درمانی لازم است توسط سایر پزشکان یا ارائه‌دهندگان شبکه Wellcare Health Net Dual Liberty (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.

بخش 3 نحوه دریافت خدمات در مواقع اضطراری، در زمان بروز بلایا یا نیاز به خدمات فوری پزشکی

بخش 3.1 دریافت خدمات درمانی در شرایط اضطراری پزشکی

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

اگر در وضعیت اورژانس پزشکی هستید:

- **هرچه سریعتر درخواست کمک کنید.** برای کمک با 911 تماس بگیرید یا به نزدیک ترین اتاق اورژانس بروید. در صورت لزوم برای آمبولانس درخواست کنید. نیازی نیست ابتدا از PCP تأییدیه یا ارجاع دریافت کنید. شما نیازی به استفاده از پزشک شبکه ندارید. هر زمان و هروقت در هر کجای ایالات متحده یا مناطق متعلق به این ایالت و از هر ارائه‌دهنده‌ای که جواز ایالتی مورد نیاز را داشته باشد می توانید خدمات اورژانسی تحت پوشش را دریافت کنید حتی اگر این ارائه دهندگان خارج از شبکه باشند. Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) دارای پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان است.
- **به محض اینکه برایتان امکان‌پذیر بود حتماً در مورد وضعیت اضطراری تان به طرح اطلاع دهید.** باید مراقبت‌های اضطراری شما را پیگیری کنیم. شما یا شخصی دیگر باید معمولاً در مدت 48 ساعت در مورد مراقبت‌های اضطراری‌تان با ما تماس بگیرد. می توانید با خدمات اعضا یا شماره موجود در پشت کارت عضویتتان تماس بگیرید.

خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانس پزشکی

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

پزشکانی که مراقبت‌های اضطراری ارائه می کنند تصمیم می گیرند چه زمانی وضعیت شما پایدار است و شرایط اضطراری پزشکی تمام شده است.

بعد از پایان وضعیت اضطراری، از این حق برخوردار هستید مراقبت‌های پیگیری را دنبال کنید تا مطمئن شوید وضعیتتان همچنان پایدار است. پزشکان شما تا زمانی که وضعیت پزشکی شما پایدار باشد به درمان شما ادامه خواهند داد و در صورت لزوم با ما همکاری خواهند کرد تا هرگونه مراقبت اضافی را برنامه ریزی کنیم.

به طور کلی توصیه می شود که در مدت 5 تا 7 روز پس از دریافت مراقبت های اورژانسی با پزشک مراقبت های اولیه یا درمانگرتان برای بهبودی خود پیگیری کنید. با این حال مراقبت های پیگیری برای پوشش خدمات اورژانسی شما الزامی نیست و در صورت عدم امکان برنامه ریزی بازدید پیگیری در یک بازه زمانی خاص، پوشش شما تحت تاثیر قرار نمی گیرد.

به‌عنوان بخشی از خدمات هماهنگی مراقبت، ممکن است تیم مراقبت ما با شما تماس بگیرد تا در صورت نیاز، برای برنامه‌ریزی ویزیت‌های پیگیری یا ارتباط با منابع حمایتی و خدمات اضافی به شما کمک کند. هرگونه مراقبت پیگیری پزشکی که تحت پوشش برنامه شما قرار می گیرد طبق قوانین تسهیم هزینه برنامه شما پرداخت می شود.

اکر مراقبت‌های اضطراری تان توسط ارائه دهندگان خارج از شبکه ارائه شود، با ارائه دهندگان شبکه هماهنگ می کنیم تا هرگاه از نظر پزشکی در شرایط مناسبی باشید هرچه سریعتر خدمات مراقبتی شما را ارائه کنند.

اگر شرایط اضطراری پزشکی نبود چطور؟

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

اما بعد از تشخیص پزشک نسبت به اضطراری نبودن وضعیتتان، خدمات مراقبت بیشتر را در تنها در صورتی پوشش می دهیم که این خدمات مراقبتی را به یکی از این 2 روش دریافت کرده باشید:

- برای دریافت خدمات بیشتر به یکی از ارائه‌دهندگان شبکه مراجعه کنید.
- مراقبت اضافی که دریافت می‌کنید «مراقبت فوری» تلقی می‌شود و از مقررات برای دریافت این مراقبت پیروی می‌کنید.

بخش 3.2 دریافت خدمات مراقبتی هنگامی که نیاز به خدمات مورد نیاز فوری دارید.

خدماتی که نیاز به مراقبت‌های پزشکی فوری (اما نه اضطراری) دارد خدمات تحت پوشش فوری مورد نیاز است، اگر شما یا به‌طور موقت خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید، یا اگر با توجه به زمان، مکان و شرایط شما برای دریافت این سرویس از ارائه‌دهندگان شبکه غیرمنطقی است. نمونه‌هایی از خدمات مورد نیاز فوری بیماری‌های پیش‌بینی‌نشده پزشکی و جراحات و یا شعله‌ور شدن غیرمنتظره شرایط موجود است. بااین‌حال، مراجعه به ارائه‌دهندگان معمول از نظر پزشکی، مانند چک‌آپ‌های سالانه، ضروری نیست، حتی اگر شما خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید یا شبکه طرح ما به‌طور موقت در دسترس نیست.

اگر به مراقبت‌های فوری نیاز دارید 24 ساعت شبانه روز با مطب PCP تماس بگیرید. ممکن است هدایت شوید تا مراقبت‌های فوری را در یک مرکز مراقبت‌های فوری شبکه دریافت کنید. فهرستی از مراکز ارائه مراقبت‌های فوری در شبکه در قسمت *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* یا در وب‌سایت ما در این آدرس موجود است: go.wellcare.com/2027providerdirectories اگر خدمات مراقبت‌های فوری را در مطب پزشک خود دریافت کنید، مبلغ «فرانشیز ویزیت مطب» را می‌پردازید؛ اما اگر این خدمات را در یکی از مراکز مراقبت‌های فوریِ طرف قرارداد (شبکه) یا کلینیک‌های بدون نیاز به وقت قبلی دریافت نمایید، مبلغ «فرانشیز مرکز مراقبت‌های فوری» را پرداخت خواهید کرد که ممکن است متفاوت باشد. برای اطلاع از مبلغ سهم بیمار برای خدمات ارائه شده در مطب پزشک یا در مراکز مراقبت‌های فوری یا کلینیک واک این درون شبکه به فصل 4، «نمودار مزایای پزشکی (چه چیزی تحت پوشش است)» مراجعه کنید.

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

طرح ما مراقبت‌های فوری و اضطراری را در خارج از ایالات متحده در شرایط زیر تحت پوشش قرار می دهد.

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

توجه: Medicare پوشش مراقبت های پزشکی اورژانسی را در خارج از ایالات متحده و قلمروهای این کشور ارائه نمی دهد؛ با این حال برنامه ما این پوشش را به عنوان یک مزیت مکمل ارائه می دهد.

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

بخش 3.3 دریافت خدمات مراقبت در حین بروز شرایط بحران

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

برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دریافت مراقبت های لازم در هنگام وقوع بلایا، به سایت go.wellcare.com/HealthNetCA مراجعه کنید.

اگر نمی توانید در شرایط بحران از ارائه‌دهنده شبکه استفاده کنید، طرحتان به شما اجازه می دهد خدمات مراقبتی را از ارائه دهندگان خارج از شبکه با مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه دریافت کنید. اگر هنگام وقوع بلایای طبیعی نمی توانید از داروخانه شبکه استفاده کنید، ممکن است بتوانید داروهای تجویزی خود را از داروخانه های خارج از شبکه دریافت کنید. به فصل 5 بخش 2.4 مراجعه کنید.

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

اگر هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده یا اگر صورت‌حسابی برای خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، جهت کسب اطلاعات در خصوص اینکه باید چکار کنید به از فصل 7 این دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

بخش 4.1 اگر خدمات تحت پوشش برنامه ما نباشد

طرح ما همه خدمات دارای ضرورت پزشکی را که در «نمودار مزایای پزشکی» در فصل 4 این دفترچه فهرست شده است تحت پوشش قرار می دهد. اگر خدماتی را دریافت کردید که تحت پوشش برنامه ما قرار نگرفته باشند، یا خدمات خارج از شبکه را بدون مجوز دریافت کنید که خدمات اضطراری یا فوری مورد نیاز نیستند، شما مسئول پرداخت هزینه کامل خدمات هستید. قبل از پرداخت هزینه این خدمات باید بررسی کنید آیا این خدمات تحت پوشش California Medi-Cal (Medicaid) هستند.

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

بخش 5 خدمات پزشکی در یک مطالعه پژوهشی بالینی

بخش 5.1 مطالعه پژوهشی بالینی چیست؟

مطالعه تحقیقات بالینی (که به آن *آزمایش بالینی* نیز گفته می شود) روشی است برای پزشکان و دانشمندان تا انواع جدید درمان های پزشکی را آزمایش کنند، مثلاً میزان کارآیی یک داروی جدید درمان سرطان را بررسی می کنند. بعضی از مطالعه تحقیقات بالینی توسط Medicare تأیید می شوند. یک مطالعه پژوهشی بالینی که توسط Medicare تأیید شده است، معمولاً از داوطلبان می‌خواهد که در مطالعه شرکت کنند. وقتی در مطالعه تحقیقات بالینی شرکت می‌کنید، ممکن است همچنان در طرح ما عضو باشید و سایر خدمات مراقبتی تان (خدماتی که با مطالعه ارتباطی ندارند) را از طریق طرح ما دریافت کنید.

اگر در مطالعه پژوهشی بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، Original Medicare اکثر هزینه‌های مربوط به خدمات تحت پوشش دریافتی در قالب این مطالعه را پرداخت خواهد کرد.
اگر به ما اطلاع دهید در یک کارآزمایی بالینی واجدشرایط شرکت کرده‌اید، در این صورت فقط مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه را برای خدمات دریافتی در این آزمایش پرداخت خواهید کرد. اگر مبلغ بیشتری را پرداخت کنید، مثلاً اگر قبلاً مبلغ تسهیم هزینه Original Medicare را پرداخت کرده‌اید، مابه‌التفاوت بین مبلغی که قبلاً پرداخت کرده‌اید و مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه به شما برگردانده می‌شود. اما لازم است اسنادی ارائه کنید که نشان دهد چه مبلغی را پرداخت کرده‌اید.

اگر می‌خواهید در هرکدام از مطالعات پژوهشی بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، لازم نیست به ما اطلاع دهید و از ما یا PCP تأییدیه دریافت کنید. ارائه‌دهندگانی که خدمات مراقبتی شما را به‌عنوان بخشی از مطالعه پژوهشی بالینی ارائه می‌کنند لازم نیست جزء ارائه‌دهندگان درون شبکه طرح ما باشند. (این موضوع برای مزایای تحت پوششی که نیاز به آزمایش بالینی یا ثبت برای ارزیابی مزیت دارند، ازجمله برخی مزایا که نیاز به پوشش با توسعه شواهد (NCDs-CED) و مطالعات معافیت دستگاه تحقیقاتی (IDE) دارند، اعمال نمی‌شود. این مزایا نیز ممکن است مشمول مجوز قبلی و سایر قوانین طرح باشد.)

هرچند که برای حضور در مطالعه پژوهشی بالینی نیازی به دریافت مجوز از طرح ما ندارید، اما بهتر است هنگام تصمیم‌گیری برای شرکت در آزمایش‌های بالینی واجدشرایط Medicare از قبل به ما اطلاع دهید.

اگر در مطالعه‌ای شرکت می‌کنید که Medicare آن را تأیید نکرده است، کلیه هزینه‌های مربوط به شرکت در این مطالعه را باید خودتان پرداخت کنید.

بخش 5.2 چه کسی هزینه خدمات در مطالعه تحقیقاتی بالینی را پرداخت می‌کند

وقتی در مطالعه تحقیقات بالینی مورد تأیید Medicare شرکت می‌کنید، Original Medicare اقلام و خدمات معمول را که به‌عنوان بخشی از این مطالعه دریافت می‌کنید تحت پوشش قرار می‌دهد، ازجمله موارد زیر:

- هزینه بستری شدن و خوراک در بیمارستان توسط Medicare پرداخت می‌شود حتی اگر در مطالعه شرکت نکرده باشید.
- جراحی یا سایر عمل‌های پزشکی که بخشی از مطالعه تحقیقاتی باشند.
- درمان هرگونه اثرات جانبی و عوارض مربوط به یک مراقبت جدید.

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

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

- به‌طور کلی، Medicare برای اقلام یا خدمات جدید که در مطالعه در حال آزمایش شدن هستند، هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند مگر این‌که Medicare چنین اقلام یا خدماتی را حتی زمانی که شما در مطالعه شرکت نمی‌کنید تحت پوشش قرار داده باشد.
- اقلام یا خدمات ارائه‌شده که فقط برای جمع‌آوری داده مورد استفاده قرار می‌گیرند و به‌طور مستقیم در مراقبت از سلامت شما کاربردی ندارند. مثلاً اگر شرایط پزشکی شما فقط به یک سی‌تی‌اسکن نیاز داشته باشد، Medicare برای سی‌تی‌اسکن‌های ماهانه که بخشی از مطالعه هستند مبلغی را پرداخت نمی‌کند.
- اقلام و خدماتی که توسط حامیان مالی تحقیق، به‌صورت رایگان در اختیار افراد شرکت‌کننده در مطالعه قرار می‌گیرد.

در مورد پیوستن به مطالعه تحقیقاتی بالینی اطلاعات بیشتری کسب کنید

اطلاعات بیشتر درباره پیوستن به کارآزمایی بالینی را می‌توانید در نشریه Medicare با عنوان *Medicare و مطالعه تحقیقات بالینی دریافت* کنید که در Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies در دسترس است. همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

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

بخش 6.1 مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

«مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی» مکانی است که خدماتی را ارائه می کند که به طور معمول در بیمارستان یا مرکز پرستاران باتجربه دریافت می کنید. اگر دریافت مراقبت در بیمارستان یا مرکز پرستاری ماهر برخلاف عقاید مذهبی شما است، ما مراقبت در یک مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی را تحت پوشش قرار می‌دهیم. این مزایا تنها به خدمات بستری قسمت A مربوط می شود (خدمات مراقبت درمانی غیرپزشکی).

بخش 6.2 نحوه دریافت مراقبت از مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

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

- منظور از مراقبت یا درمان پزشکی**غیرمستثنی** هر نوع مراقبت یا درمان پزشکی است که اختیاری بوده و طبق هیچ قانون فدرال، ایالتی یا محلی الزامی نیست.
- درمان پزشکی**مستثنی‌شده** هر نوع مراقبت یا درمان پزشکی است که داوطلبانه نیست یا طبق قانون فدرال، ایالتی یا محلی الزامی است.

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

- مرکزی که مراقبت را ارائه می‌کند باید از Medicare مجوز گرفته باشد.
- طرح ما فقط جنبه‌های غیر مذهبی مراقبت را پوشش می‌دهد.
- اگر خدماتی را از این مؤسسه دریافت کنید که در یک مرکز ارائه شده باشد، شرایط زیر اعمال می‌شود:
  - شما باید مبتلا به یک وضعیت سلامت باشید که به شما امکان می‌دهد خدمات تحت پوشش را برای خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان یا مراقبت مرکز پرستاران باتجربه دریافت کنید.
  - – و – *شما* باید قبل از این‌که در این مرکز پذیرش شوید تأییدیه ما را از قبل دریافت کنید، یا اقامت شما پوشش داده نخواهد شد.

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

بخش 7 قوانین مربوط به مالکیت تجهیزات پزشکی بادوام

بخش 7.1 بعد از پرداخت تعداد مشخصی از مبالغ تحت طرح ما، مالک برخی تجهیزات پزشکی بادوام نخواهید شد

تجهیزات پزشکی بادوام (DME) شامل اقلامی مانند تجهیزات و لوازم اکسیژن، صندلی چرخدار، واکر، سیستم‌های تشک برقی، عصا، لوازم دیابتی، دستگاه‌های تولید گفتار، پمپ‌های تزریق داخل‌وریدی (IV)، نبولایزرها و تخت‌های بیمارستانی است که توسط ارائه‌دهنده برای استفاده اعضا در خانه سفارش داده می‌شوند. عضو همیشه صاحب بعضی از اقلام DME مانند پروتز است. سایر انواع DME را باید اجاره کنید.

در Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از DME را اجاره می‌کنند، پس از پرداخت تسهیم هزینه برای کالا به مدت 13 ماه، صاحب تجهیزات می‌شوند. به‌عنوان عضوی از طرح ما، پس از پرداخت مبالغ پرداخت مشترک برای برخی اقلام DME به مدت تعداد مشخصی از ماه‌ها، مالک برخی از تجهیزات پزشکی بادوام خواهید شد. اگر قبلاً که عضو Original Medicare بودید برای تجهیزات DME مبلغی را پرداخت کرده اید، این مبلغ از مبالغی که به عنوان عضو طرح ما پرداخت می کنید کسر نخواهد شد. اگر درحالی که عضو طرح ما هستید یک DME 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 هرگز مالک آن نخواهید بود و فرقی نمی کند چه مبالغی را به عنوان عضو طرح ما برای آنها پرداخت کرده اید. برای کسب اطلاعات درباره شرایط اجاره یا مالکیت تجهیزات DME و اسنادی که باید ارائه کنید، با مرکز خدمات اعضای ما به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید.

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

اگر در زمانی که در طرح ما بودید مالکیت قلم DME را دریافت نکردید، پس از تغییر به Original Medicare باید 13 پرداخت متوالی جدید انجام دهید تا مالک آن قلم DME شوید. پرداخت هایی که در زمان ثبت نام در برنامه ما انجام داده اید نسبت به این 13 پرداخت محاسبه نمی شود.

مثال 1: شما 12 پرداخت متوالی یا کمتر برای این تجهیزات در Original Medicare هزینه پرداخت کنید و پس از آن به طرح ما ملحق شوید. مبالغی که در Original Medicare پرداخت کرده‌اید محاسبه نخواهند شد. قبل از مالکیت این قلم، باید 13 پرداخت به طرح ما انجام دهید.

مثال 2: شما 12 پرداخت متوالی یا کمتر برای این تجهیزات در Original Medicare هزینه پرداخت کنید و پس از آن به طرح ما ملحق شوید. شما در مدت عضویت در طرح ما مالکیت آن مورد را به دست نیاوردید. سپس به Original Medicare برگشته اید. بعد از این‌که دوباره به Original Medicare ملحق شدید، باید 13 پرداخت متوالی جدید انجام دهید تا مالک آن قلم شوید. هر گونه پرداختی که قبلا انجام داده اید (چه به برنامه ما و چه به Original Medicare) حساب نمی شود.

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

اگر واجد شرایط دریافت تجهیزات اکسیژن Medicare هستید، Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) موارد زیر را پوشش می دهد:

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

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

اگر از طرح ما خارج شوید و به Original Medicare برگردید، چه اتفاقی می‌افتد؟

ارائه‌دهنده تجهیزات اکسیژن توسط Original Medicare ملزم است تا 5 سال به شما خدمات ارائه کند. در طول 36 ماه اول، شما تجهیزات را اجاره می‌کنید. در 24 ماه باقی‌مانده، ارائه‌دهنده تجهیزات و خدمات نگهداری را ارائه می‌کند (شما همچنان مسئول پرداخت مبلغ تسهیم هزینه قابل‌اعمال برای اکسیژن هستید). بعد از 5 سال، می‌توانید انتخاب کنید که با همان شرکت ادامه دهید یا به شرکت دیگری بروید. در این مرحله، چرخه 5 ساله دوباره شروع می‌شود، حتی اگر با همان شرکت بمانید، و دوباره باید در 36 ماه اول پرداخت‌های مشترک را انجام دهید. اگر به طرح ما ملحق شوید یا از آن خارج شوید، چرخه 5 ساله دوباره شروع می‌شود.

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

بخش 1 آشنایی با خدمات تحت پوشش

در این بخش «نمودار مزایای پزشکی» ارائه شده است که حاوی فهرست خدمات تحت پوشش برای شما به عنوان عضوی از طرح ما است. این بخش همچنین اطلاعاتی در مورد خدمات پزشکی ارائه می‌دهد که پوشش داده نشده‌اند و محدودیت‌هایی را در مورد بعضی خدمات خاص توضیح می دهد.

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

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

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

توجه: به دلیل اینکه اعضای ما از Medicaid نیز کمک دریافت می کنند، تعداد بسیار کمی از اعضا به این حد تعیین شده «حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده» می رسند. شما در قبال هزینه‌های سهم بیمه‌شده نسبت به حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده برای خدمات تحت پوشش قسمت A و قسمت B مسئولیتی نخواهید داشت.

طرح های Medicare Advantage محدودیت هایی در مبلغی که شما باید هر سال برای خدمات پزشکی تحت پوشش Medicare Part A و Part B پرداخت کنید دارند. این محدودیت حداکثر مبلغ پرداخت شخصی (MOOP) برای خدمات پزشکی نامیده می شود. **مقدار MOOP برای سال تقویمی 2027 مبلغ $9,850 است.**

مبلغی که برای پرداخت مشترک و بیمه مشترک برای خدمات تحت پوشش پرداخت می کنید از این حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده کسر می شود. مبالغی که برای داروهای تجویزی قسمت D پرداخت می کنید از حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده کسر نمی شود. همچنین مبالغی که برای بعضی از خدمات پرداخت می کنید از حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده کسر نمی شود. این خدمات در نمودار مزایای پزشکی با ستاره (*) مشخص شده است. اگر به حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده $9,850 برسید، لازم نیست در ادامه سال برای خدمات تحت پوشش قسمت A و قسمت B هزینه‌های سهم بیمه‌شده داشته باشید. اما باید همچنان حق بیمه Medicare Part B را پرداخت کنید (مگر اینکه حق بیمه Part B توسط California Medi-Cal (Medicaid) یا شخص ثالث دیگری پرداخت شده باشد).

بخش 2 نمودار مزایای پزشکی شامل مزایا و هزینه های پزشکی شما است

«نمودار مزایای پزشکی» در صفحات بعدی شامل خدماتی است که طرح ما پوشش می دهد (پوشش داروی قسمت D در فصل 5 است). خدمات عنوان شده در «نمودار مزایای پزشکی» فقط زمانی تحت پوشش قرار می گیرند که الزامات پوشش دهی زیر رعایت شده باشد:

- خدمات تحت پوشش Medicare شما باید طبق دستورالعمل‌های پوشش‌دهی Medicare ارائه شود.
- خدمات شما (از جمله مراقبت پزشکی، خدمات پزشکی، وسایل و تجهیزات پزشکی و داروهای تجویزی Part B) *باید* ضرورت پزشکی داشته باشند. عبارت «ضروری پزشکی» به معنی خدمات، وسایل، یا سایر داروهای مورد نیاز برای پیشگیری، تشخیص بیماری، یا درمان بیماری شما است و از استانداردهای مورد تأیید حوزه پزشکی برخوردار است.
- برای ثبت‌نام‌کنندگان جدید، طرح مراقبت هماهنگ‌شده MA 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.
- یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) دارید که خدمات مراقبتی شما را ارائه می کند و تحت نظر دارد. در اکثر مواقع PCP باید قبل از ویزیت شدن توسط سایر ارائه دهندگان در شبکه طرح به شما ارجاع داده باشد.
- برخی از خدماتی که در نمودار مزایای پزشکی ذکر شده اند *فقط* زمانی تحت پوشش هستند که پزشک شما یا ارائه‌دهنده شبکه دیگری ابتدا از ما اجازه بگیرد (بعضی مواقع به این کار «مجوز قبلی» گفته می شود). خدمات تحت پوشش که به تأیید اولیه نیاز دارند در نمودار مزایای پزشکی به صورت مورب نوشته شده اند.
- اگر طرح مراقبت هماهنگ‌شده‌تان تأیید درخواست مجوز قبلی را برای دوره درمان ارائه می‌کند، تأییدیه باید تازمانی‌که 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.

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

- شما تحت پوشش Medicare و همچنین California Medi-Cal (Medicaid) هستید: Medicare خدمات مراقبت از سلامت و داروهای تجویزی را پوشش می دهد. California Medi-Cal (Medicaid) بسته به دسته واجد شرایط بودن California Medi-Cal (Medicaid) ممکن است هزینه های شما را برای خدمات Medicare پوشش دهد، از جمله مبالغ فرانشیز پزشکی برنامه ریزی شده و مبلغ فرانشیز یا بیمه مشترک برای خدمات بیمارستانی و سرپایی و مراجعه به پزشک. California Medi-Cal (Medicaid) همچنین خدماتی را که Medicare پوشش نمی دهد، مانند مراقبت در مراکز نگهداری طولانی مدت، بعضی از داروهای بدون نسخه، و خدمات مبتنی بر خانه و انجمن پوشش می دهد.
- ما نیز مانند همه طرح های سلامت Medicare، همه مواردی را که Original Medicare پوشش می دهد پوشش می دهیم. (اگر می‌خواهید درباره پوشش‌دهی و هزینه‌های Original Medicare اطلاعات بیشتری کسب کنید، به دفترچه *Medicare و شما در سال 2027* مراجعه کنید. این دفترچه را آنلاین در آدرس Medicare.gov مطالعه کنید، یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید تا یک نسخه از آن را برایتان ارسال کنیم. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.)
- برای همه خدمات پیشگیری که در Original Medicare بدون هیچ هزینه ای پوشش داده می شوند، ما نیز آنها را بدون هزینه در اختیارتان قرار خواهیم داد.
- اگر Medicare در طول سال 2027 برای هرکدام از خدمات جدید پوشش اضافه کند، Medicare یا طرح ما این خدمات را پوشش خواهد داد.

- اگر شرایط دریافت California Medi-Cal (Medicaid) را از دست بدهید اما انتظار می‌رود در مدت 3 ماه دوباره واجد شرایط دریافت آن شوید، ما همچنان تمامی مزایای Medicare را که تحت پوشش طرح Medicare Advantage شما هستند ارائه خواهیم کرد. اما در این مدت طرح Medicare Advantage برای پوشش دهی هیچکدام از مزایای California Medi-Cal (Medicaid) که تحت طرح ایالتی Medicaid شما ارائه می شود، مسئولیتی نخواهد داشت. اگر هرگونه سؤالی درباره واجد شرایط بودنتان دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

اطلاعات مهم مربوط به مزایا برای اعضای دارای عارضه‌های مزمن.

- اگر تشخیص داده شود که به هر یک از بیماری‌های مزمن ذکرشده در زیر مبتلا هستید و معیارهای مشخصی را داشته باشید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن باشید.
  - **اختلالات خودایمنی**
  - **سرطان**
  - **اختلالات قلبی عروقی**
  - **اختلال مزمن مصرف الکل و سایر اختلالات سوءمصرف مواد (SUD)**
  - **اختلالات سلامت روان مزمن و ناتوان‌کننده**
  - **بیماری‌های مزمن که موجب اختلال در بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی می‌شوند.**
  - **بیماری مزمن ریوی**
  - **نارسایی مزمن قلب**
  - **بیماری مزمن کلیه (CKD)**
  - **بیماری‌های مزمن ریه**
  - **شرایط مرتبط با اختلال شناختی**
  - **شرایطی که نیاز به خدمات درمانی مداوم برای حفظ یا حفظ عملکرد افراد دارند (شامل دیستروفی عضلانی)**
  - **شرایط همراه با چالش های کاربردی**
  - **زوال عقل**
  - **بیماری دیابت**
  - **آندومتریوز**
  - **اچ‌آی‌وی/ایدز**
  - **نقص ایمنی و اختلالات سرکوب‌کننده سیستم ایمنی**
  - **اختلالات عصبی**
  - **اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک**
  - **پیوند بعد از عمل عضو**

- **اختلالات خونی شدید**
- **سکته**
- طرح شما شامل مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن (SSBCI) است. این مزایا به اعضایی ارائه می‌شود که به یک یا چند بیماری مزمن واجد شرایط مبتلا باشند و **تمام** شرایط لازم برای احراز صلاحیت که توسط CMS تعیین شده است را داشته باشند:
  - دارای یک یا چند بیماری مزمن همراه و پیچیده از نظر پزشکی باشید که تهدیدکننده زندگی هستند یا به‌طور قابل‌توجهی سلامت عمومی یا عملکرد فرد عضو را محدود می‌کند
  - در معرض خطر بالای بستری شدن در بیمارستان یا سایر پیامدهای نامطلوب سلامت قرار داشته باشید
  - نیازمند هماهنگی مراقبت‌های ویژه است

تشخیص یک بیماری مزمن به تنهایی تضمین کننده صلاحیت نیست. **علاوه بر داشتن یک یا چند بیماری مزمن واجد شرایط، واجد شرایط بودن برای SSBCI با داشتن یک یا چند مورد از موارد زیر توسط عضو نشان داده می‌شود:**

- سابقه بستری شدن در بیمارستان یا ویزیت ED و/یا
- استفاده مکرر از خدمات سرپایی یا مراقبت های ویژه و/یا
- شواهدی از کنترل ضعیف بیماری ها یا پایبندی دارو و/یا
- نیازهای اجتماعی غیر پزشکی (SDOH) که بر نتایج سلامت تاثیر می گذارد

واجد شرایط بودن پس از ثبت‌نام شما در طرح، با استفاده از معیارهای عینی و مستند و بر اساس اطلاعات موجود، مانند سوابق پزشکی، درخواست‌های پرداخت هزینه، ارزیابی‌های مدیریت مراقبت، مستندات ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و سایر اطلاعات پشتیبان، تعیین می‌شود.

برای اعضای جدیدی که سابقه کافی از درخواست‌های پرداخت هزینه ندارند، می‌توان تأییدیه ارائه‌دهنده خدمات درمانی را برای پشتیبانی از بررسی واجد شرایط بودن ارائه کرد. ارائه تأییدیه به‌منزله تضمین تأیید درخواست نیست، زیرا واجد شرایط بودن بر اساس این موضوع تعیین می‌شود که آیا عضو تمام معیارهای لازم برای واجد شرایط بودن را دارا است یا خیر.

برای دریافت دسترسی به مزایا، تأیید اینکه تمام معیارهای واجد شرایط بودن رعایت شده‌اند الزامی است. Wellcare در صورت واجد شرایط بودن به شما اطلاع می دهد و دستورالعمل هایی در مورد نحوه دسترسی به مزایای SSBCI ارائه می دهد. اگر در مورد این مزایا و یا واجد شرایط بودن خود سؤالی دارید با شماره خدمات اعضا در پشت کارت شناسایی (ID) عضو خود تماس بگیرید.

واجد شرایط بودن برای SSBCI فقط برای سال جاری طرح اعمال می‌شود و در تاریخ 31 دسامبر تمام می شود. اعضا باید در هر سال طرح، شرایط لازم برای احراز صلاحیت را داشته باشند تا بتوانند به دریافت این مزایا ادامه دهند.

- لطفاً برای جزئیات بیشتر به ردیف *مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن* در نمودار مزایای پزشکی زیر بروید.
- با ما تماس بگیرید تا دقیقاً متوجه شوید که برای چه مزایایی ممکن است واجد شرایط باشید.

این سیب خدمات پیشگیرانه را در نمودار مزایای پزشکی نشان می‌دهد.

نمودار مزایای پزشکی

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
برای خدمات تحت پوشش California Medi-Cal (Medicaid)، لطفاً برای لیست کامل مزایای تحت پوشش Medicaid به «خلاصه مزایای» طرح مراجعه کنید. اگر "خلاصه مزایا" را دریافت نکرده اید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید یک نسخه برایتان ارسال کنند. اشتراک هزینه شما برای خدمات تحت پوشش Medicaid، در صورت وجود، بر اساس میزان واجدشرایط بودنتان برای Medicaid است. برای تعیین سطح مبلغ تسهیم هزینه با سازمان Medicaid ایالتی تان تماس بگیرید.	
غربالگری آنوریسم آئورت شکمی ما یک بار هزینه معاینات غربالگری سونوگرافی را برای اشخاص 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 (PA)، پرستار متخصص (NP) یا متخصص پرستاری بالینی (CNS) خود ارجاع داده شوید.	برای اعضای واجد شرایط برای این غربالگری پیشگیرانه هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.
طب سوزنی برای کمردرد مزمن چند نمونه از خدمات تحت پوشش: حداکثر 12 بازدید در 90 روز برای ذینفعان Medicare تحت شرایط زیر پوشش داده می‌شود: برای این مزایا، کمردرد مزمن به شرح زیر تعریف می‌شود: • 12 هفته یا بیشتر ادامه داشته باشد؛ • غیرتخصصی است، به این دلیل که هیچ علت سیستمیک قابل شناسایی ندارد (یعنی با بیماری متاستاتیک، التهابی، عفونی، و غیره مرتبط نیست)؛ • مربوط به عمل جراحی نباشد؛ و • مربوط به بارداری نباشد. 8 جلسه اضافی برای بیمارانی که علائم بهبودی را نشان می‌دهند پوشش داده می‌شود. بیش از 20 درمان طب سوزنی نمی‌تواند در سال انجام شود.	$0 پرداخت مشترک برای طب سوزنی انجام شده در مطب PCP که تحت پوشش Medicare است. $0 پرداخت مشترک برای طب سوزنی انجام شده در مطب متخصص که تحت پوشش Medicare است. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 پرداخت مشترک برای طب سوزنی انجام شده در مطب کایروپراکتیک که تحت پوشش Medicare است.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
طب سوزنی برای کمردرد مزمن - ادامه در صورت عدم بهبود یا پسرفت بیمار، درمان باید قطع شود. **شرایط لازم برای ارائه‌دهنده:** پزشکان مي توانند خدمات طب سوزنی را مطابق با الزامات دولتی قابل اجرا ارائه کنند. دستیاران پزشک (PA)، پرستاران متخصص (NP)/متخصصان پرستاری بالینی (CNS) ، و پرسنل کمکی می‌توانند طب سوزنی را ارائه دهند درصورتی‌که از تمام شرایط ذی‌ربط ایالتی برخوردار باشند و دارای صلاحیت‌های زیر باشند: • مدرک کارشناسی ارشد یا دکترا در طب سوزنی یا طب شرقی از مدرسه معتبر توسط کمیسیون اعتباربخشی در طب سوزنی و طب شرقی (ACAOM)؛ و • مجوز فعلی، کامل، فعال و نامحدود برای انجام طب سوزنی در ایالت، قلمرو، یا منطقه مشترک‌المنافع (یعنی Puerto Rico) ایالات متحده، یا District of Columbia. پرسنل کمکی که طب سوزنی را ارائه می‌کنند باید تحت نظارت یک پزشک، PA یا NP/CNS که طبق مقررات لازم است، باشد.	*ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
خدمات آمبولانس خدمات آمبولانس تحت پوشش چه در وضعیت اضطراری و چه در شرایط غیراضطراری، ازجمله استفاده از هواپیمای دارای بال ثابت، بال چرخشی، و خدمات آمبولانس زمینی برای رفتن به نزدیک ترین مرکزی که بتواند خدمات مراقبتی را ارائه کند، یا برای ارائه خدمات به عضوی که وضعیت پزشکی او طوری است که جابجایی با سایر وسایل حمل و نقل سلامت او را به خطر می اندازد، یا در صورتی که استفاده از هواپیمای ما تأیید شده باشد. اگر خدمات آمبولانس مورد تأیید برای شرایط اضطراری نباشد، باید اسناد لازم ارائه شود و نشان دهد وضعیت پزشکی او طوری است که جابجایی با سایر وسایل حمل و نقل سلامت او را به خطر می اندازد و جابجایی با آمبولانس از نظر پزشکی ضرورت دارد.	$0 پرداخت مشترک برای رفتن به خدمات آمبولانس زمینی و تحت پوشش Medicare. *برای جابجایی با هواپیمای دارای بال ثابت و برای جابجایی غیراضطراری، ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.* $0 پرداخت مشترک برای رفتن به خدمات آمبولانس هوایی و تحت پوشش Medicare. *برای جابجایی با هواپیمای دارای بال ثابت و برای جابجایی غیراضطراری، ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
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». موارد زیر نمونه‌هایی از خدماتی هستند که ممکن است در طول معاینه شما انجام شوند یا برای شما تجویز شوند: • اندازه گیری های معمول (قد، وزن، فشار خون) • ارزیابی عوامل خطر ابتلا به بیماری های قابل پیشگیری • بررسی واکنش ها و نشانه های حیاتی • آزمایش آزمایشگاهی (نمونه ادرار و خون)	$0 پرداخت مشترک برای آزمایش های فیزیکی معمول و روتین سالانه.*
ویزیت تندرستی سالانه اگر به مدت بیش از 12 ماه قسمت B داشتید، می توانید ویزیت تندرستی سالانه انجام دهید تا بر اساس وضعیت سلامت فعلی و فاکتورهای خطر، طرح پیشگیری شخصی تان را به روز رسانی کنید یا بهبود ببخشید. برنامه ما پوشش بازدید سالانه سلامتی را هر سال تقویمی یک بار پوشش می دهد. **توجه:** اولین ویزیت تندرستی سالانه نباید در فاصله 12 ماه بعد از ویزیت پیشگیری *به Medicare خوش آمدید* باشد. اما اگر 12 ماه از عضویتتان در Part B گذشته است، لازم نیست ویزیت تندرستی سالانه *به Medicare خوش آمدید* شما تحت پوشش قرار بگیرد.	برای ویزیت تندرستی سالانه هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
سنجش تراکم استخوان برای افراد واجد شرایط (به طور کلی افرادی که در معرض خطر از دست دادن توده استخوانی یا خطر پوکی استخوان باشد)، خدمات زیر هر 24 ماه یا در صورت لزوم به دفعات بیشتر پوشش داده می شود: اقدامات لازم برای تشخیص تراکم استخوان، تشخیص ضایعات و نقص های استخوانی، و تعیین کیفیت استخوان، ازجمله تفسیر نتایج توسط پزشک.	برای سنج تراکم استخوان تحت پوشش Medicare هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی) چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • یک ماموگرام خط مبنا بین 35 و 39 سالگی • یک معاینات غربالگری ماموگرام هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا • معاینات بالینی سینه هر 24 ماه	برای غربالگری ماموگرافی تحت پوشش، هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
خدمات توانبخشی قلبی برنامه های جامع خدمات توانبخشی قلب که شامل تمرین های ورزشی، آموزش، و مشاوره هستند برای اعضایی که شرایط خاصی داشته باشند به دستور پزشک تحت پوشش قرار می گیرد. اگر حداقل یکی از این شرایط را داشته باشید، طرح ما شامل این برنامه های جامع می شود: • حمله قلبی در 12 ماه گذشته • جراحی بای‌پس عروق کرونر • آنژین قلبی پایدار (درد قفسه سینه) • ترمیم یا تعویض دریچه قلب • آنژیوپلاستی کرونر (یک روش پزشکی که برای باز کردن شریان مسدود شده استفاده می شود) یا استنت کرونر (روشی که برای باز نگه داشتن شریان استفاده می شود) • پیوند قلب یا قلب و ریه • نارسایی مزمن و ثابت قلب محدودیت های پوشش دهی: تا 36 جلسه خدمات توانبخشی قلب را می توانید دریافت کنید. شما می توانید 2 جلسه در روز (هر کدام به مدت 1 ساعت) داشته باشید و این برنامه می تواند تا 36 هفته طول بکشد. در صورت واجد شرایط بودن ممکن است بتوانید 36 جلسه دیگر دریافت کنید که می تواند در یک دوره زمانی طولانی تر پخش شود.	$0 سهم بیمار برای خدمات توانبخشی قلب تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* $0 پرداخت مشترک برای خدمات توانبخشی ویژه قلب تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
ویزیت کاهش خطر بیماری های قلب و عروق (درمان بیماری های قلب و عروق) برای کمک به کاهش احتمال بروز بیماری های قلب و عروق، هزینه ویزیت را یک بار در سال برای پزشک ارائه‌دهنده خدمات اولیه پرداخت می کنیم. در این جلسه ویزیت پزشک ممکن است درباره مصرف آسپیرین (در صورتی که مناسب باشد) با شما صحبت کند، فشار خونتان را بگیرد و برای اطمینان از سلامت غذایی تان نکاتی را به شما یادآوری کند.	برای مزایای پیشگیری بیماری قلب و عروف از طریق درمان رفتاری ویژه، هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
آزمایش‌های غربالگری بیماری قلب و عروق آزمایش های خون برای تشخیص بیماری قلب و عروق (یا موارد غیرمعمول مرتبط با افزایش خطر بروز بیماری های قلب و عروق) هر 5 سال (60 ماه) یک بار.	برای آزمایش های بیماری قلب و عروق که هر 5 سال یک بار تحت پوشش قرار می گیرند هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • آزمایشات پاپ اسمیر و معاینات لگن خاصره هر 24 ماه برای همه زنان • اگر احتمال بروز سرطان دهانه رحم یا واژن در شما زیاد است یا اگر در سن بارداری هستید و در 3 سال گذشته نتیجه آزمایش پاپ اسمیر شما غیرطبیعی بوده است: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه	برای آزمایش های پیشگیری سرطان دهانه رحم و تست پاپ اسمیر تحت پوشش Medicare هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
خدمات کایروپراکتیک چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • ما فقط درمان دستی ستون فقرات برای اصلاح ساب‌لوکساسیون مهره‌ای را پوشش می‌دهیم	$0 سهم بیمار برای خدمات کایروپراکتیک تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
غربالگری سرطان روده بزرگ آزمایش های غربالگری زیر تحت پوشش قرار می گیرند: • برای انجام کولونوسکوپی هیچ محدودیتی برای حداقل یا حداکثر سن وجود ندارد و هر 120 ماه (10 سال) برای بیمارانی که در معرض خطر بالایی هستند، پوشش داده می‌شوند، یا هر 48 ماه بعد از سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر برای بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ نیستند، و هر 24 ماه برای بیمارانی که بعد از کولونوسکوپی در معرض خطر بالایی هستند پوشش داده می‌شوند. • کولونوگرافی توموگرافی کامپیوتری برای بیماران 45 سال و بالاتر که در معرض خطر ابتلا به سرطان کولورکتال نیستند، زمانی پوشش داده می‌شود که حداقل 59 ماه پس از ماه انجام شده که در آن آخرین غربالگری توموگرافی کامپیوتری انجام شد، یا زمانی که 47 ماه پس از ماه که آخرین غربالگری انعطاف پذیر سیگموئیدوس سهم بیمه‌گذار یا کولونوسکپی سهم بیمه‌گذار انجام شد، گذشت. برای بیماران دارای خطر بالای ابتلا به سرطان کولورکتال، هزینه سی‌تی کولونوگرافی غربالگری در صورتی تحت پوشش است که حداقل 23 ماه از ماهی که آخرین سی‌تی کولونوگرافی غربالگری یا آخرین کولونوسکوپی غربالگری در آن انجام شده است گذشته باشد. • سیگموئیدو سهم بیمه‌گذار انعطاف پذیر برای بیماران 45 سال یا بالاتر. هر 120 ماه برای بیمارانی که بعد از انجام کولونوسسهم بیمه‌گذار مشخص شده است در معرض خطر بالایی نیستند. هر 48 ماه یکبار برای بیمارانی که بعد از آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا توموگرافی کولونوگرافی کامپیوتری 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. • آزمون‌های غربالگری سرطان کولورکتال شامل کولونوسکوپی غربالگری تکمیلی است که پس از مثبت شدن نتیجهٔ یک آزمون غیرتهاجمیِ مبتنی بر نمونه مدفوع (که تحت پوشش Medicare قرار دارد) انجام می‌شود.	برای آزمایش غربالگری سرطان تحت پوشش Medicare هیچ مبلغ بیمه مشترک، سهم بیمار، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود. اگر پزشکتان پولیپ یا هر بافت دیگری را در هنگام انجام کولونوسکوپی یا سیگموئیدوسکوپی شناسایی کند و بردارد، آزمایش غربالگری نوعی آزمایش تشخیصی است و سهم بیمه‌گذار برای خدمات پزشک $0 خواهد بود.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
غربالگری سرطان روده بزرگ - ادامه • آزمایش‌های غربالگری سرطان کولورکتال شامل یک سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برنامه‌ریزی شده یا کولونوسکوپی غربالگری می‌شود که شامل برداشتن بافت یا ماده دیگر است، یا هر روش دیگر که در ارتباط با، در نتیجه و در همان ویزیت بالینیِ آزمایش غربالگری ارائه می‌شود.	
خدمات دندانپزشکی به طور کلی خدمات پیشگیری دندانپزشکی (مانند جرم گیری، آزمایش های معمول دندان، و ایکس ری از دندان) تحت پوشش Original Medicare نیستند. اما Medicare در حال حاضر برای خدمات دندانپزشکی در بعضی موارد محدود و به خصوص زمانی که این خدمات بخشی از درمان ویژه بیماری اصلی فرد ذینفع باشد، این موارد را پوشش می دهد. نمونه‌هایی 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 آزمایش‌های فک و دهان و دندان قبل از پیوند اندام می‌شود. همچنین موارد زیر را پوشش می دهیم: **<u>دستگاه های کمک شنوایی (سمعک) تکمیلی (یعنی معمول و روتین):</u>** • مراقبت‌های جامع دندانپزشکی **خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می شود.**	$0 پرداخت مشترک برای هرکدام از خدمات دندانپزشکی تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
○ خدمات ترمیمی – 1 مورد برای هر دندان در هر 7 سال طرح تحت پوشش است	$0 پرداخت مشترک برای هرکدام از خدمات ترمیمی.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
○ پروتزهای دندانی ثابت – 1 مورد برای هر دندان هر 7 سال طرح تحت پوشش است	$0 سهم بیمار برای هر خدمت پروتز ثابت.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات دندان‌پزشکی - ادامه	
○ پروتزهای دندانی متحرک - بسته به نوع خدمت، 1 مورد برای هر قوس دندانی هر 2 تا 3 سال طرح تحت پوشش هستند	$0 سهم بیمار برای هر خدمت پروتز متحرک. * *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
○ خدمات عمومی کمکی – 1 مورد در سال تحت پوشش است	$0 سهم بیمار برای هر خدمت عمومی تکمیلی. * *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
توصیه می‌شود اعضا قبل از دریافت خدمات درباره گزینه‌های درمانی شان با یک ارائه‌دهنده خدمات معمول دندانپزشکی حاضر در شبکه مشورت کنند. درمان باید هنگامی که در طول سال طرح توسط طرح پوشش داده می‌شود شروع شود. هزینه خدمات دندانپزشکی که توسط طرح پوشش داده نمی شوند بر عهده اعضا است. **خدمات دندانپزشکی تکمیلی (یعنی خدمات معمول تحت پوشش Medicare) باید از ارائه‌دهنده حاضر در طرح دریافت شود تا تحت پوشش طرح قرار بگیرد.** **اگر درباره یافتن ارائه‌دهنده سؤالی دارید، می خواهید دعوی ارائه کنید، یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.** **اطلاعات تکمیلی پوشش دندانپزشکی شامل فهرست دقیق مراحل تحت پوشش را می‌توانید در قسمت جزئیات مزایای دندانپزشکی ما در آدرس زیر مشاهده کنید:** go.wellcare.com/dental-ca	
غربالگری افسردگی هر سال یک غربالگری برای افسردگی را پوشش می دهیم. این غربالگری باید در یک محیط ارائه مراقبت‌های درمانی اولیه انجام شود که بتواند درمان و ارجاعات بعدی را ارائه کند.	برای ویزیت سالانه غربالگری هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
غربالگری دیابت این غربالگری (شامل تست قند خون قبل از صبحانه) را در صورتی پوشش می دهیم که هرکدام از فاکتورهای خطر زیر را داشته باشید: فشار خون بالا، سابقه کلسترول و تری گلیسیرید زیاد (اختلال چربی خون یا دیس لیپیدمی)، چاقی، یا سابقه قند خون (گلوکز) زیاد. این آزمایش ها همچنین ممکن است در صورتی تحت پوشش قرار بگیرد که شرایط دیگری نیز داشته باشید، مثلاً وزنتان زیاد باشد و در خانواده سابقه دیابت داشته باشید. ممکن است واجدشرایط حداکثر 2 غربالگری دیابت در هر 12 ماه، پس‌از تاریخ آخرین آزمایش غربالگری دیابت خودتان، باشید.	برای آزمایش غربالگری دیابت تحت پوشش Medicare هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
آموزش خود-مدیریتی دیابت، خدمات دیابتی و تجهیزات برای همه افرادی که دیابت دارند (مصرف‌کنندگان انسولین و غیرانسولین). • تجهیزات پایش قند خون: دستگاه پایش قند خون (دستگاه‌های متداول نمونه‌گیری از نوک انگشت)، سیستم‌های پایش مداوم قند خون (CGM)، نوارهای تست قند خون، قلم‌های خون‌گیری و سوزن‌های مربوطه (لانست)، و محلول‌های کنترل قند برای بررسی دقت نوارها و دستگاه‌های سنجش.	$0 برای پایش قند خون تحت پوشش Medicare (دستگاه سنتی اندازه‌گیری قند خون با استفاده از نمونه خون از نوک انگشت). *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 برای پایش پیوسته قند خون تحت پوشش Medicare (CGM). *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 برای نوارهای تست قند خون تحت پوشش Medicare، دستگاه‌های لانست و لانست و محلول‌های کنترل گلوکز. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* با این حال همچنان می‌توانید تا 20% از مبلغ محصولاتی را که California Medi-Cal (Medicaid) پوشش نمی دهد پرداخت کنید.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
آموزش خود-مدیریتی دیابت، خدمات دیابتی و تجهیزات - ادامه	
	ممکن است مجوز قبلی لازم باشد. با این حال همچنان می‌توانید تا 20% از مبلغ محصولاتی را که California Medi-Cal (Medicaid) پوشش نمی دهد پرداخت کنید.
• برای کسانی که دیابت دارند و بیماری شدید پای دیابتی دارند: یک جفت کفش طبی با قالب سفارشی در هر سال (از جمله کفی که با چنین کفش هایی ارائه می شود)، و 2 جفت کفی یا یک جفت کفش عمق دار و 3 جفت کفی (بجز کفی های قابل جدا شدن و غیرسفارشی که با چنین کفش هایی ارائه می شود).	$0 پرداخت مشترک برای کفش یا کفی طبی تحت پوشش Medicare برای افراد مبتلا به دیابت که بیماری شدید پای دیابتی دارند. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* با این حال همچنان می‌توانید تا 20% از مبلغ محصولاتی را که California Medi-Cal (Medicaid) پوشش نمی دهد پرداخت کنید.
• آموزش مدیریت شخصی دیابت در شرایطی خاص پوشش داده می‌شود.	$0 پرداخت مشترک برای آموزش مدیریت شخصی دیابت تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* با این حال همچنان می‌توانید تا 20% از مبلغ محصولاتی را که California Medi-Cal (Medicaid) پوشش نمی دهد پرداخت کنید.
Accu-Chek™ Guide و True Metrix™ برندهای منتخب ما برای لوازم تست دیابت (دستگاه‌های اندازه‌گیری قند خون و نوارهای آزمایش) هستند. Dexcom و FreeStyle Libre برندهای برگزیده ما برای دستگاه‌های پایش مداوم قند خون هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اقلامی که در فهرست تجهیزات برگزیده تست دیابت هستند، با خدمات اعضا تماس بگیرید.	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
آموزش خود-مدیریتی دیابت، خدمات دیابتی و تجهیزات - ادامه اگر از تجهیزات تست دیابتی استفاده می‌کنید که توسط طرح برگزیده نیستند، با ارائه‌دهنده تان صحبت کنید تا نسخه جدیدی برایتان بنویسد یا برای دریافت دستگاه کنترل قند خون و نوارهای تست برگزیده، مجوز قبلی درخواست کند.	
وسیله پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه (برای مشاهده تعریف تجهیزات پزشکی با دوام، به فصل 12 و فصل 3 مراجعه کنید) موارد تحت پوشش شامل این موارد می شود ولی محدود به آنها نیست: صندلی چرخ دار، عصا، سیستم تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت بیمارستان که توسط ارائه‌دهنده برای استفاده در منزل سفارش داده شده، پمپ های تزریق وریدی، دستگاه های تولید صدا، تجهیزات اکسیژن، نبولایزرها و واکرها. ما همه تجهیزات DME با ضرورت پزشکی را که توسط Original Medicare پوشش داده می شوند تحت پوشش قرار می دهیم. درصورتی‌که 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. جدیدترین فهرست ارائه دهندگان در وب‌سایت ما در دسترس است: go.wellcare.com/2027providerdirectories.	$0 پرداخت مشترک برای تجهیزات پزشکی بادوام تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 پرداخت مشترک برای تجهیزات پزشکی تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* هر 36 ماه $0 سهم بیمار برای مبلغ تسهیم هزینه جهت پوشش تجهیزات اکسیژن Medicare لحاظ می شود. بعد از گذشت 36 ماه از ثبت‌نام، مبلغ تسهیم هزینه تغییر نمی کند. اگر قبل از ثبت نام در برنامه ما به مدت 36 ماه اجاره برای پوشش تجهیزات اکسیژن پرداخت کرده اید، سهم بیمه‌گذار در برنامه ما $0 است.
مراقبت‌های اضطراری مراقبت‌های اضطراری به خدماتی اشاره می‌شود که:	$0 پرداخت مشترک برای ویزیت در بخش اورژانس که تحت پوشش Medicare باشد.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مراقبت‌های اضطراری (ادامه) • توسط ارائه‌دهنده ای ارائه شوند که در زمینه ارائه خدمات مراقبت اضطراری آموزش دیده است، و • برای ارزیابی یا تثبیت وضعیت سلامت اضطراری لازم باشد. وضعیت اورژانسی پزشکی زمانی است که شما — یا هر فرد عادی و معقول دیگری که از دانش متوسطی در زمینه سلامت و پزشکی برخوردار است — تشخیص دهید که علائم پزشکی خاصی دارید؛ علائمی که نیازمند رسیدگی فوری پزشکی هستند تا از خطر مرگ (و در مورد زنان باردار، از دست رفتن جنین)، یا از دست دادن عضو یا کارکرد آن عضو جلوگیری شود. این علائم پزشکی ممکن است بیماری، جراحت، درد شدید یا وضعیت سلامت خاصی باشد که به سرعت وخیم‌تر می‌شود. مبلغ تسهیم هزینه برای خدمات اضطراری ضروری که خارج از شبکه ارائه می شوند مبلغی یکسان با خدمات ارائه شده در شبکه است. خدمات اضطراری خارج از ایالات متحده تحت پوشش هستند.	اگر مراقبت‌های اضطراری را در بیمارستان خارج از شبکه دریافت می کنید و بعد از تثبیت وضعیت اضطراری‌تان به مراقبت سرپایی نیاز دارید، برای ادامه پوشش‌دهی خدمات درمانی باید به بیمارستان درون شبکه برگردید، یا باید خدمات درمانی سرپایی را در بیمارستان خارج از شبکه که توسط طرح تأیید شده باشد دریافت کنید و هزینه‌ای که پرداخت می‌کنید همان مبلغ تسهیم هزینه‌ای است که در بیمارستان درون شبکه پرداخت می‌کنید. $115 سهم بیمار برای خدمات اضطراری خارج از ایالات متحده* حتی اگر برای همین وضعیتتان در بیمارستان پذیرش شوید، باید این مبلغ را پرداخت کنید. برای خدمات اضطراری و خدمات مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده هر سال تا سقف $50,000 تحت پوشش قرار می گیرید.
برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی • **خط مشاوره پرستار** خط مشاوره پرستاری تلفنی رایگان که توسط پرستاران ثبت‌شده، آموزش‌دیده و دارای مجوز ارائه می‌شود و 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته در دسترس است. پرستاران برای پرسش‌های مرتبط با سلامت راهنمایی ارائه می‌دهند، به اعضا کمک می‌کنند مناسب‌ترین سطح مراقبت را تعیین کنند و برای نگرانی‌های سلامت غیراضطراری پشتیبانی فراهم می‌کنند. می‌توانید با تماس با بخش خدمات اعضا و درخواست انتقال به خط مشاوره پرستاری به این خط دسترسی پیدا کنید.	$0 پرداخت مشترک برای خط مشاوره پرستاری*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات شنوایی ارزیابی‌های تشخیصی شنوایی و تعادل که توسط ارائه‌دهنده انجام می‌شود تا نیاز شما به درمان پزشکی را مشخص کند، درصورتی‌که توسط پزشک، متخصص سنجش شنوایی یا سایر ارائه‌دهندگان ذی‌صلاح انجام شود، به‌صورت خدمات سرپایی تحت پوشش قرار می‌گیرند. **طرح ما خدمات شنوایی تکمیلی (یعنی معمول) زیر را نیز پوشش می‌دهد:** • 1 معاینه شنوایی معمول در هر سال. • 1 نصب و ارزیابی سمعک هر سال. **برای دریافت کامل مزایای شنوایی تحت پوشش طرح، خدمات معمول شنوایی باید از یک ارائه‌دهنده طرف قرارداد در شبکه ارائه‌دهندگان شرکت تأمین‌کننده دریافت شود.** برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تأمین‌کننده خدمات شنوایی، اطلاعات تماس و مزایا، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.	$0 پرداخت مشترک برای هرکدام از آزمایش های شنوایی سنجی تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 پرداخت مشترک در هر سال برای 1 معاینات معمول شنوایی* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 پرداخت مشترک 1 نصب و ارزیابی سمعک هر سال* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
غربالگری اچ‌آی‌وی برای کسانی که آزمایش غربالگری اچ‌آی‌وی را انجام داده‌اند یا کسانی که در معرض خطر بالای عفونت اچ‌آی‌وی هستند، موارد زیر پوشش داده می‌شود: • یک معاینات غربالگری هر 12 ماه اگر باردار هستید، این موارد را پوشش می دهیم: • حداکثر 3 معاینه غربالگری در دوران بارداری	برای اعضای واجدشرایط غربالگری پیشگیرانه اچ‌آی‌وی تحت پوشش Medicare، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات مراقبتی سازمانی در منزل قبل از دریافت خدمات سلامت در منزل، پزشک باید تأیید کند که به خدمات سلامت در منزل نیاز دارید و دستور دریافت خدمات سلامت در منزل را صادر کند. برای این منظور باید خانه نشین باشید، به این معنی که خارج شدن از خانه برایتان کار دشواری باشد. خدمات تحت پوشش شامل این موارد است، ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود: • خدمات پرستاری تخصصی یا کمک درمان در منزل پاره‌وقت یا ناپیوسته (که تحت مزایای مراقبت درمانی در خانه پوشش داده می‌شود، باید خدمات پرستاری تخصصی و کمک درمان در منزل شما به همراه هم برابر با کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشند.) • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • لوازم و وسیله‌های پزشکی	$0 پرداخت مشترک برای هرکدام از خدمات مراقبتی سازمانی در منزل که تحت پوشش Medicare باشند. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
درمان با تزریق خانگی درمان با تزریق خانگی شامل تجویز دارو یا مواد بیولوژیکی به فرد به‌صورت درون‌وریدی یا زیرپوستی در منزل است. اقلام مورد نیاز برای تزریق در منزل شامل دارو (مثل ضدویروس، گلوبولین ایمنی)، بعضی تجهیزات (مثل پمپ)، و وسایل (مثل لوله و کاتتر) است.	$0 پرداخت مشترک برای خدمات حرفه ای از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)، ازجمله آموزش و تعلیم خدمات پرستاری، کنترل و نظارت از راه دور، و خدمات کنترل و نظارت.
	$0 پرداخت مشترک برای خدمات حرفه ای ارائه شده توسط متخصص، ازجمله خدمات پرستاری، تعلیم و آموزش، خدمات کنترل و نظارت از راه دور.
خدمات تحت پوشش شامل این موارد است، ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود: • خدمات حرفه‌ای شامل خدمات پرستاری با توجه به طرح مراقبتی ارائه می‌شود.	*ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
درمان با تزریق خانگی - ادامه • خدمات آموزش و تعلیم بیمار که در مزایای تجهیزات پزشکی بادوام پوشش داده نمی شوند • کنترل و نظارت از راه دور • خدمات کنترل و نظارت برای تزریق و درمان در منزل و داروهای تزریقی که توسط ارائه‌دهنده واجد شرایط درمان تزریقی در منزل ارائه شده باشد	تجهیزات و وسیله های تزریق در منزل در مزایای «تجهیزات پزشکی بادوام» (DME) پوشش داده می شوند. برای اطلاع از مبلغ تسهیم هزینه به قسمت «وسیله پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه» مراجعه کنید. داروهای تزریق در منزل در مزایای «داروهای تجویزی Medicare Part B» پوشش داده می شوند. برای اطلاع از مبلغ تسهیم هزینه به بخش «داروی تجویزی Medicare Part B» مراجعه کنید.
آسایشگاه بیماران رو به مرگ وقتی پزشک شما و مدیر پزشکی آسایشگاه تأیید کنند که پیش‌آگهی نهایی شما نشان می‌دهد بیماری‌تان مرحله نهایی است و اگر بیماری روند طبیعی خود را طی کند، 6 ماه یا کمتر برای زندگی باقی دارید، واجدشرایط مزایای آسایشگاه هستید. می‌توانید مراقبت را از هر برنامه آسایشگاه دارای تأیید Medicare دریافت کنید. طرح ما موظف است به شما کمک کند برنامه‌های آسایشگاه دارای تأیید Medicare را در منطقه خدماتی طرح پیدا کنید، ازجمله برنامه‌هایی که ما مالک آن‌ها هستیم، کنترل می‌کنیم یا در آن‌ها منافع مالی داریم. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند ارائه‌دهنده درون شبکه یا خارج از شبکه باشد.	وقتی در برنامه ویژه بیماران رو به‌مرگ مورد تأیید Medicare ثبت‌نام می کنید، هزینه خدمات ویژه بیماران رو به‌مرگ و خدمات قسمت A و قسمت B مرتبط با پیش بینی مهلک بودن بیماری شما را Original Medicare پرداخت می کند نه طرح ما.
چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • دارو برای کنترل علائم و تسکین درد • مراقبت تنفسی کوتاه مدت • مراقبت در منزل هنگامی که در مرکز مراقبت تسکینی پذیرش می‌شوید، حق دارید در طرح ما باقی بمانید؛ در صورت باقی ماندن در طرح، باید همچنان حق بیمه‌های طرح را پرداخت کنید.	مبلغ تسهیم هزینه خدمات پزشک ممکن است برای خدمات مشاوره ویژه بیماران رو به‌مرگ اعمال شود. برای کسب اطلاعات درباره مبلغ تسهیم هزینه، به بخش «خدمات پزشک/کارور پزشکی» این نمودار مراجعه کنید.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
آسایشگاه بیماران رو به مرگ - ادامه **برای خدمات آسایشگاه و خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا B که مرتبط با پیش‌آگهی بیماری مرحله نهایی شما هستند:** Original Medicare (و نه طرح ما) به ارائه‌دهنده آسایشگاه شما بابت خدمات آسایشگاه و هرگونه خدمات قسمت A و قسمت B مرتبط با پیش‌آگهی بیماری مرحله نهایی شما پرداخت خواهد کرد. وقتی در برنامه ویژه بیماران رو به مرگ هستید، ارائه‌دهنده خدمات ویژه بیماران رو به مرگ صورت‌حساب را برای خدماتی که هزینه اش را Original Medicare پرداخت می‌کند برای Original Medicare صادر خواهد کرد. شما مبلغ تسهیم هزینه Original Medicare را پرداخت خواهید کرد. **برای خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا B که مرتبط با پیش‌آگهی بیماری مرحله نهایی شما نیستند:** اگر به خدمات غیراضطراری و غیرفوری مورد نیاز تحت پوشش Medicare Part A یا B نیاز دارید که مرتبط با پیش‌آگهی بیماری مرحله نهایی شما نیستند، هزینه این خدمات بستگی دارد به این‌که از ارائه‌دهنده درون شبکه طرح ما استفاده کنید و قوانین طرح را رعایت کنید (مانند این‌که آیا نیاز به دریافت مجوز قبلی وجود دارد یا خیر). • اگر خدمات تحت پوشش را از ارائه‌دهنده درون شبکه دریافت کنید و قوانین طرح را برای دریافت خدمات رعایت کنید، فقط مبلغ تسهیم هزینه طرح ما را برای خدمات درون شبکه پرداخت خواهید کرد. • اگر خدمات تحت پوشش را از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید، مبلغ تسهیم هزینه را تحت Original Medicare پرداخت خواهید کرد. **برای خدمات تحت پوشش طرح ما که توسط Medicare Part A یا B پوشش داده نمی‌شوند:** طرح ما همچنان خدمات تحت پوشش طرح را که تحت پوشش قسمت A یا B نیستند، صرف‌نظر از این‌که مرتبط با پیش‌آگهی بیماری مرحله نهایی شما باشند یا خیر، پوشش خواهد داد. برای این خدمات، مبلغ تسهیم هزینه طرح ما را پرداخت خواهید کرد. **برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای قسمت D طرح ما باشند:** اگر این داروها مرتبط با وضعیت آسایشگاه مرحله نهایی شما نباشند، مبلغ تسهیم هزینه را پرداخت می‌کنید. اگر این داروها مرتبط با وضعیت آسایشگاه مرحله نهایی شما باشند، مبلغ تسهیم هزینه Original Medicare را پرداخت می‌کنید. داروها هرگز به‌طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و طرح ما نیستند. برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 5 بخش 9.4 مراجعه کنید.	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
آسایشگاه بیماران رو به مرگ - ادامه **توجه:** اگر به مراقبت غیرآسایشگاهی نیاز دارید (مراقبتی که مرتبط با پیش‌آگهی بیماری مرحله نهایی شما نیست)، برای هماهنگی خدمات با ما تماس بگیرید. طرح ما خدمات مشاوره بیماران رو به‌مرگ را برای افراد مبتلا به بیماری لاعلاج که مزایای آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب نکرده اند تحت پوشش قرار می دهد (فقط یک بار).	
واکسیناسیون خدمات تحت پوشش Medicare Part B عبارتند از: • واکسن‌های ذات‌الریه • واکسن‌های آنفولانزا (یا واکسن‌های مربوط به آنفولانزا)، یک‌بار در هر فصل آنفولانزا در پاییز و زمستان، با واکسن‌های اضافی آنفولانزا (یا واکسن‌های مربوط به آنفولانزا) در صورت ضرورت پزشکی • واکسن‌های هپاتیت B: در صورتی که تاکنون دوره کامل واکسیناسیون را دریافت نکرده‌اید، از سابقه واکسیناسیون خود اطلاع ندارید، یا هر شرایط دیگری دارید که شما را در معرض خطر بالا یا متوسط ابتلا به هپاتیت B قرار می‌دهد • واکسن‌های COVID-19 • سایر واکسن‌ها درصورتی‌که در معرض خطر باشید و معیارهای پوشش Medicare Part B را برآورده کنند ما همچنین بیشتر واکسن‌های بزرگسالان را تحت مزایای دارویی قسمت D طرح خود پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 6 بخش 7 مراجعه کنید. طرح ما اکثر واکسن های بزرگسالان در قسمت D را بدون هیچ هزینه ای برای اعضای 19 ساله و بالاتر پوشش می دهد.	برای واکسن‌های ذات‌الریه، آنفلوانزا، هپاتیت B و COVID-19، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد. برای سایر واکسن های تحت پوشش Medicare (اگر در معرض خطر هستید و از قوانین پوشش دهی Medicare Part B پیروی می کنید)، برای اطلاع از مبلغ تسهیم هزینه موجود به قسمت داروهای نسخه دار Medicare Part B در این نمودار مراجعه کنید. *برخی از داروهای Part B برای تحت پوشش قرار گرفتن به مجوز قبلی نیاز دارند.*
مراقبت سرپایی بیمارستانی شامل بستری شدن به دلیل بیماری شدید، توان بخشی بیماران بستری، مراقبت طولانی مدت در بیمارستان، و انواع دیگر خدمات بستری در بیمارستان. خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان از همان روزی شروع می شود که شما به طور رسمی به دستور پزشک در بیمارستان پذیرش شده اید. روز قبل از ترخیص، آخرین روز بستری بودن شما است.	برای پذیرش تحت پوشش Medicare برای هر بار پذیرش: $0 پرداخت مشترک برای هر بار بستری شدن در بیمارستان. $0 پرداخت مشترک برای هر روز «بستری شدن طولانی مدت».

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان - ادامه	
برای موارد بستری شدن در بیمارستان که تحت پوشش Medicare باشد 90 روز تحت پوشش قرار می گیرید. خدمات تحت پوشش شامل این موارد است ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود: • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر از نظر پزشکی ضروری باشد) • خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری عادی • هزینه بخش های مراقبت ویژه (ازجمله بخش مراقبت‌های ویژه یا بخش های ویژه بیماران قلبی) • داروها • تست‌های آزمایشگاهی • اشعه ایکس و خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی ضروری • استفاده از وسایلی مانند صندلی چرخدار • هزینه خدمات اتاق جراحی و ریکاوری • ورزش درمانی، درمان شغلی، و گفتار درمانی • خدمات اعتیاد بیماران بستری • در بعضی شرایط، انواع پیوندهای زیر تحت پوشش قرار می‌گیرند: پیوند قرنیه، کلیه، کلیه-لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/چنداحشایی. اگر به پیوند نیاز داشته باشید، هماهنگی لازم را انجام می‌دهیم تا پرونده شما توسط یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare بررسی شود که تصمیم خواهد گرفت آیا کاندیدای پیوند هستید یا خیر. ارائه‌دهندگان پیوند عضو می‌توانند محلی یا خارج از منطقه خدماتی باشند. اگر خدمات پیوند درون شبکه خارج از منطقه درمانی انجمن باشد، تا زمانی که ارائه دهندگان خدمات پیوند عضو تمایلی به پذیرش نرخ Original Medicare داشته باشند، می توانید به مراکز محلی مراجعه کنید. اگر طرح ما خدمات پیوند را در مکانی خارج از الگوی معمول مراقبت برای پیوندها در جامعه شما ارائه دهد و شما انتخاب کنید که پیوند را در این مکان دوردست دریافت کنید، ما هماهنگی لازم را انجام می‌دهیم یا هزینه‌های مناسب اقامت و حمل‌ونقل شما و یک همراه را پرداخت می‌کنیم. • خون - شامل ذخیره و توزیع. پوشش خون کامل و گلبول‌های قرمز فشرده فقط با اولین واحد خونی که به آن نیاز دارید شروع می‌شود. همه سایر اجزای خون از اولین واحد خون تحت پوشش قرار می‌گیرند.	اگر اعضا بیش از تعداد روزهای تحت پوشش طرح در بیمارستان بستری باشند، یعنی «بستری شدن طولانی مدت» و به معنی تعداد روزهایی بیشتر از سقفی است که طرح هزینه آن را پرداخت می کند. اعضا در طول عمرشان می توانند در کل از 60 روز بستری شدن طولانی مدت استفاده کنند. اگر خدمات مورد تأیید بستری را بعد از تثبیت وضعیت اضطراری تان در بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید، مبلغ تسهیم هزینه شما همان مبلغی است که در بیمارستان درون شبکه پرداخت می کنید. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان - ادامه • خدمات پزشک **توجه:** برای بستری شدن، ارائه‌دهنده‌تان باید دستوری را برای پذیرش رسمی به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان نوشته باشد. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیماری سرپایی در نظر گرفته شوید. اگر مطمئن نیستید بیمار بستری یا سرپایی هستید، باید از پرسنل بیمارستان سؤال کنید. • اطلاعات بیشتر را می‌توانید از فرم اطلاعاتی Medicare با عنوان *مزایای بیمارستانی Medicare* دریافت کنید که در Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf در دسترس است، یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.	
خدمات بستری در بیمارستان روانی خدمات تحت پوشش شامل خدمات درمانی سلامت روان است که به بستری شدن در بیمارستان نیاز دارند. برای موارد بستری شدن تحت پوشش Medicare، برای هر بستری شدن به مدت 90 روز تحت پوشش خواهید بود. برای خدمات بستری سلامت روان که در بیمارستان روانی ارائه می شود، 190 روز محدودیت مادام العمر وجود دارد. محدودیت 190 روزه در مورد خدمات سلامت روان بستری ارائه‌شده در بخش روان‌پزشکی یک بیمارستان عمومی اعمال نمی‌شود. اگر از بخشی از مزایای مادام العمر 190 روزه Medicare را قبل از ثبت‌نام در طرح ما استفاده کرده باشید، فقط می توانید برای باقیمانده روزها از پوشش دهی طرح استفاده کنید.	برای پذیرش تحت پوشش Medicare، در هر پذیرش: $0 پرداخت مشترک برای هر مورد بستری شدن مرتبط با سلامت روان. $0 پرداخت مشترک برای هر روز «بستری شدن طولانی مدت». اگر اعضا بیش از تعداد روزهای تحت پوشش طرح در بیمارستان بستری باشند، یعنی «بستری شدن طولانی مدت» و به معنی تعداد روزهایی بیشتر از سقفی است که طرح هزینه آن را پرداخت می کند. اعضا در طول عمرشان می توانند در کل از 60 روز بستری شدن طولانی مدت استفاده کنند. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات بستری در بیمارستان روانی - ادامه	اگر خدمات مورد تأیید بستری را بعد از تثبیت وضعیت اضطراری تان در بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید، مبلغ تسهیم هزینه شما همان مبلغی است که در بیمارستان درون شبکه پرداخت می کنید.
بستری شدن: خدمات تحت پوششی که در بیمارستان یا SNF در طول بستری شدن بدون پوشش دریافت می‌کنید اگر مزایای بستری شما تمام شده باشد یا اگر بستری شدن از نظر منطقی و پزشکی ضروری نباشد، هزینه بستری شما را پوشش نمی‌دهیم. در برخی موارد، خدمات خاصی را که هنگام حضور شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری ماهر (SNF) دریافت می‌کنید، پوشش می‌دهیم. خدمات تحت پوشش شامل این موارد است، ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود: • خدمات پزشک • آزمایش های تشخیصی (مانند تست های آزمایشگاهی) • عکسبرداری ایکس ری ، رادیوم، و ایزوتوپ درمانی شامل مواد و خدمات تکنسین • پانسمان جراحی • آتل‌ها، گچ‌ها و سایر وسایلی که برای کاهش شکستگی‌ها و دررفتگی‌ها استفاده می‌شوند. • وسیله های پروتز و اورتز (بجز دندانپزشکی) که جایگزین بخشی از عضو یا کل عضو است (شامل بافت مجاور)، یا جایگزین همه یا بخشی از کارکرد عضوی است که به طور دائمی کارآیی خود را از دست داده، یا عضو داخلی بدن که مانند قبل کارآیی ندارد، ازجمله تعویض یا تعمیر چنین وسیله هایی • ساپورت پا، بازو، کمر و گردن، فتق بند، پا، بازو و چشم مصنوعی، شامل تنظیم، تعمیر و تعویض ضروری به واسطه شکستگی، فرسودگی، از بین رفتن یا تغییر در وضعیت بیمار • فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی	خدمات تحت پوشش همچنان با مبلغ های تسهیم هزینه که در نمودار مزایا برای آن خدمات خاص مشخص شده است تحت پوشش خواهند بود.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
درمان تغذیه پزشکی این مزایا برای کسانی است که دیابت و بیماری مجاری ادراری (کلیه) (اما دیالیز نمی شوند) دارند، یا به دستور پزشک برای بیمارانی که قبلاً پیوند کلیه انجام داده اند. ما در سال اول دریافت خدمات درمان تغذیه پزشکی تحت Medicare، 3 ساعت خدمات مشاوره یک‌به‌یک را پوشش می‌دهیم (این شامل طرح ما، هر طرح Medicare Advantage دیگر یا Original Medicare می‌شود)، و پس از آن هر سال 2 ساعت را پوشش می‌دهیم. اگر وضعیت، درمان یا تشخیص شما تغییر کند، ممکن است بتوانید با دستور پزشک، ساعات درمان بیشتری دریافت کنید. پزشک باید این خدمات را تجویز کند و اگر درمان شما در سال تقویمی بعدی موردنیاز باشد، باید هر سال دستور خود را تمدید کند.	برای خدمات درمان تغذیه پزشکی تحت پوشش Medicare، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.
برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (MDPP) **خدمات MDPP برای افراد واجدشرایط در همه طرح‌های سلامت Medicare تحت پوشش قرار می‌گیرد.** MDPP یک مداخله ساختاریافته تغییر رفتار سلامت است که آموزش عملی درباره تغییرات بلندمدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و راهبردهای حل مسئله برای غلبه بر چالش‌های حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم ارائه می‌کند.	برای مزایای MDPP، هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
داروهای Medicare Part B **این داروها تحت پوشش Original Medicare قسمت B هستند. اعضای طرح ما پوشش این داروها را از طریق طرح ما دریافت می‌کنند. داروهای تحت پوشش عبارتند از:** • داروهایی که معمولاً توسط بیمار به‌صورت خودسرانه تجویز نمی‌شوند و هنگام دریافت خدمات پزشک، خدمات سرپایی بیمارستان یا خدمات مرکز جراحی سرپایی، تزریق یا انفوزیون می‌شوند. • انسولین در کنار تجهیزات پزشکی بادوام (مثل پمپ انسولین که از نظر پزشکی ضروری است) ارائه می شود • سایر داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند نبولایزرها) مصرف می‌کنید و توسط طرح ما تأیید شده‌اند.	ممکن است برخی داروها مشمول درمان مرحله‌ای باشند: داروخانه ممکن است لازم باشد برای اینکه داروهای قسمت B را با میزان سهم پرداختی نشان‌داده‌شده در زیر دریافت کنید، درخواست‌های پرداخت را هم به طرح ما و هم به California Medi-Cal (Medicaid) ارسال کند. **داروهای انسولین Medicare Part B**

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
داروهای Medicare Part B - ادامه	
• داروی Alzheimer، Leqembi® (نام ژنریک: لکانماب (lecanemab))، به‌صورت داخل‌وریدی تجویز می‌شود. علاوه بر هزینه دارو، ممکن است پیش و/یا در طول درمان به انجام اسکن‌ها و آزمایش‌های اضافی نیاز داشته باشید که می‌تواند هزینه‌های کلی شما را افزایش دهد. درباره اسکن‌ها و آزمایش‌هایی که ممکن است به‌عنوان بخشی از روند درمان به آن‌ها نیاز داشته باشید، با پزشک خود صحبت کنید • عوامل لخته خون که به خودتان تزریق می‌کنید درصورتی‌که مبتلا به هموفیلی باشید • داروهای پیوند/سرکوب‌کننده سیستم ایمنی: Medicare درمان دارویی پیوند را در صورتی پوشش می‌دهد که Medicare هزینه پیوند عضو شما را پرداخت کرده باشد. 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. پوشش داروهای Medicare Part D، داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی را در صورتی پوشش می‌دهد که قسمت B آن‌ها را پوشش ندهد. • داروهای تزریقی پوکی استخوان، اگر خانه‌نشین باشید، دچار شکستگی استخوانی شده باشید که پزشک تایید کند مرتبط با پوکی استخوان پس از یائسگی است، و نتوانید دارو را خودتان تزریق کنید. • 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.	$0 پرداخت مشترک برای داروهای انسولین Medicare Part B تحت پوشش. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* **سایر داروهای Medicare Part B** $0 پرداخت مشترک برای سایر داروهای Part B تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* **داروهای شیمی‌درمانی/ پرتودرمانی Medicare Part B** $0 پرداخت مشترک برای داروهای شیمی درمانی قسمت B تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• برخی داروهای ضدسرطان خوراکی: Medicare برخی داروهای سرطان خوراکی را که از طریق دهان مصرف می‌کنید، در صورتی پوشش می‌دهد که همان دارو به شکل تزریقی موجود باشد یا آن دارو پیش‌داروی داروی تزریقی باشد (شکل خوراکی دارویی که پس از مصرف، به همان ماده فعال موجود در داروی تزریقی تجزیه می‌شود). 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	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
داروهای Medicare Part B - ادامه • 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 داروهای خوراکی بیماری کلیوی لاعلاج (ESRD) تحت پوشش Medicare Part B قرار دارند. • داروهای کالسیمیمتیک و داروهای اتصال‌دهنده فسفات تحت سیستم پرداخت ESRD، شامل داروی تزریقی Parsabiv® و داروی خوراکی Sensipar® • برخی داروهای خاص برای دیالیز در منزل، ازجمله هپارین، پادزهر هپارین در صورت ضرورت پزشکی، و داروهای بی‌حسی موضعی • عوامل تحریک‌کننده اریتروپوئیز: Medicare داروی اریتروپوئتین (erythropoietin) را به‌صورت تزریقی پوشش می‌دهد، اگر به بیماری کلیوی لاعلاج (ESRD) مبتلا باشید یا برای درمان کم‌خونی مرتبط با برخی شرایط دیگر به این دارو نیاز داشته باشید (مانند Retacrit®) • ایمونوگلوبولین وریدی برای درمان خانگی بیماری های اختلال نقص ایمنی • تغذیه پارنترال و انترال (داخل‌وریدی و تغذیه از طریق لوله) این لینک شما را به فهرستی از داروهای قسمت B که ممکن است مشمول درمان مرحله‌ای باشند هدایت می‌کند: go.wellcare.com/CAStepTherapy. ما همچنین برخی واکسن‌ها را تحت قسمت B و بیشتر واکسن‌های بزرگسالان را تحت مزایای دارویی قسمت D خود پوشش می‌دهیم. در فصل 5 مزایای داروهای تجویزی قسمت D، ازجمله قوانینی که باید برای پوشش‌دهی این داروهای تجویزی دنبال کنید، توضیح داده شده‌اند. مبالغی که باید برای داروهای تجویزی قسمت D در طرح ما پرداخت کنید، در فصل 6 توضیح داده شده است.	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
غربالگری چاقی و درمان برای کمک به کاهش وزن ماندگار اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر است، ما هزینه مشاوره برای کاهش وزن شما را پرداخت می کنیم. اگر در مرکز ارائه خدمات مراقبت اولیه باشید و هماهنگی با طرح پیشگیری جامع شما انجام شود، این مشاوره تحت پوشش خواهد بود. برای کسب اطلاعات بیشتر با پزشک/کارور پزشکی ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خودتان صحبت کنید.	برای غربالگری پیشگیری از چاقی و درمان آن هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
خدمات برنامه درمان مواد مخدر اعضای طرح ما که دچار اختلال مصرف مواد افیونی (OUD) هستند، می‌توانند خدمات مربوط به درمان OUD را از طریق «برنامه درمان مواد افیونی» (OTP) دریافت کنند که شامل خدمات زیر می‌شود: • داروهای درمان با کمک دارو (MAT) برای آگونیست‌ها و آنتاگونیست‌های تأییدشده توسط Food and Drug Administration (سازمان غذا و دارو، FDA) • پخش و توزیع داروهای MAT (در صورت امکان) • مشاوره درباره مصرف مواد • درمان انفرادی و گروهی • آزمایش سم شناسی • فعالیت‌های مصرفی • ارزیابی‌های دوره‌ای	$0 پرداخت مشترک برای هرکدام از خدمات درمان اختلال مصرف مواد افیونی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
آزمایش‌های تشخیصی و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی خدمات تحت پوشش شامل این موارد است، ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود: • اشعه ایکس	$0 پرداخت مشترک برای عکسبرداری ایکس ری تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
آزمایش‌های تشخیصی و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی - ادامه	
• پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و خدمات تکنسین	$0 پرداخت مشترک برای خدمات رادیولوژی درمانی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• لوازم جراحی مانند پانسمان • آتل‌ها، گچ‌ها و سایر وسایلی که برای کاهش شکستگی‌ها و دررفتگی‌ها استفاده می‌شوند.	$0 پرداخت مشترک برای تجهیزات پزشکی تحت پوشش Medicare ازجمله تخته شکسته بندی و گچ گیری. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• تست های آزمایشگاهی	$0 سهم بیمه‌گذار برای هرکدام از خدمات آزمایشگاهی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• خون - شامل ذخیره و توزیع. پوشش‌دهی خدمات مربوط به خون کامل و پک‌های گلبول قرمز (خون) با اولین واحد خون مورد نیاز شما شروع می‌شود. سایر مؤلفه‌های خونی از اولین واحد خون استفاده‌شده تحت پوشش قرار می‌گیرند.	$0 پرداخت مشترک برای خدمات مرتبط با خون تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
• آزمایش‌های تشخیصی غیرآزمایشگاهی مانند CT اسکن، MRI ،EKG و اسکن‌های PET، زمانی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی آن‌ها را برای درمان یک مشکل پزشکی تجویز می‌کنند.	$0 پرداخت مشترک برای خدمات رادیولوژی تشخیصی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
آزمایش‌های تشخیصی و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی - ادامه	
• سایر آزمایش‌های تشخیصی سرپایی	$0 پرداخت مشترک برای روش‌ها و آزمایش‌های تشخیصی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
معاینات بیمارستانی سرپایی خدمات معاینات به خدمات بیمارستانی سرپایی گفته می شود که برای تعیین نیاز شما به بستری شدن یا ترخیص انجام می شود. برای این‌که خدمات تحت نظر بیمارستانی سرپایی تحت پوشش قرار گیرند، باید معیارهای Medicare را برآورده کنند و منطقی و ضروری تشخیص داده شوند. خدمات تحت نظر فقط زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرند که به دستور پزشک یا فرد دیگری که طبق قوانین صدور مجوز ایالتی و آیین‌نامه کارکنان بیمارستان مجاز به پذیرش بیماران در بیمارستان یا درخواست آزمایش‌های سرپایی است، ارائه شوند. **نکته:** به‌جز در مواردی که ارائه‌دهنده دستور کتبی برای پذیرش شما به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید و مبالغ تسهیم هزینه خدمات سرپایی بیمارستان را پرداخت خواهید کرد. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیماری سرپایی در نظر گرفته شوید. اگر مطمئن نیستید که سرپایی هستید، از کارکنان بیمارستان بپرسید. اطلاعات بیشتر را می‌توانید از فرم اطلاعاتی Medicare با عنوان *مزایای بیمارستانی Medicare* دریافت کنید که در Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf در دسترس است، یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت خدمات معاینه تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی ما خدمات ضروری پزشکی را که برای تشخیص یا درمان بیماری یا آسیب‌دیدگی در بخش سرپایی بیمارستان دریافت می‌کنید، تحت پوشش قرار می‌دهیم.	شما مبلغ تسهیم هزینه قابل اعمال که در نمودار مزایای پزشکی برای این خدمات خاص عنوان شده است را پرداخت می کنید.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی - ادامه خدمات تحت پوشش شامل این موارد است، ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود: • خدمات در اتاق اضطراری یا درمانگاه بیماران سرپایی مانند خدمات معاینات یا جراحی سرپایی • بیمارستان برای آزمایشگاه و آزمایش های تشخیصی صورتحساب صادر می کند • مراقبت سلامت روان، ازجمله مراقبت در برنامه بستری جزئی، درصورتی‌که پزشک تأیید کند بدون آن، درمان بستری مورد نیاز خواهد بود. • صورت‌حساب بیمارستان برای پرتوبرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم پزشکی مانند تخته شکسته بندی و گچ گیری • برخی داروها و محصولات بیولوژیکی که نمی‌توانید خودتان مصرف یا تجویز کنید. **نکته:** به‌جز در مواردی که ارائه‌دهنده دستور کتبی برای پذیرش شما به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید و مبالغ تسهیم هزینه خدمات سرپایی بیمارستان را پرداخت خواهید کرد. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیماری سرپایی در نظر گرفته شوید. اگر مطمئن نیستید که سرپایی هستید، از کارکنان بیمارستان بپرسید.	
مراقبت از سلامت روان به‌صورت سرپایی چند نمونه از خدمات تحت پوشش: خدمات سلامت روان ارائه‌شده توسط روان‌پزشک یا پزشک دارای مجوز ایالتی، روان‌شناس بالینی، مددکار اجتماعی بالینی (CSW)، متخصص پرستاری بالینی (CNS)، مشاور حرفه‌ای دارای مجوز (LPC)، درمانگر ازدواج و خانواده دارای مجوز (LMFT)، پزشک پرستار (NP)، دستیار پزشک (PA)، یا سایر متخصصان مراقبت سلامت روان واجدشرایط Medicare که طبق قوانین ایالتی قابل اجرا مجاز باشند. • خدمات ارائه شده توسط روانپزشک	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت درمان فردی با روانپزشک که تحت پوشش Medicare باشد. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مراقبت از سلامت روان به‌صورت سرپایی - ادامه	
	ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.
	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت درمان گروهی با روانپزشک که تحت پوشش Medicare باشد. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• خدمات ارائه شده توسط سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت روان	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت درمان فردی با سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت روان که تحت پوشش Medicare هستند. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
	$0 پرداخت مشترک هر ویزیت درمان گروهی با سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت روان که تحت پوشش Medicare هستند. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
خدمات توانبخشی بیماران سرپایی خدمات تحت پوشش شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی است. خدمات توانبخشی بیماران سرپایی در مراکز مختلف سرپایی مانند بخش های سرپایی بیمارستانی، مطب های پزشک مستقل، و تسهیلات جامع توانبخشی سرپایی (CORF).	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات توانبخشی بیماران سرپایی - ادامه	
• خدمات ارائه شده توسط فیزیوتراپ	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت در مطب فیزیوتراپ که تحت پوشش Medicare است. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• خدمات ارائه شده توسط کار درمان گر	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت کار درمانی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• خدمات ارائه شده توسط گفتاردرمان گر	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت گفتار درمانی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
خدمات سرپایی سوءمصرف مواد چند نمونه از خدمات تحت پوشش: خدمات مربوط به درمان اختلال مصرف مواد مخدر مانند جلسه های درمانی انفرادی و گروهی که توسط پزشک، روانشناس بالینی، مددکار اجتماعی بالینی، متخصص پرستاری بالینی، پزشک پرستار، دستیار پزشک یا سایر متخصصین یا برنامه های مراقبت از سلامت روان که مورد تأیید Medicare هستند و بر اساس قوانین ایالتی مجاز به ارائه خدمات هستند.	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت درمان (تراپی) فردی تحت پوشش Medicare است. $0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت درمان (تراپی) گروهی تحت پوشش Medicare است. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
جراحی سرپایی، شامل خدمات ارائه شده در مراکز بیمارستانی سرپایی و مراکز جراحی سرپایی **توجه:** اگر در بیمارستان جراحی دارید، باید درباره این‌که بیمار سرپایی یا بستری محسوب می‌شوید با ارائه‌دهنده خدماتتان صحبت کنید. مگر این‌که ارائه‌دهنده دستور کتبی پذیرش شما به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان را صادر کند، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید و مبالغ تسهیم هزینه مربوط به جراحی سرپایی را پرداخت خواهید کرد. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیماری سرپایی در نظر گرفته شوید.	
• خدمات ارائه شده در بیمارستان سرپایی	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت تحت پوشش Medicare در مرکز بیمارستان سرپایی. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• خدمات ارائه شده در مرکز جراحی سرپایی	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت تحت پوشش Medicare در مرکز جراحی سرپایی. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
خدمات بستری شدن جزئی در بیمارستان و خدمات سرپایی جامع *بستری جزئی* یک برنامه ساختاریافته درمان فعال روان‌پزشکی است که به‌صورت خدمات سرپایی بیمارستانی یا توسط مرکز سلامت روان جامعه ارائه می‌شود. این خدمات شدیدتر از مراقبتی است که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر ازدواج و خانواده دارای مجوز (LMFT)، یا مشاور حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید و جایگزینی برای بستری بیمارستانی است.	$0 پرداخت مشترک برای هر یک روز برای هر خدمات بستری جزئی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات بستری شدن جزئی در بیمارستان و خدمات سرپایی جامع - ادامه	
خدمات سرپایی فشرده یک برنامه ساختاریافته درمان فعال سلامت رفتاری (روانی) است که در بخش سرپایی بیمارستان، مرکز سلامت روان جامعه، مرکز سلامت فدرال واجد شرایط، یا درمانگاه سلامت روستایی ارائه می‌شود. این خدمات شدیدتر از مراقبتی است که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر ازدواج و خانواده دارای مجوز (LMFT)، یا مشاور حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید، اما شدت آن کمتر از بستری جزئی است.	$0 در روز برای هر خدمات سرپایی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
خدمات پزشک/کارور پزشکی، شامل ویزیت‌ها در مطب پزشک چند نمونه از خدمات تحت پوشش:	
• خدمات مراقبت پزشکی یا جراحی دارای ضرورت پزشکی که توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه در مطب پزشک دریافت می‌کنید	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت در مطب PCP تحت پوشش Medicare.
• خدمات مراقبت پزشکی یا جراحی دارای ضرورت پزشکی که در مرکز جراحی سرپایی تأییدشده، بخش سرپایی بیمارستان یا هر محل دیگری ارائه می‌شوند	برای اطلاع از انواع مبالغ تسهیم هزینه برای ویزیت در مرکز جراحی سرپایی یا در بخش بیماران سرپایی بیمارستان به «جراحی سرپایی» در بخش های قبلی این نمودار مراجعه کنید.
خدمات پزشک/کارور پزشکی، شامل ویزیت‌های مطب پزشک (ادامه)	
• مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت متخصص تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• سایر متخصصان مراقبت از سلامت	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت توسط متخصصان مراقبت از سلامت. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات پزشک/کارور پزشکی، شامل ویزیت‌های مطب پزشک - ادامه	
• معاینات شنوایی و توازن شنوایی که توسط *PCP یا متخصص* انجام می‌شود، در صورتی که برای تشخیص درمان پزشکی مورد نیازتان توسط پزشکتان تجویز شده باشد.	$0 پرداخت مشترک برای خدمات شنوایی تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• برخی خدمات دورپزشکی، از جمله: خدمات موردنیاز فوری، خدمات مراقبت سلامت در منزل، پزشک مراقبت‌های اولیه، کاردرمانی، متخصص، جلسات فردی و گروهی سلامت روان، خدمات پاپزشکی، سایر متخصصان مراقبت سلامت، جلسات فردی و گروهی روان‌پزشکی، خدمات فیزیوتراپی و آسیب‌شناسی گفتار و زبان، جلسات فردی و گروهی درمان سرپایی سوءمصرف مواد، و آموزش خودمدیریتی دیابت.	$0 برای خدمات ویزیت مجازی که از طریق ارائه دهنده ویزیت مجازی برنامه شما انجام می شود.
○ 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 می‌دهد.	**لطفاً توجه داشته باشید:** مبلغ $0 سهم بیمه‌گذار در بالا فقط زمانی اعمال می شود که خدمات از ارائه دهنده ویزیت مجازی برنامه شما دریافت شود.
○ ویزیت مجازی (که با عنوان خدمات سلامت ازراه‌دور یا پزشکی ازراه‌دور نیز شناخته می‌شود) ویزیتی با پزشک از طریق تلفن یا اینترنت با استفاده از تلفن هوشمند، تبلت یا رایانه است. برخی از انواع ویزیت‌ها ممکن است به اینترنت و یک دستگاه مجهز به دوربین نیاز داشته باشند.	
○ طرح ما 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، دسترسی به ویزیت مجازی با پزشکان دارای گواهی بورد را از طریق ارائه‌دهندگان شبکه ویزیت مجازی فراهم می‌کند تا به طیف گسترده‌ای از نگرانی‌ها یا سؤالات سلامت رسیدگی شود. خدمات تحت پوشش شامل پزشکی عمومی، سلامت رفتاری، پوست و غیره است. برای کسب اطلاعات بیشتر و یا برای پیدا کردن ارائه دهنده شبکه مجازی با خدمات اعضا تماس بگیرید.	اگر خدمات حضوری یا سلامت ازراه‌دور را از یک ارائه‌دهنده شبکه و نه از ارائه‌دهنده(گان) ویزیت مجازی دریافت کنید، مبلغ تسهیم هزینه درج‌شده برای آن ارائه‌دهنده را طبق نمودار مزایا پرداخت خواهید کرد (برای مثال، اگر خدمات سلامت ازراه‌دور را از PCP خود دریافت کنید، مبلغ تسهیم هزینه PCP را پرداخت خواهید کرد). *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات پزشک/کارور پزشکی، شامل ویزیت‌های مطب پزشک - ادامه	
• برخی از خدمات سلامت از راه دور عبارتند از مشاوره، تشخیص و درمان توسط پزشک یا متخصص برای بیماران در برخی مناطق روستایی یا سایر مکان‌های مورد تأیید Medicare	شما مبلغ تسهیم هزینه مربوط به ارائه‌دهنده را پرداخت خواهید کرد (همانطور که در قسمت «خدمات پزشک/کارور پزشکی شامل ویزیت در مطب پزشک» در بالا توضیح داده شده است).
• خدمات سلامت از راه دور برای ویزیت های ماهیانه مرتبط با بیماری کلیوی لاعلاج برای اعضایی که خدمات دیالیز در منزل دریافت می کنند در یک مرکز دیالیز کلیه بیمارستانی یا بیمارستانی با دسترسی در مواقع حساس، و مرکز دیالیز کلیه	
• خدمات سلامت ازراه‌دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم سکته مغزی، بدون توجه به محل حضور شما	
• خدمات سلامت از راه دور برای اعضای مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد مخدر یا اختلال سلامت روان به صورت همزمان، بدون در نظر گرفتن مکان آن‌ها	
• خدمات سلامت ازراه‌دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان	
• خدمات سلامت از راه دور برای ویزیت های سلامت روان که توسط «کلینیک های سلامت روستایی و مراکز بهداشتی درمانی مورد تأیید فدرال» ارائه می شوند	شما مبلغ تسهیم هزینه مربوط به ارائه‌دهنده را پرداخت خواهید کرد (همانطور که در قسمت «خدمات پزشک/کارور پزشکی شامل ویزیت در مطب پزشک» در بالا توضیح داده شده است).
• پذیرش مجازی (مثلا از طریق تلفن یا گفتگوی ویدیویی) با پزشک برای 5 تا 10 دقیقه **به شرطی که**: ○ بیمار جدید نباشید **و** ○ این بررسی مجازی مربوط به ویزیت در مطب در 7 روز گذشته نباشد **و** ○ پذیرش منجر به ویزیت مطب در مدت 24 ساعت یا نزدیک‌ترین زمان ملاقات موجود نشود	
• ارزیابی ویدیو و/یا تصاویری که برای پزشک خود ارسال می‌کنید و تفسیر و پیگیری توسط پزشک شما طی 24 ساعت، **درصورتی‌که**: ○ بیمار جدید نباشید **و** ○ ارزیابی با یک ویزیت حضوری در 7 روز گذشته مربوط نباشد **و** ○ ارزیابی به یک ویزیت حضوری در 24 ساعت پس از آن یا نزدیکترین وقت ملاقات موجود منتهی نشود	شما مبلغ تسهیم هزینه مربوط به ارائه‌دهنده را پرداخت خواهید کرد (همانطور که در قسمت «خدمات پزشک/کارور پزشکی شامل ویزیت در مطب پزشک» در بالا توضیح داده شده است).

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات پزشک/کارور پزشکی، شامل ویزیت‌های مطب پزشک - ادامه	
• مشاوره پزشکتان با سایر پزشکان از طریق تلفن، اینترنت، یا بررسی سوابق سلامت الکترونیکی	شما مبلغ تسهیم هزینه مربوط به ارائه‌دهنده را پرداخت خواهید کرد (همانطور که در قسمت «خدمات پزشک/کارور پزشکی شامل ویزیت در مطب پزشک» در بالا توضیح داده شده است).
• نظر دوم (ثانویه) توسط یک ارائه‌دهنده دیگرِ شبکه قبل از انجام عمل جراحی	شما مبلغ تسهیم هزینه مربوط به ارائه‌دهنده را پرداخت خواهید کرد (همانطور که در قسمت «خدمات پزشک/کارور پزشکی شامل ویزیت در مطب پزشک» در بالا توضیح داده شده است). علاوه بر مبلغ تسهیم هزینه عنوان شده در بالا، برای خدمات تحت پوشش Medicare هستند برای تجهیزات پزشکی بادوام، دستگاه ها و لوازم پروتز، آزمایش های تشخیصی سرپایی، و خدمات درمانی، عینک و لنز بعد از جراحی آب مروارید، داروهای تجویزی قسمت D و Medicare Part B همانطور که در نمودار مزایا توصیف شده است،سهم بیمه و/یا بیمه مشترک لحاظ می شود.
خدمات پاپزشکی	
چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی برای موارد جراحت و بیماری پا (مانند انگشت چکشی یا خار پاشنه پا) • مراقبت‌های معمول پا برای اعضایی که شرایط خاصی دارند که بر قسمت پایینی پا تأثیر می گذارد	$0 پرداخت مشترک برای خدمات پاپزشکی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
پروفیلاکسی پیش از مواجهه (PrEP) برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی اگر شما به اچ‌آی‌وی مبتلا نیستید، اما پزشک یا دیگر متخصص مراقبت‌های بهداشتی تشخیص دهد که در معرض خطر بالای ابتلا به اچ‌آی‌وی هستید، ما داروهای پروفیلاکسی پیش از مواجهه (PrEP) و خدمات مرتبط را پوشش می‌دهیم. در صورت واجد شرایط بودن، خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر است: • داروی PrEP خوراکی یا تزریقی مورد تأیید FDA، شامل هزینه تزریق دارو در صورت کاربرد • تا 8 جلسه مشاوره فردی (شامل ارزیابی خطر اچ‌آی‌وی، کاهش خطر اچ‌آی‌وی و پایبندی به دارو) در هر 12 ماه. • تا 8 غربالگری اچ‌آی‌وی در هر 12 ماه. • یک‌بار غربالگری ویروس هپاتیت B.	برای مزایای PrEP، هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی‌شود.
معاینات تشخیص سرطان پروستات برای مردان 50 ساله و بالاتر، خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر است که هر 12 ماه یک‌بار ارائه می‌شوند: • معاینات دیجیتال راست روده	$0 پرداخت مشترک برای معاینه دیجیتال راست روده تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
• آزمایش آنتی ژن ویژه پروستات (PSA)	برای آزمایش سالانه PSA هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
دستگاه‌های پروتز و اورتز و لوازم مربوطه دستگاه هایی که جایگزین کل یا بخشی از اعضای بدن یا عملکرد و کارآیی آن عضو می شوند (بجز اقلام مرتبط با دندان). این موارد شامل اما محدود به تست، نصب یا آموزش استفاده از دستگاه های پروتز و ارتوتیک نیست؛ همچنین کیسه ها و لوازم کولوستومی که مستقیما به مراقبت از کولوستومی، ضربان ساز، بریس، کفش پروتز، اندام مصنوعی، و پروتزهای پستان (شامل برلاسیر جراحی بعد از ماستکتومی). شامل برخی لوازم مرتبط با دستگاه‌های پروتز و اورتز، و تعمیر و/یا تعویض دستگاه‌های پروتز و اورتز است. همچنین شامل برخی پوشش‌ها پس از برداشتن آب مروارید یا جراحی آب مروارید است؛ برای جزئیات بیشتر، بعداً در این جدول به بخش *مراقبت‌های بینایی* مراجعه کنید.	$0 پرداخت مشترک برای پروتز یا اورتز تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 پرداخت مشترک برای تجهیزات پزشکی مرتبط با دستگاه های پروتز تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
خدمات توانبخشی ریوی برنامه‌های جامع توان‌بخشی ریوی برای اعضایی که بیماری انسداد مزمن ریه (COPD) متوسط تا بسیار شدید دارند و از پزشک معالج بیماری تنفسی مزمن خود ارجاع‌نامه برای توانبخشی ریوی دریافت کرده‌اند، تحت پوشش قرار می‌گیرد.	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت مربوط به خدمات توانبخشی ریوی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
غربالگری و مشاوره برای کاهش سوء مصرف الکل ما یک غربالگری سوءمصرف الکل را برای بزرگ‌سالان (ازجمله زنان باردار) که سوءمصرف الکل دارند اما به الکل وابسته نیستند، تحت پوشش قرار می‌دهیم. اگر غربالگری شما برای بررسی سوء مصرف الکل مثبت باشد، می توانید حداکثر 4 جلسه کوتاه مشاوره رو در رو (به شرطی که در طول جلسه مشاوره هوشیار باشید) در سال را با ارائه‌دهنده خدمات مراقبت‌های اولیه یا کارور پزشک در مرکز ارائه خدمات اولیه داشته باشید.	برای مزایای پیشگیری شامل غربالگری و مشاوره برای کاهش موارد سوء مصرف الکل تحت پوشش Medicare، هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
غربالگری برای سرطان سینه با توموگرافی کامپیوتری با دوز پایین (LDCT) برای افراد واجدشرایط، LDCT هر 12 ماه یک‌بار تحت پوشش قرار می‌گیرد. **اعضای واجدشرایط عبارتند از:** افراد 50 تا 77 ساله که هیچ علامت یا نشانه‌ای از سرطان ریه ندارند، اما سابقه مصرف دخانیات به میزان حداقل 20 بسته در سال دارند و درحال‌حاضر سیگار می‌کشند یا در 15 سال گذشته ترک کرده‌اند؛ همچنین باید در طول جلسه مشاوره غربالگری سرطان ریه و تصمیم‌گیری مشترک که مطابق با معیارهای Medicare برای چنین جلساتی است، از پزشک یا کارور واجدشرایط غیرپزشک دستور انجام LDCT دریافت کنند. *برای غربالگری سرطان ریه با LDCT پس از غربالگری اولیه LDCT:* اعضا باید دستور انجام غربالگری سرطان ریه با LDCT را دریافت کنند که ممکن است در هر ویزیت مناسب با پزشک یا کارور واجدشرایط غیرپزشک ارائه شود. اگر پزشک یا کارور واجدشرایط غیرپزشک تصمیم بگیرد برای غربالگری‌های بعدی سرطان ریه با LDCT، ویزیت مشاوره غربالگری سرطان ریه و تصمیم‌گیری مشترک ارائه کند، این ویزیت باید مطابق با معیارهای Medicare برای چنین ویزیت‌هایی باشد.	برای ویزیت مشاوره و تصمیم گیری مشترک یا برای LDCT تحت‌پوشش Medicare هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
غربالگری برای عفونت ویروس هپاتیت C اگر پزشک مراقبت‌های اولیه یا سایر ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی واجدشرایط شما یکی از این موارد را سفارش دهد، یک غربالگری هپاتیت C را پوشش می‌دهیم و شما یکی از این شرایط را رعایت می‌کنید: • شما در معرض خطر بالا هستید زیرا از داروهای تزریقی غیرقانونی استفاده کرده‌اید یا استفاده کرده‌اید. • قبل از سال 1992 شما یک انتقال خون داشتید. • شما بین سال‌های 1945 تا 1965 به دنیا آمده اید. اگر بین سال‌های 1945 تا 1965 متولد شده‌اید و در گروه پرخطر محسوب نمی‌شوید، هزینه یک بار غربالگری را پوشش می‌دهیم. اگر در معرض خطر بالا هستید (برای مثال، از زمان آزمایش قبلی غربالگری هپاتیت C منفی، به استفاده از داروهای تزریقی غیرقانونی ادامه داده‌اید)، ما غربالگری‌های سالانه را پوشش می‌دهیم.	برای غربالگری تحت پوشش Medicare برای ویروس هپاتیت C هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی وجود ندارد.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
غربالگری برای بیماری‌های مقاربتی (STI) و مشاوره برای پیشگیری از STI ما غربالگری‌های عفونت‌های منتقله از راه جنسی (STI) برای کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B را تحت پوشش قرار می‌دهیم. این غربالگری‌ها برای زنان باردار و همچنین برخی افرادی که در معرض خطر بیشتر ابتلا به عفونت منتقله از راه جنسی (STI) هستند، در صورتی که آزمایش‌ها توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه تجویز شوند، تحت پوشش قرار می‌گیرند. ما هزینه این آزمایشات را هر 12 ماه یا در زمان‌های خاص در طول بارداری پوشش می‌دهیم. ما همچنین هر سال حداکثر 2 جلسه حضوری مشاوره رفتاری فشرده 20 تا 30 دقیقه‌ای را برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض خطر بالای ابتلا به بیماری‌های مقاربتی هستند پوشش می‌دهیم. ما این جلسات مشاوره را فقط به‌عنوان خدمات پیشگیرانه پوشش می‌دهیم، مشروط بر اینکه توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه ارائه شوند و در محیط مراقبت‌های اولیه، مانند مطب پزشک، انجام شوند.	برای مزایای پیشگیری غربالگری STI و مشاوره برای STI تحت پوشش Medicare هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
خدمات مربوط به درمان بیماری های کلیه خدمات مرتبط با بیماری کلیه و دیالیز شامل موارد زیر است:	
• خدمات آموزشی بیماری کلیه برای آموزش مراقبت کلیه و کمک به اعضا برای تصمیم گیری های آگاهانه درباره مراقبت از خودشان. برای اعضایی که بیماری مزمن کلیه مرحله چهارم دارند و توسط پزشک ارجاع شده‌اند، حداکثر 6 جلسه خدمات آموزشی بیماری کلیه را در طول عمرشان پوشش می‌دهیم.	$0 پرداخت مشترک برای خدمات آموزشی مربوط به بیماری کلیوی تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
• درمان های دیالیز سرپایی، (از جمله درمان های دیالیز زمانی که به طور موقت خارج از منطقه خدماتی هستند، همانطور که در فصل 3 توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده این خدمات به طور موقت در دسترس نباشد یا غیرقابل دسترسی است)	$0 پرداخت مشترک برای درمان های دیالیز سرپایی کلیه تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
• درمان‌های دیالیز بیماران بستری (اگر برای دریافت مراقبت‌های ویژه به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان پذیرش شوید)	برای اطلاع از مبالغ تسهیم هزینه مربوط به درمان‌های دیالیز بیماران بستری، به بخش «خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان» مراجعه کنید.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات مربوط به درمان بیماری های کلیه - ادامه	
• آموزش دیالیز توسط بیمار (شامل آموزش برای شما و هر کسی که به شما در مورد درمان دیالیز در منزل کمک می کند)	$0 پرداخت مشترک برای آموزش شخصی دیالیز تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
• وسیله‌ها و لوازم دیالیز در منزل	$0 پرداخت مشترک برای تجهیزات دیالیز در منزل تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* $0 پرداخت مشترک برای تجهیزات دیالیز تحت پوشش Medicare. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• بعضی خدمات حمایتی در منزل (مانند ویزیت های ضروری توسط مددکاران آموزش دیده دیالیز برای بررسی دیالیز شمادر منزل، برای کمک در موارد اضطراری، و برای بررسی وسایل دیالیز و تجهیزات آب)	$0 پرداخت مشترک برای خدمات پشتیبانی در منزل تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
داروهای خاصی برای دیالیز تحت پوشش Medicare Part B قرار گرفته اند. برای اطلاعات در مورد پوشش داروهای Part B، به **داروهای Medicare Part B** در این جدول مراجعه کنید.	
مراقبت در مرکز پرستاران باتجربه (SNF)	
(برای تعریف مراقبت از مرکز پرستاران باتجربه، به فصل 12 مراجعه کنید. بعضی مواقع به مرکز پرستاری تخصصی، SNF گفته می شود.)	برای پذیرش تحت پوشش Medicare، در هر پذیرش:
برای هر بار پذیرش/بستری شدن، به مدت 100 روز تحت پوشش خواهید بود. به اقامت قبلی در بیمارستان نیازی نیست.	$0 پرداخت مشترک برای هر اقامت در مرکز پرستاران باتجربه تحت پوشش Medicare.
خدمات تحت پوشش شامل این موارد است ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود:	بعد از روز 100، کلیه هزینه ها را برای هر روز پرداخت خواهید کرد.
• اتاق‌های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی درصورتی‌که از نظر پزشکی لازم باشد)	*ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
• خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص	*ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مراقبت در مرکز پرستاری باتجربه (SNF) - ادامه • خدمات پرستاری تخصصی • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح مراقبت شما به شما تجویز یا ارائه می‌شوند (این شامل موادی است که به‌طور طبیعی در بدن وجود دارند، مانند عوامل انعقاد خون.) • خون - شامل ذخیره و توزیع. پوشش خون کامل و گلبول‌های قرمز فشرده فقط از اولین پینت (واحد) خونی که نیاز دارید آغاز می‌شود. سایر مؤلفه های خونی با شروع استفاده از اولین خون برای شما تحت پوشش قرار می گیرند. • وسیله های پزشکی و جراحی به طور معمول توسط SNF ارائه می شوند • تست های آزمایشگاهی به طور معمول توسط SNF ارائه می شوند • عکسبرداری ایکس ری و سایر خدمات رادیولوژی به طور معمول توسط SNF ارائه می شوند • استفاده از وسایلی مانند صندلی چرخدار به طور معمول توسط SNF ارائه می شوند • خدمات پزشک/کارور پزشکی شما معمولاً مراقبت‌های SNF را از مراکز شبکه دریافت می‌کنید. تحت شرایط خاصی که در زیر فهرست شده است، اگر مرکز موردنظر مبلغ تعیین‌شده توسط طرح ما را برای پرداخت بپذیرد، ممکن است بتوانید مبلغ تسهیم هزینه درون‌شبکه‌ای را برای مرکزی پرداخت کنید که ارائه‌دهنده شبکه نیست. • خانه سالمندان یا مراکز بازنشستگی با خدمات مراقبتی مداوم که قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می کردید (تا زمانی که مراقبت مرکز پرستاران باتجربه را ارائه کند) • مرکز SNF که همسر شما یا همخانه قانونی تان هنگامی که بیمارستان را ترک می کنید در آنجا زندگی می کند	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
ترک سیگار و دخانیات (مشاوره برای ترک سیگار یا قطع مصرف دخانیات) مشاوره ترک مصرف سیگار و دخانیات، برای بیماران سرپایی و بستری‌شده‌ای که این معیارها را دارا هستند، تحت پوشش قرار می‌گیرد: • از دخانیات استفاده می‌کنند، صرف‌نظر از این‌که آیا علائم یا نشانه‌های بیماری مرتبط با مصرف دخانیات دارند یا خیر • در طول مشاوره، از توانایی تصمیم‌گیری برخوردار و هوشیار هستند • یک پزشک واجدشرایط یا سایر متخصصان مورد تأیید Medicare مشاوره را ارائه می‌دهند. ما 2 تلاش برای ترک در سال را پوشش می‌دهیم (هر تلاش می‌تواند شامل حداکثر 4 جلسه متوسط یا فشرده باشد و بیمار می‌تواند حداکثر 8 جلسه در سال دریافت کند).	برای مزایای پیشگیری ترک مصرف سیگار قطع مصرف دخانیات تحت پوشش Medicare، هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.
پلتفرم حمایت اجتماعی طرح ما یک پلتفرم پشتیبانی اجتماعی آنلاین ارائه می‌دهد تا به بهبود سلامت کلی شما کمک کند. این پلتفرم فعالیت‌های درمانی، مشارکت اجتماعی و منابع ارائه‌شده توسط طرح را برای کمک به مدیریت استرس و اضطراب ارائه می‌دهد. این پلتفرم مشارکت و ادامه مشارکت شما را آسان می‌کند تا نیازهای سلامت رفتاری‌تان را مدیریت کنید. این خدمات به‌صورت آنلاین 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته در دسترس است و می‌توانید در هر زمان از آن استفاده کنید. پلتفرم حمایت اجتماعی شامل موارد زیر است: • برنامه‌های سلامت شخصی‌سازی‌شده: به برنامه‌های شخصی‌سازی‌شده 4 هفته‌ای خودراهنمای 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.	$0 پرداخت مشترک برای پلتفرم حمایت اجتماعی*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
پلتفرم حمایت اجتماعی - ادامه • پشتیبانی همسالان و کارشناسان: در فضایی تعدیل شده با یک جامعه آنلاین ارتباط برقرار کنید که در آن می‌توانید با همسالان و کارشناسان بهداشت واجدشرایط ارتباط 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 موضوعاتی مانند پیری سالم، مدیریت انزوا، مراقبت، سوگواری، یافتن هدف در پیری و غیره می‌پردازند. اعضا می‌توانند با ورود به پورتال اعضای خود در go.wellcare.com/member یا با تماس با خدمات اعضا به پلتفرم دسترسی پیدا کنند. پس از ثبت‌نام می‌توانید هر وقت خواستید مستقیما از طریق رایانه، رایانه لوحی، یا تلفن هوشمند به پلتفرم دسترسی داشته باشید.	
مزایای مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن اگر واجدشرایط مزایای تکمیلی ویژه برای بیماری‌های مزمن (SSBCI) باشید، طرح ما مزایای اضافی ارائه می‌دهد. شما باید معیارهای خاصی را برآورده کنید، ازجمله داشتن تشخیص مستند و فعال برای یک یا چند بیماری واجدشرایط. بیماری باید تهدیدکننده حیات باشد یا به طور قابل‌توجهی سلامت کلی یا عملکرد شما را محدود کند. علاوه بر این، باید در معرض خطر بالای بستری شدن در بیمارستان یا سایر پیامدهای نامطلوب سلامت باشید و به هماهنگی فشرده خدمات مراقبتی نیاز داشته باشید. واجد شرایط بودن شرایط مزمن عبارتند از: اختلالات خودایمنی؛ سرطان؛ اختلالات قلبی عروقی؛ اختلال مصرف مزمن الکل و سایر اختلالات مصرف مواد (SUDs)؛ شرایط مزمن و ناتوان کننده سلامت روان؛ شرایط مزمن که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، طعم، لمس و بو را مختل می کند؛	برای مزایای تکمیلی ویژه برای افراد دارای بیماری‌های مزمن هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن - ادامه بیماری مزمن دستگاه گوارش؛ نارسایی مزمن قلب؛ بیماری مزمن کلیه (CKD)؛ اختلالات مزمن ریه؛ شرایط مرتبط با اختلال شناختی؛ شرایطی که نیاز به خدمات درمانی مداوم برای حفظ یا حفظ عملکرد افراد دارد؛ شرایط با چالش های عملکردی؛ زوال عقل؛ دیابت؛ اندومتریوز؛ اچ‌آی‌وی/ایدز؛ نقص ایمنی و اختلالات سرکوب کننده ایمنی؛ اختلالات عصبی؛ اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک؛ پیوند بعد از بدن؛ اختلالات شدید هماتولوژیک؛ سکته مغزی. برای اطلاعات بیشتر درباره معیارهای واجدشرایط بودن، به فصل 4، بخش 2 مراجعه کنید. واجدشرایط بودن برای مزایای زیر پس از ثبت‌نام در طرح ما تعیین می‌شود. **اگر واجد شرایط باشید، می‌توانید از اعتبار Wellcare Spendables® برای استفاده از مزایای اضافی زیر بهره‌مند شوید. همین اعتبار برای مزایای Wellcare Spendables® جهت خرید اقلام بدون نسخه (OTC) نیز استفاده می‌شود. پس از تأیید واجدشرایط بودن، این مزایای گسترده در مدت 7 تا 10 روز کاری در دسترس خواهند بود. کمک‌هزینه استفاده‌نشده به ماه بعد منتقل می‌شود و در پایان سال طرح منقضی می‌گردد. برای اطلاعات بیشتر، به بخش مزایای Wellcare Spendables® در این جدول 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 نمی‌توانید برای پرداخت حضوری در هنگام ثبت‌نام نقدی استفاده کنید. از این کارت فقط می‌توانید تا سقف مجاز موجودی تان برای بنزین زدن استفاده کنید. شارژ خودروهای برقی (EV) نیز ممکن است در مراکز طرف قرارداد که پرداخت با کارت را می‌پذیرند تحت پوشش باشد. • **غذای سالم** می‌توانید از کارت خود برای تهیه غذاها و محصولات سالم در خرده فروشی‌ها عضو طرح استفاده کنید. امکان ارسال برای اقلام خوراکی واجد شرایط ممکن است فراهم باشد. وعده‌های غذایی آماده و جعبه‌های محصولات تازه ممکن است از طریق پرتال آنلاین اعضا قابل سفارش باشند. از کارت نمی‌توان برای خرید سیگار یا مشروبات الکلی استفاده کرد. موارد تأییدشده عبارتند از:	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن - ادامه ○ میوه‌ها و سبزیجات ○ غلات کامل و اقلام اصلی انبار مواد غذایی، مانند آرد، ادویه‌ها و مواد اولیه ماندگار در قفسه ○ محصولات لبنی و جایگزین‌های لبنی، مانند شیر، ماست و پنیر ○ منابع پروتئینی، مانند گوشت، گوشت ماکیان، غذاهای دریایی، تخم‌مرغ، لوبیا، حبوبات، مغزها و دانه‌ها ○ شیک‌ها بارهای غذایی مغذی از اسکنر بارکد داخل برنامه برای پیدا کردن اقلام تأییدشده در فروشگاه‌های خرده‌فروشی استفاده کنید یا به پورتال اعضای خود وارد شوید. • **موارد مراقبت شخصی** می‌توانید از کارت خود برای خرید اقلام بهداشت شخصی و ملزومات ضروری منزل از فروشگاه‌های طرف قرارداد استفاده کنید. امکان ارسال برای اقلام واجد شرایط ممکن است فراهم باشد. موارد تأییدشده عبارتند از: ○ صابون، شامپو و نرم کننده ○ دستمال توالت و دستمال کاغذی ○ وسایل بهداشتی شخصی مانند دئودورانت، محلول شستشوی صورت و شستشوی بدن ○ لوازم و محصولات نظافت که به کنترل عفونت کمک می‌کنند، مانند دستمال‌های ضدعفونی‌کننده و اسپری‌های چندمنظوره نظافت از اسکنر بارکد درون برنامه‌ای برای پیدا کردن اقلام مورد تأیید در فروشگاه‌ها استفاده کنید یا به پورتال عضویتتان وارد شوید. • **کنترل آفات** از کارتتان می توانید برای خرید محصولات کنترل آفات جهت استفاده در داخل و اطراف منزل خود از فروشگاه‌های طرف قرارداد استفاده کنید. امکان ارسال برای اقلام واجد شرایط ممکن است فراهم باشد.	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن - ادامه هزینه‌های تأییدشده برای این مزیت عبارت‌اند از: ○ اسپری‌ها و مواد دافع حشرات ○ محصولات کنترل مورچه، سوسک و جوندگان ○ تله‌های حشرات و ایستگاه‌های طعمه‌گذاری ○ محصولات کنترل پشه از اسکنر بارکد درون برنامه‌ای برای پیدا کردن اقلام مورد تأیید در فروشگاه‌ها استفاده کنید یا به پورتال عضویتتان وارد شوید. • **کمک اجاره** می‌توانید از کارت خود در پرداخت هزینه اجاره خانه خود استفاده کنید. برای پرداخت یا پرداخت اجاره دهنده اجاره خود مستقیما در جایی که پرداخت کارت پذیرفته می‌شود، به پورتال ارائه‌دهنده اجاره/وام مسکن خود وارد شوید. کارت شما فقط تا سقف موجودی کمک هزینه قابل استفاده است. نمی‌توان از کارت برای تنظیم پرداخت‌های تکراری خودکار استفاده کرد. • **حیوان خانگی همراه رباتیک** می‌توانید از طریق پورتال اعضا، حیوان خانگی رباتیک همراه سفارش دهید. گزینه‌های موجود ممکن است شامل گربه، سگ یا پرنده همراه باشد. این حیوانات خانگی برای ایجاد آرامش و همراهی طراحی شده‌اند تا از سلامت و بهزیستی کلی شما حمایت کنند. کارت شما فقط تا سقف موجودی کمک هزینه قابل استفاده است. به پورتال عضو وارد شوید یا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه سفارش و گزینه های موجود با ما تماس بگیرید. • **کمک‌های کاربردی** می‌توانید از اعتبار کارت خود برای کمک به پرداخت هزینه‌های آب و برق خانه خود استفاده کنید. مستقیماً به پورتال ارائه‌دهنده خدمات خود وارد شوید و با استفاده از کارت خود پرداخت کنید. نمی‌توان از کارت برای تنظیم پرداخت‌های تکراری خودکار استفاده کرد. کارت شما فقط تا سقف موجودی کمک هزینه قابل استفاده است. هزینه‌های تأییدشده برای این مزیت عبارتند از:	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن - ادامه ○ خدمات برق، گاز، تمیزکاری/سطل زباله و آب ○ خدمات تلفن ثابت و تلفن همراه ○ خدمات اینترنت ○ خدمات TV کابلی (به استثنای خدمات پخش اینترنتی) ○ برخی هزینه‌های سوخت، مانند گازوییل برای گرمایش این مزایا شامل خدمات سرگرمی آنلاین، از جمله بازی و خدمات پخش آنلاین (مانند پلتفرم‌های موسیقی و کتاب‌خوانی) و سایر خدمات مبتنی بر اشتراک نمی‌شود.	
ورزش‌درمانی تحت نظارت (SET) SET برای اعضایی که بیماری شریان محیطی علامت‌دار (PAD) دارند و از پزشک مسئول درمان PAD ارجاع PAD دریافت کرده‌اند، تحت پوشش است. تا 36 جلسه در مدت زمان 12 هفته در صورتی که همه شرایط الزامی برنامه SET را داشته باشید. برنامه SET باید شرایط زیر را داشته باشد: • شامل جلسه های 30 تا 60 دقیقه ای باشد، ترکیبی از برنامه تمرین ورزشی (درمانی) برای PAD در بیماران دچار مشکل «لنگیدن» باشد • این طرح در بخش بیماران سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک ارائه شود • توسط پرسنل کمکی واجدشرایطی ارائه شود که برای اطمینان از بیشتر بودن مزایای درمان نسبت به خطرات آن ضروری هستند و در زمینه درمان ورزشی برای PAD آموزش دیده‌اند. • تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک (PA)، یا پرستار کارورز (NP)/متخصص پرستاری بالینی (CNS) باشد که باید در هر دو روش حمایت حیاتی پایه و پیشرفته آموزش دیده باشد. در صورتی که از نظر پزشکی ضروری باشد و ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت این امر را تأیید کند، SET ممکن است بیش از 36 جلسه را در طول 12 هفته برای 36 جلسه بیشتر از دوره زمانی تمدید شده را پوشش دهد.	$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت ورزش‌درمانی تحت نظارت و دارای پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات مورد نیاز فوری	
خدمتی که تحت پوشش طرح قرار دارد و نیازمند توجه پزشکی فوری است، اما وضعیت اورژانسی محسوب نمی‌شود، خدمت موردنیاز فوری تلقی می‌شود اگر یکی از شرایط زیر برقرار باشد: یا به‌طور موقت خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح خود هستید، یا حتی اگر داخل محدوده خدمات‌رسانی طرح باشید، با توجه به زمان، مکان و شرایط شما، دریافت این خدمت از ارائه‌دهندگان داخل شبکه منطقی نباشد. طرح ما باید خدمات موردنیاز فوری را پوشش دهد و فقط می‌تواند سهم پرداختی درون‌شبکه‌ای را از شما دریافت کند. نمونه‌هایی از خدمات مورد نیاز فوری بیماری‌های پیش‌بینی‌نشده پزشکی و جراحات و یا شعله‌ور شدن غیرمنتظره شرایط موجود است. بازدیدهای معمول حرفه‌ای از نظر پزشکی (مانند معاینه‌های کلی سالانه) ضروری نیست حتی اگر شما خارج از منطقه خدماتی طرح ما باشید یا شبکه ما به‌طور موقت در دسترس نباشد.	$0 پرداخت مشترک برای ویزیت فوری ضروری تحت پوشش Medicare.
خدمات مورد نیاز فوری خارج از ایالات متحده تحت پوشش هستند.	$115 پرداخت مشترک برای خدمات فوری مورد نیاز خارج از ایالات متحده* حتی اگر برای همین وضعیتتان در بیمارستان پذیرش شوید، باید این مبلغ را پرداخت کنید. برای خدمات اضطراری و خدمات مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده هر سال تا سقف $50,000 تحت پوشش قرار می گیرید.
مراقبت‌های بینایی چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • خدمات پزشکی سرپایی برای تشخیص و درمان بیماری ها و جراحت های چشمی، ازجمله درمان دژنراسیون ماکولا در اثر کهولت سن. Original Medicare معاینات معمولی چشم (ریفرکشن یا توان بازشکنی چشم) را برای عینک/لنز پوشش نمی دهد	$0 پرداخت مشترک برای تمام سایر معاینات چشم جهت تشخیص و درمان بیماری‌های چشم. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مراقبت‌های بینایی - ادامه	
• برای افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به گلوکوم (آب سیاه) هستند، ما هزینه یک غربالگری گلوکوم را هر سال پوشش می‌دهیم. افراد در معرض خطر بالای گلوکوم شامل افرادی با سابقه خانوادگی گلوکوم، افراد مبتلا به دیابت، آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار 50 ساله و بالاتر، و آمریکایی‌های هیسپانیک 65 ساله و بالاتر هستند.	$0 پرداخت مشترک برای غربالگری آب سیاه تحت پوشش Medicare. *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
• برای افراد دیابتی، غربالگری برای رتینوپاتی دیابت هر سال یک بار تحت پوشش است	$0 پرداخت مشترک برای معاینه شبکیه تحت پوشش Medicare برای اعضای دیابتی یا معاینه چشم دیابتی. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• یک جفت عینک یا لنز چشمی بعد از هر عمل جراحی آب مروارید که شامل قرار دادن یک لنز داخل چشم می باشد. اگر 2 عمل جداگانه آب مروارید داشته باشید، نمی‌توانید بعد از عمل جراحی اول این مزایا را ذخیره و بعد از عمل جراحی دوم 2 عینک چشم خریداری کنید	$0 پرداخت مشترک برای عینک تحت پوشش Medicare.
علاوه بر این، طرح ما خدمات بینایی تکمیلی (به عنوان مثال، خدمات بینایی معمول) زیر را پوشش می‌دهد:	
• معاینه معمول چشم 1 بار معاینات معمول چشم در هر سال. معاینه معمول چشم شامل آزمایش گلوکوم برای افرادی که در معرض خطر ابتلا به گلوکوم هستند و معاینات شبکیه برای بیماران دیابتی است.	$0 پرداخت مشترک برای 1 معاینات معمول چشم در هر سال.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
• تنظیم و تطبیق عینک محدود به 1 مورد ویزیت در هر سال. ویزیت مربوط به تنظیم عینک، معاینه معمول چشم محسوب نمی‌شود. خدمات شامل تنظیم و تطبیق وسایل کمک‌بینایی (لنزهای تماسی، فریم و عدسی عینک) است.	$0 پرداخت مشترک برای 1 ویزیت تنظیم لوازم بینایی در سال.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مراقبت‌های بینایی - ادامه • وسایل کمک‌بینایی 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 نمی‌توانند از مزایای عینک و لنز تکمیلی برای افزایش پوشش خود روی عینک و لنز تحت پوشش Medicare استفاده کنند. خدمات بینایی باید از طریق شبکه بینایی طرح دریافت شده باشد. برای پرسش درباره نحوه یافتن ارائه‌دهنده یا دریافت اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید.	$0 پرداخت مشترک برای عینک و لنز.* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» طرح ما یک بار ویزیت پیشگیرانه *به Medicare خوش آمدید* را پوشش می‌دهد. این ویزیت شامل بررسی وضعیت سلامت شما، همچنین آموزش و مشاوره درباره خدمات پیشگیرانه مورد نیازتان (از جمله برخی غربالگری‌ها و تزریق‌ها (یا واکسن‌ها)) و در صورت نیاز ارجاع برای سایر مراقبت‌ها است. **مهم:** ما ویزیت پیشگیرانه *به Medicare خوش آمدید* را فقط در 12 ماه اول داشتن Medicare Part B پوشش می‌دهیم. هنگام تعیین وقت، به مطب پزشک اطلاع دهید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیرانه *به Medicare خوش آمدید* وقت بگیرید.	برای ویزیت پیشگیری *به Medicare خوش آمدید* هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی شود.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» - ادامه • EKG تحت پوشش Medicare پس از خدمات پیشگیری *«به Medicare خوش آمدید»*.	$0 پرداخت مشترک برای هر نوار قلب (EKG) تحت پوشش Medicare پس از خدمات پیشگیرانه *به Medicare خوش آمدید* . *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
Wellcare Spendables® در مجموع **ماهانه $10** به‌صورت از پیش شارژ شده روی کارت Wellcare Spendables® دریافت خواهید کرد تا برای اقلام بدون نسخه (OTC) و در صورت واجد شرایط بودن، مزایای تکمیلی ویژه برای افراد دارای بیماری‌های مزمن (SSBCI) هزینه کنید. • کمک‌هزینه ماهانه شما **در صورت استفاده‌نشدن به ماه بعد منتقل می‌شود و در پایان سال طرح منقضی خواهد شد.** **<u>کمک هزینه اضافه شده به کارت را می‌توانید برای موارد زیر مصرف کنید:</u>** **اقلام بدون نسخه (OTC)** شما می‌توانید از کارت خود برای خرید اقلام بدون نسخه (OTC) در فروشگاه‌های خرده‌فروشی طرف قرارداد، از طریق برنامه تلفن همراه، یا با ورود به پورتال اعضا و ثبت سفارش برای ارسال به منزل استفاده کنید. اقلام OTC تحت پوشش عبارتند از: • محصولات مرتبط با حساسیت، سرماخوردگی، سرفه، آنفولانزا و سینوس • محصولات مرتبط با تسکین درد، سلامت گوارشی و کمک به خوابیدن • ویتامین ها و مکمل ها • لوازم کمک های اولیه و لوازم پزشکی بدون نسخه • مراقبت های عمومی از دهان و دندان، مراقبت از چشم و موارد مراقبت از گوش • لوازم مرتبط با بی اختیاری ادرار، محصولات بهداشتی زنانه و کمک های روزانه زندگی	برای کارت Wellcare Spendables® هیچ مبلغ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی در نظر گرفته نمی‌شود. برای خرید درون فروشگاهی هیچ حداقل شرایط الزامی وجود ندارد.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
Wellcare Spendables® - ادامه از اسکنر بارکد درون‌برنامه‌ای خود برای یافتن اقلام تأییدشده در فروشگاه‌های خرده‌فروشی استفاده کنید یا وارد پورتال اعضای خود شوید. **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 استفاده از کمک‌هزینه OTC خود برای این اقلام، از مزایای پزشکی طرح ما استفاده کنید.	
مزایای مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن (SSBCI): **مزایای ذکر شده در ادامه بخشی از SSBCI هستند. همه اعضا واجدشرایط نخواهند بود. برای مزایای طرح زیر باید شرایط مورد نظر را داشته باشید.** **در صورت واجدشرایط بودن، از کمک هزینه ماهانه کارت شما نیز می‌توان به موارد زیر استفاده کرد:** • پرداخت هزینه سوخت در پمپ بنزین • غذای سالم • موارد مراقبت شخصی • اقلام کنترل آفات • کمک اجاره • حیوان خانگی همراه رباتیک • کمک‌های کاربردی جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد این مزایا به مزایای مکمل ویژه مزمن بیماری مزمن (SSBCI) در این نمودار مراجعه نمایید. **نحوه استفاده از کارت:** 1. پیش از استفاده، کارت خود را فعال کنید. 2. از یک خرده‌فروش عضو طرح بازدید کنید، به لینک پورتال موجود در فهرست زیر وارد شوید، یا برنامه تلفن همراه Wellcare Spendables® را دانلود کنید. 3. موارد/خدمات مورد تأیید خود را انتخاب کنید. 4. در فروشگاه، به صندوق خرده‌فروش مراجعه کنید و با کارت Wellcare Spendables® خود پرداخت کنید. برای سفارشات آنلاین یا موبایل اپلیکیشن‌ها برای دسترسی و استفاده از مزیت خود وارد شوید.	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
Wellcare Spendables® - ادامه 5. کارت شما یک کارت اعتباری نیست، اما ممکن است به عنوان «اعتبار» برای پرداخت وارد شود. در صورت درخواست، PIN ایجاد شده هنگام فعال کردن کارت خود را وارد کنید. **اطلاعات تکمیلی که باید بدانید:** • بعد از استفاده از کمک هزینه، باقیمانده هزینه خریدهایتان را باید خودتان پرداخت کنید. • اقلام خریداری شده در فروشگاه را می‌توانید با توجه به قوانین مربوط به تعویض یا پس دادن همان فروشگاه برگردانید. اقلام خریداری‌شده به‌صورت آنلاین، فروش قطعی محسوب می‌شوند. اگر کالا آسیب‌دیده یا فاسد شده است، لطفاً با ما تماس بگیرید. • 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 کارت‌ها بر عهده Wellcare نیست. • کارت Wellcare Spendables® فقط برای استفاده شخصی شما است، قابل فروش یا انتقال نیست و ارزش نقدی ندارد. • در صورت ناموفق بودن پرداخت، ممکن است هزینه برخی از مزایا واجد شرایط بازپرداخت باشد. برای بررسی با ما تماس بگیرید یا درخواست بازپرداخت را از طریق پورتال عضو ارسال کنید. درخواست‌های بازپرداخت باید در طول سال طرحی که در آن کالا یا خدمت خریداری شده است، ارائه شوند. ممکن است برای تأیید خریدهای واجد شرایط، اطلاعات اضافی مورد نیاز باشد. • ممکن است محدودیت‌ها و شرایطی اعمال شود؛ فقط اقلام مورد تأیید تحت پوشش هستند. **برای کسب اطلاعات بیشتر درباره کارت Wellcare Spendables® یا درخواست کاتالوگ، لطفاً با شماره** 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند). ساعات کاری عبارت‌لند از: از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یک‌شنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. **همچنین می‌توانید به وب‌سایت زیر مراجعه کنید:** go.wellcare.com/member	

بخش 3 خدمات تحت پوشش خارج از طرح

برخی خدمات تحت پوشش Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) نیستند، اما از طریق California Medi-Cal (Medicaid) ارائه می‌شوند. اگر درباره کمک‌هایی که از California Medi-Cal (Medicaid) دریافت می‌کنید سؤالی دارید، با California Medi-Cal (Medicaid) به شماره 1-800-541-5555 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). ساعت: 8 صبح تا 5 عصر به وقت اقیانوس آرام (PT)، دوشنبه تا جمعه.

برنامه Medi-cal Dental

برخی خدمات دندان‌پزشکی از طریق Medi-Cal دندانپزشکی ارائه می‌شوند که شامل، اما محدود به، موارد زیر هستند:

- 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 برنامه خدمات در قبال هزینه Medi-cal Dental (FFS) ارائه می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، با برنامه Medi-Cal دندانپزشکی به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). تماس رایگان است. نمایندگان Medi-cal Dental از 8:00 صبح تا 5:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در دسترسند. همچنین، برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید به وب‌سایت SmileCalifornia.org نیز مراجعه کنید.

بخش 4 خدماتی که تحت پوشش برنامه ما نیستند (موارد استثنا)

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

جدول زیر خدمات و اقلامی را نشان می‌دهد که یا تحت هیچ شرایطی تحت پوشش طرح ما نیستند یا فقط در شرایط خاص تحت پوشش قرار می‌گیرند.

اگر خدمات مستثنی شده (مواردی که تحت پوشش نیستند) را دریافت می کنید، باید خودتان هزینه آن را بپردازید بجز در شرایطی خاص که در زیر ارائه شده است. حتی اگر خدمات مستثنا را در یک مرکز اورژانس دریافت کنید، همچنان تحت پوشش نخواهند بود و طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت نخواهد کرد. تنها استثنا زمانی است که خدمات مورد بررسی قرار بگیرند و تصمیم جدیدی گرفته شود: بعد از بررسی خدمات پزشکی که به خاطر وضعیت خاص شما باید هزینه آن را پرداخت می کردیم یا تحت پوشش قرار می دادیم. (برای اطلاع از نحوه اعتراض به تصمیم ما مبنی بر عدم پوشش یک خدمت پزشکی، به فصل 9، بخش 6.3 مراجعه کنید.)

خدماتی که تحت پوشش Medicare نیستند	فقط در شرایطی خاص تحت پوشش قرار می گیرند
طب سوزنی	برای افرادی که درد مزمن کمر در شرایط خاص دارند در دسترس است
جراحی یا اقدامات زیبایی	در صورت آسیب ناشی از حادثه یا برای بهبود عملکرد عضوی از بدن که دچار ناهنجاری است، تحت پوشش قرار می‌گیرد. تمام مراحل بازسازی پستان پس از ماستکتومی و نیز بازسازی پستان سالم برای ایجاد ظاهر متقارن تحت پوشش قرار می‌گیرد.
مراقبت‌های غیرپزشکی مراقبت‌های حمایتی به مراقبت‌های شخصی گفته می‌شود که به نظارت مستمر کارکنان آموزش‌دیده پزشکی یا پیراپزشکی نیاز ندارد؛ مانند کمک در انجام فعالیت‌های روزمره از قبیل حمام کردن یا لباس پوشیدن.	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند
روش‌های درمانی و جراحی، تجهیزات و داروهای آزمایشی روش‌ها و اقلام آزمایشی، اقلام و روش‌هایی هستند که Original Medicare آن‌ها را به‌طور کلی مورد پذیرش جامعه پزشکی نمی‌داند.	ممکن است در قالب یک مطالعه پژوهشی بالینی مورد تأیید Medicare یا توسط طرح ما تحت پوشش Original Medicare قرار گیرد. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مطالعات پژوهشی بالینی، به فصل 3، بخش 5 مراجعه کنید.)
هزینه‌های خدمات مراقبتی ارائه‌شده توسط بستگان درجه‌یک یا اعضای خانوار شما	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند
مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل شما	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند
غذاهای تحویل داده شده در منزل	برای کسب اطلاعات بیشتر، به مزایای «غذای سالم» در بخش SSBCI نمودار مزایای پزشکی مراجعه کنید
خدمات درمانی در منزل	Medicare خدمات مراقبت های پرستاری تخصصی نیمه وقت یا متناوب پزشکی را پوشش می دهد.

خدماتی که تحت پوشش Medicare نیستند	فقط در شرایطی خاص تحت پوشش قرار می گیرند
خدمات خانه‌داری شامل کمک در امور اولیه منزل، ازجمله نظافت سبک منزل یا تهیه غذای ساده است.	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند
خدمات درمان طبیعی (با استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین)	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند
کفش های ارتوپدی یا وسیله های کمکی برای پا	اگر کفش بخشی از بریس (ساپورت) پا باشد و مبلغ آن در هزینه بریس لحاظ شده باشد. کفش‌های ارتوپدی یا درمانی برای افراد مبتلا به بیماری پای دیابتی
وسایل شخصی موجود در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی، مانند تلفن یا تلویزیون	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند
اتاق خصوصی در بیمارستان	فقط در صورت ضرورت پزشکی تحت پوشش است.
اعمال جراحی برگشت عقیم‌سازی و/یا وسایل پیشگیری از بارداری بدون نسخه	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند
مراقبت های معمول کایروپراکتیک	جااندازی دستی ستون فقرات برای اصلاح نیمه‌دررفتگی تحت پوشش است
خدمات معمول دندان‌پزشکی، مانند: • **جرم‌گیری و پاکسازی دندان (پروفیلاکسی)** • **درمان فلوراید** • **خدمات ارتودنسی** • **اندودنتیکس (درمان ریشه)** • **پریودنتیکس (بافت های پیرامون دندان)** • **خدمات ایمپلنت** • **پروتزهای فک و صورت**	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند برای مراقبت‌های معمول دندان‌پزشکی که طرح شما به‌عنوان بخشی از بسته مزایای خود پوشش می‌دهد، به بخش مزایای خدمات مراقبت دندان‌پزشکی در «نمودار مزایای پزشکی» مراجعه کنید

خدماتی که تحت پوشش Medicare نیستند	فقط در شرایطی خاص تحت پوشش قرار می گیرند
مراقبت های معمول پا (پودیاتری)	بعضی از پوشش های محدود بر اساس دستورالعمل های Medicare ارائه می شوند (مثلا اگر دیابت دارید)
سمعک‌های روتین یا معاینات برای تنظیم سمعک	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند
خدماتی که با توجه به استانداردهای Original Medicare منطقی و ضروری نیستند	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند
مراقبت‌های بینایی: کراتوتومی شعاعی، جراحی LASIK و سایر وسایل کمک‌بینایی برای کم‌بینایی	تحت هیچ شرایطی تحت پوشش نیستند
مراقبت از بینایی: معاینه های معمول چشم، عینک	برای خدمات معمول بینایی که طرح شما به‌عنوان بخشی از بسته مزایای خود پوشش می‌دهد، به بخش مزایای مراقبت بینایی در «نمودار مزایای پزشکی» مراجعه کنید.

فصل 5: استفاده از پوشش این طرح برای داروهای قسمت D

چطور می توانید اطلاعاتی درباره هزینه داروها کسب کنید؟

از آن‌جا که برای California Medi-Cal (Medicaid) واجدشرایط هستید، برای دریافت «کمک اضافی» از Medicare واجدشرایط هستید و آن را دریافت می‌کنید تا هزینه‌های طرح داروهای تجویزی‌تان را پرداخت کنید. به دلیل اینکه در برنامه «کمک اضافی» هستید بعضی از اطلاعات در این *گواهی پوشش‌دهی* درباره هزینه های داروهای تجویزی قسمت D ممکن است برای شما اعمال نشود. الحاقیه جداگانه‌ای با عنوان *الحاقیه شواهد پوشش برای افرادی که برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی کمک اضافی دریافت می‌کنند* برایتان ارسال کرده‌ایم (به آن *الحاقیه یارانه افراد کم درآمد* یا *الحاقیه LIS* نیز گفته می‌شود) که درباره پوشش داروهایتان به شما اطلاع می‌دهد. اگر این پیوست را در اختیار ندارید با بخش خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) و درخواست *پیوست LIS* را مطرح کنید. (شماره تلفن خدمات اعضا در پشت جلد این دفترچه راهنما درج شده است.)

بخش 1 قوانین اولیه برای پوشش داروی قسمت D در طرح

برای اطلاع از مزایای داروی Medicare Part B و مزایای داروی بیماران رو به‌مرگ به فصل 4 مراجعه کنید.

علاوه بر داروهای تحت پوشش Medicare، بعضی از داروهای تجویزی نیز به موجب مزایای California Medi-Cal (Medicaid) برای شما تحت پوشش هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش دارویی Medicaid، با California Medi-Cal (Medicaid) تماس بگیرید تا مشخص شود چه نوع پوشش دارویی می‌تواند در دسترس شما باشد. (شماره‌های تلفن و اطلاعات تماس California Medi-Cal (Medicaid) را می‌توانید در فصل 2، بخش 6 پیدا کنید.)

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

- باید از یک ارائه‌دهنده (پزشک، دندانپزشک، یا هر تجویزکننده دیگری) بخواهید برایتان نسخه بنویسد که باید طبق قانون قابل اجرا ایالتی معتبر باشد.
- تجویزکننده نباید در فهرستهای موارد استثنا یا پیشگیری Medicare باشد.
- به‌طور کلی باید از داروخانه شبکه بر ای دریافت داروی نسخه استفاده کنید (به بخش 2 مراجعه کنید) *یا می‌توانید داروی نسخه را از طریق سرویس سفارش پستی برنامه ما دریافت کنید.*
- داروی شما باید در فهرست داروی طرح ما باشد (به بخش 3 مراجعه کنید).
- داروی شما باید برای علائم مورد قبول پزشکی مصرف شود. «علائم مورد قبول پزشکی» یعنی استفاده از دارویی که توسط Food and Drug Administration (سازمان غذا و دارو، FDA) تأیید شده است، یا مورد تأیید مراجع پزشکی خاصی قرار گرفته است. (برای اطلاعات بیشتر درباره علائم مورد قبول پزشکی، به بخش 3 مراجعه کنید.)
- داروی شما ممکن است قبل از این‌که موافقت کنیم آن را پوشش دهیم، به تأیید طرح ما نیاز داشته باشد. (برای اطلاعات بیشتر، به بخش 4 مراجعه کنید).

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

در اکثر مواقع، نسخه‌های شما *فقط* در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرند که از یکی از داروخانه‌های طرح ما تهیه شوند. (برای کسب اطلاعات در مورد زمان پوشش نسخه‌های تهیه‌شده در داروخانه‌های خارج از شبکه، به بخش 2.4 مراجعه کنید.)

«داروخانه شبکه» به داروخانه‌ای گفته میشود که با طرح قرارداد دارد تا داروهای تجویزی تحت پوشش شما را ارائه کند. عبارت «داروهای تحت پوشش» به معنی همه داروهای تجویزی قسمت D است که در فهرست داروهای طرح قرار دارند.

بخش 2.1 داروخانه‌های شبکه

چطور می‌توانید داروخانه شبکه را در منطقه‌تان پیدا کنید؟

برای یافتن داروخانه شبکه، به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید، از سایت (go.wellcare.com/2027providerdirectories) بازدید کنید، و/یا با بخش خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).

شما می‌توانید به هر کدام از داروخانه‌های شبکه ما مراجعه کنید. برخی از داروخانه‌های شبکه ما تسهیم هزینه ترجیحی ارائه می‌دهند که ممکن است ارزان‌تر از تسهیم هزینه در داروخانه‌ای باشد که تسهیم هزینه استاندارد را ارائه می‌دهد. *فهرست راهنمای ارائه‌دهنده و داروخانه‌ها* نشان می‌دهد که کدام یک از داروخانه‌های شبکه تسهیم هزینه ترجیحی ارائه می‌دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چگونه هزینه‌های پرداخت شخصی شما ممکن است برای داروهای مختلف متفاوت باشد، با ما تماس بگیرید.

اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند

اگر داروخانه مورد استفاده شما شبکه این طرح را ترک کند، باید یک داروخانه جدید را در طرح پیدا کنید. یا اگر داروخانه‌ای که به آن مراجعه می‌کنید همچنان در شبکه است اما دیگر تسهیم هزینه ترجیحی ارائه نمی‌دهد، ممکن است بخواهید، درصورت وجود، به شبکه یا داروخانه ترجیحی دیگری بروید. برای یافتن داروخانه دیگری در منطقه خودتان، از خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 کمک بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید)، یا از *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* استفاده کنید. همچنین می‌توانید این اطلاعات را در وب‌سایت ما به نشانی go.wellcare.com/2027providerdirectories پیدا کنید.

داروخانه تخصصی

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

- داروخانه‌هایی که داروهایی را برای درمان با تزریق خانگی تأمین می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهایی را برای ساکنین مراکز مراقبت طولانی مدت (LTC) ارائه می‌کند. معمولاً مرکز LTC (مانند خانه سالمندان) داروخانه‌های خودش را دارد. اگر در دریافت داروهای قسمت D خود در یک مرکز LTC مشکل دارید با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید).
- داروخانه‌هایی که برنامه خدمات سلامت بومیان امریکا / قبیله‌ای / برنامه بهداشت شهری بومیان آمریکا را ارائه می‌کنند (در Puerto Rico موجود نیست). به غیر از موارد اضطراری، فقط بومیان آمریکایی یا بومیان Alaska می‌توانند از این داروخانه‌ها در شبکه ما استفاده کنند.

- داروخانه‌هایی که داروهایی را که توسط FDA محدود شده‌اند به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا داروهایی که نیاز به رسیدگی خاص، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد استفاده از آن دارند. برای پیدا کردن داروخانه تخصصی، به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید go.wellcare.com/2027providerdirectories یا با شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).

بخش 2.2 استفاده از خدمات سفارش پستی طرح

برای انواع خاصی از داروها می‌توانید از خدمت سفارش پستی شبکه طرح ما استفاده کنید. معمولاً داروهایی از طریق سفارش پستی موجود هستند که مرتباً برای بیماری حاد یا بیماری‌های مزمن مدت مصرف می‌کنید. داروهایی که ازطریق خدمات سفارش پستی طرح دردسترس نیستند، در فهرست داروها با علامت «**NM**» مشخص شده‌اند.

خدمات سفارش پستی طرح ما این امکان را به شما می‌دهد تا **حداقل برای 35 روز و حداکثر برای 100 روز، دارو سفارش دهید.**

وقتی که از خدمات سفارش پستی ترجیحی طرح استفاده می‌کنید، ممکن است سهم بیمه‌گذار شما کمتر شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به جدولی که در فصل 6، بخش‌های 5.2 و 5.4 است مراجعه کنید.

برای دریافت فرم‌های سفارش و اطلاعات مربوط به دریافت داروهای تجویزی از طریق پست، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Express Scripts® Pharmacy به شماره 1-833-750-0201 (TTY: 711) تماس بگیرید. یا در این وب‌سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx. اگر از داروخانه سفارش پستی استفاده می‌کنید که در شبکه طرح نیست، نسخه تان تحت پوشش نخواهد بود.

معمولا سفارش داروخانه‌های پستی در کمتر از 14 روز برایتان ارسال می‌شود. اما بعضی مواقع ممکن است سفارش پستی نسخه با تأخیر همراه باشد. برای داروهای بلندمدتی که فورا به آن‌ها نیاز دارید، از پزشک خود بخواهید دو نسخه تجویز کند: یکی برای تأمین 30 روزه که در یک داروخانه خرده‌فروشی شرکت‌کننده تکمیل شود، و دیگری برای تأمین بلندمدت (35 تا 100 روزه) که از طریق پست تکمیل شود. اگر سفارش پستی داروی تجویزی تأخیر دارد و مشکلی در دریافت دوز مصرفی 30 روزه در داروخانه حاضر در طرح دارید، از داروخانه محل فروش دارو بخواهید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته برای دریافت کمک و راهنمایی از طریق شماره 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252) با «مرکز خدمات ارائه‌دهنده» ما تماس بگیرند. از طریق شماره 1-833-750-0201 (TTY 711) می‌توانید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Express Scripts® Pharmacy تماس بگیرید. یا در این وب‌سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx.

نسخه‌های جدیدی که داروخانه مستقیماً از مطب پزشک شما دریافت می‌کند.

در موارد زیر داروخانه به طور خودکار نسخه‌های جدیدی را که از ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت دریافت می‌کند، آماده می‌کند و تحویل می‌دهد، بدون اینکه ابتدا با شما هماهنگ کند:

- اگر در گذشته از خدمات سفارش پستی با طرح ما استفاده کرده باشید، یا
- برای تحویل خودکار تمام نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت دریافت می‌کنید ثبت‌نام کرده باشید. می‌توانید هم‌اکنون یا هر زمان دیگر با Express Scripts® Pharmacy به شماره 1-833-750-0201 (TTY: 711) تماس بگیرید و درخواست ارسال خودکار همه نسخه‌های جدید خود را ثبت کنید. این خط به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته فعال است. یا در این وب‌سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx.

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

اگر در گذشته از سفارش پستی استفاده کرده‌اید و نمی‌خواهید داروخانه به‌طور خودکار داروهای تجویزی جدید را برایتان تأمین و ارسال کند، می‌توانید از طریق تماس با Express Scripts® Pharmacy در خدمات اعضا به شماره 1-833-750-0201 (TTY: 711)، طی 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، به ما اطلاع دهید. یا در این وب‌سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx.

اگر هرگز از تحویل سفارش پستی ما استفاده نکرده‌اید و/یا تصمیم به توقف دریافت خودکار داروی نسخه‌های جدید گرفته‌اید، داروخانه هر بار که نسخه جدیدی از یک ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت دریافت می‌کند با شما تماس می‌گیرد تا ببیند آیا می‌خواهید دارو فوراً ارسال شود یا خیر. مهم است که هر بار که از طرف داروخانه با شما تماس گرفته می‌شود پاسخ دهید و اطلاع دهید که آیا داروی نسخه جدید ارسال شود، با تأخیر ارسال شود، یا لغو 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) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با ما تماس بگیرید. یا در این وب‌سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx.

تجدید نسخه‌های سفارش پستی. برای تجدید نسخه، می‌توانید در برنامه «تجدید خودکار نسخه‌ها» ثبت‌نام کنید. ما در این برنامه هنگامی که سوابق نشان دهد داروهای شما در حال اتمام است، به‌صورت خودکار فرآیند تکرار نسخه را آغاز خواهیم کرد. داروخانه پیش از ارسال مقدار جدید دارو با شما تماس خواهد گرفت تا اطمینان حاصل کند که به داروهای بیشتر نیاز دارید یا خیر و درصورتی‌که به اندازه کافی دارو دارید یا نسخه شما تغییر کرده است، بتوانید تجدید خودکار دارو را لغو کنید.

اگر نمی‌خواهید از برنامه تجدید خودکار ما استفاده کنید اما همچنان می‌خواهید داروخانه سفارش پستی داروهای تجویزی‌تان را برای شما ارسال کند، لطفاً 21 روز قبل از تمام شدن داروهای فعلی‌تان با داروخانه تماس بگیرید. با این کار مطمئن می‌شوید که دارو به موقع برایتان ارسال می‌شود.

برای خروج از برنامه ما که به صورت خودکار نسخه‌ها را تجدید و از طریق پست ارسال می‌کند، می‌توانید با داروخانه ارسال کننده پستی تماس بگیرید:

- **Express Scripts® Pharmacy: 1-833-750-0201 (کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند).**

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

بخش 2.3 چگونه می‌توانید ذخیره دارویی بلندمدت دریافت کنید؟

این طرح 2 راه را برای دریافت ذخیره بلندمدت (که به آن ذخیره طولانی نیز گفته می‌شود) برای داروهای حفظ سلامت موجود در فهرست داروهای طرح ما ارائه می‌دهد. (معمولا داروهای «حفظ سلامت» به داروهایی گفته می‌شود که برای یک وضعیت سلامت مزمن یا بلندمدت، به‌طور مرتب مصرف می‌کنید.)

1. برخی داروخانه‌های خرده‌فروش در شبکه ما به شما اجازه می‌دهند ذخیره بلندمدت داروهای حفظ سلامت را دریافت کنید. فهرست *راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* go.wellcare.com/2027providerdirectories حاوی اطلاعاتی در مورد داروخانه‌هایی است که می‌توانند ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامت را به شما بدهند. جهت اطلاعات بیشتر، می‌توانید با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711) تماس بگیرید.

2. همچنین می‌توانید داروهای حفظ سلامت را از طریق برنامه سفارش پستی ما دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش 2.2 مراجعه کنید.

بخش 2.4 استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست

ما معمولاً هزینه داروهای دریافت شده در داروخانه خارج از شبکه را *تنها* در صورتی پرداخت می‌کنیم که شما قادر به استفاده از داروخانه شبکه نباشید. در خارج منطقه خدماتی‌مان، چند داروخانه شبکه نیز در دسترس هستند که می‌توانید نسخه‌های خود را به‌عنوان عضو طرح ما از آنجا دریافت کنید. **ابتدا با خدمات اعضا با شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند)** و بررسی کنید داروخانه شبکه در نزدیکی تان وجود دارد.

داروهایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شوند فقط در این شرایط پوشش می‌دهیم:

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

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

وضعیت اضطراری پزشکی: اگر به خاطر وضعیت اضطراری پزشکی یا به دلیل نیاز به مراقبت‌های فوری نیاز به تجویز داشته باشم چطور؟

- ما فقط در صورتی داروهای تهیه‌شده در داروخانه خارج از شبکه را تحت پوشش قرار می‌دهیم که نسخه‌ها مربوط به مراقبت در وضعیت اورژانس پزشکی یا مراقبت‌های فوری باشند. در این شرایط باید هزینه کامل را هنگام دریافت دارو پرداخت کنید (به جز مبلغ سهم بیمار یا بیمه مشترکی که پرداخت می کنید). با ارسال فرم بازپرداخت میتوانید از ما درخواست کنید سهممان از هزینه را به شما برگردانیم. اگر به داروخانه خارج از شبکه مراجعه کنید ممکن است خودتان ملزم به پرداخت تفاوت بین مبلغی که ما برای دریافت نسخه تجویزی در داروخانه درون شبکه پرداخت می‌کنیم و مبلغی که برای دریافت دارو از داروخانه خارج از شبکه پرداخت می‌کنید باشید. جهت اطلاع از نحوه ارائه مطالبات بازپرداخت، به فصل 7، بخش 2 مراجعه فرمایید.

سایر شرایط: سایر مواقعی که به داروخانه خارج از شبکه مراجعه کنید، داروی تجویزی‌تان را پوشش می‌دهیم.

- اگر حداقل یکی از موارد زیر محقق شود، نسخه تان در داروخانه خارج از شبکه تحت پوشش خواهد بود:
  - اگر سایر داروخانههای شبکه در منطقه خدماتی ما که خدمات 24 ساعته ارائه میکنند در شعاعی با رانندگی در مدت زمانی معقول قابل دسترسی نباشند.
  - اگر سعی کردهاید داروی تجویزی‌ای را دریافت کنید که مرتباً در داروخانه سفارش پستی یا داروخانه محل فروش در شبکه توزیع نمیشود (مثلاً به خاطر قیمت بسیار بالا یا خاص بودن دارو).
  - اگر واکسنی دریافت می‌کنید که از نظر پزشکی ضروری است اما تحت Medicare Part B پوشش داده نمی‌شود و در مطب پزشک شما تزریق می‌گردد.
  - اگر در حالی که بیمار در کلینیک جراحی سرپایی یا سایر مراکز سرپایی هستید، داروی تجویزی تحت پوشش را از داروخانه مستقر در موسسه دریافت کنید.
- در همه شرایط عنوان شده در بالا ممکن است بتوانید دوز داروی تجویزی را برای مدت 30 روز دریافت کنید. همچنین احتمالاً باید خودتان هزینه داروخانه خارج از شبکه را برای دارو پرداخت کنید، و برای بازپرداخت هزینه توسط طرح ما باید اسناد لازم را ارائه کنید. حتماً توضیح دهید چه شرایطی در زمان استفاده از داروخانه خارج از شبکه وجود داشته است. با این کار به روند رسیدگی به درخواست بازپرداخت هزینهتان بهتر رسیدگی میشود.

اگر مجبور باشید از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، معمولاً موقع دریافت داروهایتان باید (به‌جای سهم معمول خودتان از هزینه) هزینه کامل را پرداخت کنید. می‌توانید از ما بخواهید سهم‌مان را از هزینه به شما پرداخت کنیم. (در فصل 7، بخش 2 درباره نحوه درخواست طرح برای بازپرداخت هزینه توضیح داده شده است.) ممکن است لازم باشد تفاوت مبلغی را که برای دارو در داروخانه خارج از شبکه پرداخت می‌کنید و هزینه‌ای که ما در داروخانه داخل شبکه پوشش می‌دهیم را پرداخت کنید.

بخش 3 داروهایتان باید در فهرست داروهای طرح باشند

بخش 3.1 داروهای قسمت D که تحت پوشش هستند در فهرست داروها ذکر شده‌اند

طرح ما شامل *فهرست داروهای تحت پوشش (دارونامه)* می‌باشد. در این *شواهد پوشش*، **به‌اختصار به آن فهرست داروها می‌گوییم.**

داروهای موجود در این فهرست توسط طرح ما با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب شده‌اند. این فهرست منطبق بر شرایط Medicare است و توسط Medicare تأیید شده است.

فهرست داروها فقط داروهای تحت پوشش Medicare Part D را نشان می‌دهد. علاوه بر داروهای تحت پوشش Medicare، برخی داروهای نسخه‌ای نیز تحت مزایای Medicaid شما پوشش داده می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش دارویی Medicaid، با California Medi-Cal (Medicaid) تماس بگیرید تا مشخص شود چه نوع پوشش دارویی می‌تواند در دسترس شما باشد. (شماره‌های تلفن و اطلاعات تماس California Medi-Cal (Medicaid) را می‌توانید در فصل 2، بخش 6 پیدا کنید.)

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

- از طرف FDA برای بیماری یا شرایطی که برای آن دارو تجویز شده است تأیید شده باشد یا
- از حمایت مراجع خاصی مانند American Hospital Formulary Service Drug Information و سیستم اطلاعاتی Micromedex DRUGDEX برخوردار باشد.

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

داروی برند، دارویی تجویزی است که تحت نامی تجاری که توسط سازنده دارو ثبت شده است، به فروش می‌رسد. محصولات بیولوژیکی به داروهایی گفته می‌شود که بسیار پیچیده‌تر از داروهای معمولند. در فهرست داروها وقتی به داروها اشاره می‌کنیم، ممکن است به معنای دارو یا محصول بیولوژیک باشد.

داروی ژنریک دارویی تجویزی است که همان ترکیبات فعال داروی برند را دارد. محصولات بیولوژیکی جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. به‌طورکلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای برند یا محصولات بیولوژیک اصل مؤثر هستند 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 بروید.

فهرست دارویی حاوی چه داروهایی نیست

طرح همه داروهای تجویزی را پوشش نمیدهد.

- در برخی موارد، قانون اجازه نمی‌دهد هیچ‌یک از طرح‌های Medicare برخی انواع داروها را پوشش دهند. (برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش 7 مراجعه کنید.)
- در موارد دیگر ما تصمیم گرفته‌ایم که دارویی مشخص را در فهرست داروها قرار ندهیم.
- در برخی موارد، ممکن است بتوانید دارویی را که در فهرست داروهای ما نیست، دریافت کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 9 مراجعه کنید.)
- داروهای تجویزی تحت پوشش California Medi-Cal (Medicaid) در فهرست داروها نیستند. برای اطمینان از اینکه کدام پوشش دارویی را در اختیار دارید، با برنامه California Medi-Cal (Medicaid) ایالت خودتان تماس بگیرید. (شماره‌های تلفن و اطلاعات تماس California Medi-Cal (Medicaid) را می‌توانید در فصل 2، بخش 6 پیدا کنید.)

بخش 3.2 شش ردیف تسهیم هزینه برای داروهای ذکرشده در فهرست داروها وجود دارد

تمام داروهای موجود در فهرست داروهای طرح ما در یکی از شش ردیف تسهیم هزینه قرار دارند. به طور کلی، هر چه ردیف تسهیم هزینه بالاتر باشد، هزینه‌ای که شما برای دارو پرداخت می‌کنید بیشتر است:

- ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی) شامل داروهای ژنریک ترجیحی است و ممکن است برخی داروهای برند را نیز شامل شود.
- ردیف 2 (داروهای برند ترجیحی) شامل داروهای برند ترجیحی است و ممکن است برخی داروهای ژنریک را نیز شامل شود.

- ردیف 3 (داروهای غیرترجیحی) شامل داروهای برند و داروی ژنریک غیرترجیحی است.
- دسته 4 (داروهای قابل تزریق) شامل داروهایی خاص است که به وسیله تزریق یا برای پیشگیری از بیماری استفاده می شود (واکسن).
- تیپ 5 (دسته اقلام خاص) شامل داروهای پرهزینه برند و ژنریک می باشد. داروهای این ردیف واجدشرایط موارد استثنای پرداخت در قالب ردیفی پایین‌تر نیستند. این بالاترین ردیف تسهیم هزینه است.
- سطح 6 (داروهای مراقبتی انتخابی) شامل منتخبی از داروهای ژنریک و برند است که معمولا برای درمان بیماری‌های خاص مزمن یا پیشگیری از بیماری (واکسن) استفاده می‌شود. این پایین‌ترین ردیف تسهیم هزینه است.

برای کسب اطلاعات درباره ردیف تسهیم هزینه دارویتان، آن را در فهرست داروهای طرح جستجو کنید. مبلغی که برای دارو در هر ردیف تسهیم هزینه پرداخت می کنید در فصل 6 نشان داده شده است.

بخش 3.3 چطور می‌توانید بدانید دارویی خاص در فهرست داروها هست؟

برای اطلاع از اینکه آیا دارویی در فهرست داروهایمان قرار دارد می توانید این کارها را انجام دهید:

- جدیدترین فهرست داروها را که به‌صورت الکترونیکی ارائه کرده‌ایم ببینید.
- به وب‌سایت طرح ما (go.wellcare.com/HealthNetCA) مراجعه کنید. فهرست داروها در وب‌سایت همیشه جدیدترین فهرست است.
- برای اطلاع از اینکه آیا یک داروی خاص در فهرست دارویی طرح ما قرار دارد یا برای درخواست دریافت یک نسخه از این فهرست، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) تماس بگیرید.
- از Real-Time Benefit Tool طرح ما در وب‌سایت (go.wellcare.com/HealthNetCA) استفاده کنید تا داروهای موجود در فهرست داروها را پیدا کنید، برآوردی از هزینه‌ای که باید پرداخت کنید به دست آورید و بررسی کنید آیا داروی جایگزینی در فهرست داروها وجود دارد که برای درمان همان بیماری مناسب است. همچنین، برای ارتباط با بخش «خدمات اعضا» با این شماره تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711).

بخش 4 داروهایی با محدودیت پوشش دهی

بخش 4.1 چرا بعضی از داروها دارای محدودیت هستند

برای بعضی داروهای تجویزی خاص، مقررات ویژه‌ای برای نحوه و زمان پوشش آن توسط طرح وجود دارد. گروهی از پزشکان و داروسازان این قوانین را طرح کرده اند تا شما و ارائه‌دهنده تان از داروها به مؤثرترین شکل ممکن استفاده کنید. برای اینکه بفهمید هیچ‌یک از این محدودیت‌ها در مورد دارویی که مصرف می‌کنید یا می‌خواهید مصرف کنید اعمال می‌شود یا نه، فهرست داروها را بررسی کنید.

اگر دارویی ایمن و کم‌هزینه‌تر از نظر پزشکی به اندازه دارویی گران‌تر مؤثر باشد، قوانین طرح ما به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که شما و ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان را تشویق کنند از گزینه کم‌هزینه‌تر استفاده کنید.

لطفاً توجه داشته باشید که گاهی ممکن است دارویی بیش از یک بار در فهرست داروهایمانذکر شده باشد. زیرا ممکن است همان دارو بسته به قدرت، مقدار، یا فرم داروی تجویزشده توسط ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت شما متفاوت باشد، در نتیجه ممکن است محدودیت‌ها و تسهیم هزینه متفاوتی برای انواع مختلف یک دارو اعمال شود (مثلاً 10 mg یا 100 mg؛ یک بار در روز یا 2 بار در روز؛ قرص یا شربت).

بخش 4.2 انواع محدودیت ها

اگر محدودیت خاصی برای داروی شما وجود دارد، معمولاً به معنی است که شما و ارائه‌دهنده تان باید اقدامات اضافی را انجام دهید تا ما بتوانیم دارو را پوشش دهیم. برای اطلاع از اقداماتی که شما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان می‌توانید جهت دریافت پوشش دارو انجام دهید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند). **اگر می‌خواهید محدودیت‌ها را لغو کنیم، لازم است از روند تصمیم پوشش‌دهی استفاده کنید و از ما درخواست کنید استثنایی را اعمال کنیم.** ممکن است ما با محدودیت‌های اعمال شده برای شما موافق یا مخالف باشیم. (به فصل 9 مراجعه کنید.)

دریافت اجازه قبلی از طرح

برای بعضی از داروهای خاص، پیش از اینکه با پوشش دارو برای شما موافقت کنیم، لازم است شما یا ارائه‌دهنده‌تان از طرح تأییدیه دریافت کنید. به این کار دریافت **مجوز قبلی** گفته می‌شود. این کار برای اطمینان از ایمنی دارو و راهنمایی استفاده صحیح بعضی از داروهای خاص است. اگر این مجوز را دریافت نکنید، ممکن است دارویتان تحت پوشش طرح نباشد. معیارهای «مجوز قبلی» طرح ما را می‌توانید با تماس با بخش خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 دریافت کنید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند)، یا به وبسایت ما به آدرس go.wellcare.com/enhanced-select-pa مراجعه کنید.

ابتدا داروی متفاوتی را امتحان کنید

در این شرایط از شما خواسته می‌شود قبل از اینکه طرح داروی دیگری را پوشش دهد، داروی ارزان تری را مصرف کنید که معمولاً کارآیی یکسانی دارد. برای مثال، اگر داروی A و داروی B یک بیماری یکسان را مداوا می‌کنند و داروی A ارزان‌تر از داروی B است، ممکن است طرح از شما بخواهد ابتدا داروی A را مصرف کنید. اگر داروی A برایتان مؤثر نبود، سپس طرح داروی B را پوشش می‌دهد. این الزام را به اینکه ابتدا داروی متفاوتی را امتحان کنید **درمان مرحله‌ای** گفته می‌شود. معیارهای «درمان مرحله‌ای» طرح ما را می‌توانید با تماس با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند) یا در وبسایت ما به آدرس go.wellcare.com/enhanced-select-st دریافت کنید.

محدودیت مقدار

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

بخش 5 اگر یکی از داروها طوری که می خواهید پوشش داده نشود چه کاری می توانید انجام دهید

شرایطی وجود دارد که در آن داروی نسخه‌ای که مصرف می‌کنید، یا شما و ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان فکر می‌کنید باید مصرف کنید، در فهرست داروهای ما وجود ندارد یا دارای محدودیت‌هایی است. برای مثال:

- ممکن است دارو اصلاً پوشش داده نشود. یا ممکن است نوع ژنریک دارو تحت پوشش باشد ولی نوع برندی که می‌خواهید مصرف کنید تحت پوشش نباشد.

- این دارو تحت پوشش است اما قوانین و یا محدودیت های اضافی در مورد پوشش وجود دارد.
- دارو تحت پوشش است، اما در طبقه تسهیم هزینه قرار دارد که تسهیم هزینه شما را گران‌تر از آنچه فکر می‌کنید باید باشد، می‌کند.

اگر داروی شما در ردیف تسهیم هزینه‌ای قرار دارد که هزینه‌های شما را گران‌تر از آنچه انتظار دارید می‌کند، به بخش 5.1 مراجعه کنید تا بدانید چه کاری می‌توانید انجام دهید.

اگر داروی شما در فهرست داروها نیست یا محدود است، در اینجا گزینه هایی برای کارهایی که می توانید انجام دهید وجود دارد:

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

ممکن است بتوانید تأمین داروی موقت دارو را دریافت کنید

در بعضی شرایط خاص، طرح باید تأمین داروی موقت را که از قبل در حال مصرف هستید تأمین کند. با دریافت این تأمین داروی موقت فرصت خواهید داشت درباره تغییر ایجادشده در پوشش با ارائه‌دهنده‌تان صحبت کنید.

برای اینکه واجدشرایط دریافت تأمین داروی موقت باشید، دارویی که مصرف می‌کنید **نباید دیگر در فهرست داروهای طرح باشد** یا **درحال‌حاضر به نحوی دارای محدودیت باشد.**

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

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

- **برای اعضایی که سطح مراقبتی آن‌ها تغییر می‌کند (مانند انتقال به یا از مرکز مراقبت طولانی مدت یا بیمارستان) و نیاز به تأمین داروی فوری دارند:**

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

برای پرسیدن سؤالات مربوط به تأمین موقت، با شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).

در مدت زمانی که تأمین داروی موقت را مصرف می‌کنید، باید با ارائه‌دهنده تان صحبت کنید و تصمیم بگیرید پس از پایان این تأمین داروی موقت باید چه کار کنید. شما 2 گزینه دارید:

گزینه 1. می‌توانید از داروی دیگری استفاده کنید

درباره داروی متفاوتی که برایتان فایده یکسانی دارد و توسط طرح پوشش داده می‌شود با ارائه‌دهنده تان صحبت کنید. با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید) و لیستی از داروهای تحت پوشش که همان وضعیت پزشکی را درمان می کنند درخواست کنید. این فهرست به ارائه‌دهنده کمک می کند داروی تحت پوششی را که ممکن است برایتان مفید باشد پیدا کند.

گزینه 2. می‌توانید درخواست اعمال استثنا کنید

شما و ارائه‌دهنده تان می توانید از طرح درخواست کنید استثنا قائل شود و داروی مورد نظرتان را به روش دلخواهتان پوشش دهد. اگر ارائه‌دهنده اعلام کند دلایل پزشکی‌ای دارد که توجیه کننده درخواست اعمال استثنا هستند، می‌تواند به شما کمک کند درخواست اعمال استثنا کنید. برای مثال، می‌توانید از طرح بخواهید دارویی را پوشش دهد، حتی اگر در فهرست داروها نباشد. یا می‌توانید از طرح بخواهید استثنا قائل شود و دارو را بدون محدودیت پوشش دهد.

اگر شما و ارائه‌دهنده‌تان می‌خواهید درخواست اعمال استثنا کنید، در فصل 9، بخش 7.4 کارهایی که باید انجام دهید توضیح داده شده است. در این بخش رویه‌ها و مهلت‌های تعیین‌شده توسط Medicare برای اطمینان از رسیدگی سریع و منصفانه به درخواست شما توضیح داده شده است.

بخش 5.1 اگر داروی شما در ردیف تسهیم هزینه‌ای قرار دارد که فکر می‌کنید بیش از حد بالا است چه کاری می‌توانید انجام دهید

اگر داروی شما در ردیف تسهیم هزینه‌ای قرار دارد که فکر می‌کنید خیلی بالا است، کارهایی که می‌توانید انجام دهید به شرح زیر است:

می‌توانید از داروی دیگری استفاده کنید

اگر داروی شما در ردیف تسهیم هزینه‌ای قرار دارد که فکر می‌کنید خیلی بالا است، با ارائه‌دهنده‌تان صحبت کنید. ممکن است داروی دیگری در ردیف تسهیم هزینه پایین‌تر باشد که احتمالاً به همان میزان برایتان مؤثر است. با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید) و لیستی از داروهای تحت پوشش که همان وضعیت پزشکی را درمان می کنند درخواست کنید. این فهرست به ارائه‌دهنده کمک می کند داروی تحت پوششی را که ممکن است برایتان مفید باشد پیدا کند.

می‌توانید درخواست اعمال استثنا کنید

شما و ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید از طرح بخواهید در ردیف تسهیم هزینه دارو استثنا قائل شود تا هزینه کمتری برای آن پرداخت کنید. اگر ارائه‌دهنده‌تان بگوید که دلایل پزشکی‌ای دارید که درخواست اعمال استثنا را توجیه می‌کند، ارائه‌دهنده می‌تواند به شما کمک کند درخواست اعمال استثنا در قوانین کنید.

اگر شما و ارائه‌دهنده‌تان می‌خواهید درخواست اعمال استثنا کنید، در فصل 9، بخش 7.4 توضیح داده شده که چه کارهایی باید انجام دهید. در این بخش رویه‌ها و مهلت‌های تعیین‌شده توسط Medicare برای اطمینان از رسیدگی سریع و منصفانه به درخواست شما توضیح داده شده است.

داروهای ردیف 5 (ردیف خاص) واجد شرایط این نوع استثنا نیستند. مبلغ تسهیم هزینه را برای داروهای این ردیف کاهش نمی‌دهیم.

بخش 6 فهرست داروها ممکن است در طول سال تغییر کند.

اکثر تغییرات در پوشش دهی داروها در ابتدای هر سال (1 ژانویه) روی می‌دهد. اما طرح ممکن است در طول سال تغییراتی در فهرست داروها ایجاد کند. برای مثال، طرح ممکن است:

- **دارویی را به فهرست داروها اضافه کند یا از آن حذف کند.**
- **دارویی را به ردیف تسهیم هزینه بالاتر یا پایین‌تر منتقل کند.**
- **محدودیتی را در مورد پوشش یک دارو اضافه یا حذف کند.**
- **یک داروی برند را با نمونه ژنریک آن جایگزین کند.**
- محصول بیولوژیک اصلی را با یک نمونه بیوسیمیلار قابل جایگزینی از همان محصول بیولوژیک جایگزین کند.

قبل از تغییر دادن فهرست داروهای طرح باید از شرایط Medicare پیروی کنیم.

اطلاعاتی درباره تغییرات پوشش دهی داروها

در صورت تغییر در فهرست داروها، اطلاعات مربوط به آن تغییرات را در وب‌سایتمان پست می‌کنیم. همچنین، فهرست داروها را مرتباً در محیط آنلاین به‌روز می‌کنیم. بعضی مواقع شما اگر تغییراتی در مورد دارویی که مصرف می‌کنید ایجاد شده باشد، مستقیماً به شما اطلاع داده خواهد شد.

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

- **افزودن داروهای جدید به فهرست داروها و حذف یا ایجاد تغییر <u>بلافاصله</u> در داروی مشابه در فهرست داروها.**
  - وقتی که نسخه جدیدی از یک دارو به فهرست داروها اضافه می‌شود، ممکن است بلافاصله داروی مشابه آن را از فهرست داروها حذف کنیم، داروی مشابه را به ردیف تسهیم هزینه دیگری منتقل کنیم، محدودیت‌های جدید اضافه کنیم، یا هر دو. نسخه جدید دارو در ردیف تسهیم هزینه یکسان یا پایین‌تر قرار می‌گیرد و محدودیت‌های یکسان یا کمتری خواهد داشت.
  - این تغییرات فوری را فقط وقتی ایجاد می‌کنیم که نسخه ژنریک جدیدی از داروی برند را اضافه کنیم یا برخی نسخه‌های بیوسیمیلار جدید را اضافه کنیم که مشابه محصول بیولوژیکی اصلی‌ای هستند که قبلا در فهرست داروها قرار داشته‌اند
  - ممکن است این تغییرات را بلافاصله انجام دهیم و بعداً به شما اطلاع دهیم، حتی اگر دارویی را که حذف می‌کنیم یا تغییر می‌دهیم دارویی باشد که درحال مصرف آن هستید. اگر زمانی که تغییر را ایجاد می‌کنیم درحال استفاده از دارویی مشابه باشید، شما را از همه تغییراتی که ایجاد می‌کنیم مطلع خواهیم کرد.

- **افزودن داروها به فهرست داروها و حذف یا ایجاد تغییر بلافاصله در داروی مشابه در فهرست داروها.**
  - وقتی که نسخه دیگری از یک دارو به فهرست داروها اضافه می‌شود، ممکن است داروی مشابه را از فهرست داروها حذف کنیم، آن را به ردیف تسهیم هزینه دیگری منتقل کنیم، محدودیت‌های جدید اضافه کنیم، یا هر دو. آن نسخه از دارویی را که اضافه می‌کنیم در ردیف تسهیم هزینه یکسان یا پایین‌تر قرار می‌گیرد و محدودیت‌های یکسان یا کمتری خواهد داشت.
  - این تغییرات را فقط وقتی ایجاد می‌کنیم که نسخه ژنریک جدیدی از داروی برند را اضافه کنیم یا برخی نسخه‌های بیوسیمیلار جدید را اضافه کنیم که مشابه محصول بیولوژیکی اصلی‌ای هستند که قبلاً در فهرست داروها بوده‌اند.
  - حداقل 30 روز قبل از اینکه تغییر را ایجاد کنیم به شما اطلاع می‌دهیم یا شما را از تغییر مطلع می‌کنیم و ذخیره لازم برای 30 روز از دارویی را که مصرف می‌کنید پوشش می‌دهیم.
- **حذف کردن داروهای غیرایمن و سایر داروهای فهرست داروها که از بازار جمع‌آوری شده‌اند.**
  - بعضی مواقع دارویی غیرایمن قلمداد می‌شود یا به هر دلیل دیگری از بازار جمع می‌شود. اگر این اتفاق بیفتد ممکن است بلافاصله دارو را از فهرست داروها حذف کنیم. اگر درحال مصرف آن دارو باشید، پس‌از اعمال تغییر به شما اطلاع می‌دهیم.
- **اعمال سایر تغییرات در داروهای فهرست داروها**
  - ممکن است با شروع سال تغییرات دیگری را ایجاد کنیم که بر داروهای در حال مصرف شما تأثیر بگذارد. برای مثال، بسته به هشدارهای روی دارو توسط FDA یا دستورالعمل‌های بالینی جدید که موردتأیید Medicare هستند.
  - حداقل 30 روز قبل از ایجاد این تغییرات به شما اطلاع می‌دهیم یا شما را از تغییر مطلع می‌کنیم و ذخیره اضافی لازم برای 30 روز از دارویی را که مصرف می‌کنید پوشش می‌دهیم.

اگر هریک از این تغییرات را برای داروهایی که مصرف می‌کنید ایجاد کردیم، با تجویزکننده آن درباره گزینه‌هایی که برای شما بهتر است صحبت کنید، ازجمله درباره تغییر به دارویی دیگر برای درمان مشکلتان یا درباره درخواست تصمیم پوشش‌دهی برای رفع هرگونه محدودیت جدیدی که برای داروی مصرفی‌تان اعمال شده است. شما یا تجویزکننده‌تان می‌توانید از ما بخواهید برای ادامه پوشش دارو یا نسخه‌ای از دارویی که مصرف می‌کنید استثنا قائل شویم. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست تصمیم پوشش‌دهی، شامل درخواست اعمال استثنا، به فصل 9 مراجعه کنید.

تغییراتی در فهرست داروها که در طول این سال طرح بر شما تأثیر نمی‌گذارند.

ممکن است تغییرات دیگری در فهرست داروها ایجاد کنیم که در بالا ذکر نشده است. در این موارد اگر هنگام ایجاد این تغییرات در حال مصرف آن دارو بوده اید این تغییرات در مورد شما اعمال نخواهد شد؛ اما اگر همچنان در طرح بمانید، این تغییرات از 1 ژانویه سال بعدی طرح برای شما اعمال می‌شود.

به طور کلی تغییراتی که در طول سال فعلی طرح روی شما تأثیری نمی‌گذارند عبارت‌اند از:

- داروی شما را به ردیف تسهیم هزینه بالاتر منتقل کنیم.
- زمانی که محدودیت جدیدی را برای مصرف دارویتان در نظر بگیریم.
- داروی شما را از فهرست داروها حذف کنیم.

اگر هرکدام از این تغییرات برای دارویی که درحال مصرف آن هستید ایجاد شود (به جز جمع شدن دارو از بازار، جایگزین شدن داروی ژنریک به‌جای داروی برند، یا هر تغییر دیگری که در قسمت‌های بالا عنوان شده است)، این تغییر تا 1 ژانویه سال بعد روی مصرف شما یا مبلغی که به عنوان تسهیم هزینه پرداخت می‌کنید تأثیری ندارد.

در طول سال فعلی طرح درباره این تغییرات مستقیماً به شما اطلاع نخواهیم داد. باید فهرست داروها را برای سال بعدی طرح بررسی کنید (وقتی فهرست در طول دوره ثبت‌نام در دسترس قرار گرفت) و ببینید آیا داروهای مصرفی‌تان تغییری داشته‌اند که روی سال بعدی طرح شما تأثیر بگذارد یا نه.

بخش 7 انواع داروهایی که ما پوشش نمی دهیم

بعضی از انواع داروهای تجویزی مستثنی هستند. به این معنی که Medicare برای این داروها هزینه‌ای را پرداخت نمی‌کند.

اگر درخواست تجدیدنظر دهید و داروی درخواستی از قسمت D مستثنی نشده باشد، ما هزینه آن را پرداخت می‌کنیم یا آن را پوشش می‌دهیم. (برای کسب اطلاعات درباره درخواست تجدیدنظر برای تصمیم اتخاذشده، به فصل 9 مراجعه کنید.) اگر داروی خارج شده از برنامه ما توسط California Medi-Cal (Medicaid) نیز حذف شده باشد، باید هزینه آن را خودتان پرداخت کنید (به جز برخی از داروهای حذف شده تحت پوشش طرح داروهای پیشرفته ما).

در اینجا 3 قانون کلی درباره داروهایی که طرح‌های دارویی Medicare تحت قسمت D آن‌ها را پوشش نمی‌دهد عنوان شده است:

- پوشش دارویی قسمت D طرح ما نمی‌تواند طرحی را پوشش دهد که تحت پوشش Medicare Part A یا Part B است.
- طرح ما دارویی که در خارج از ایالات متحده و قلمرو آن خریده شده باشد را پوشش نمی‌دهد.
- طرح ما نمی‌تواند *استفاده تجویزنشده* از دارو را، وقتی که آن مورد استفاده توسط برخی مراجع ازجمله American Hospital Formulary Service Drug Information و سیستم اطلاعاتی Micromedex DRUGDEX تأیید نشده باشد، پوشش دهد. *استفاده تجویزنشده* به هر نوع استفاده از دارو به‌جز مواردی که روی برچسب دارو ذکرشده و مورد تأیید FDA است گفته می‌شود.

علاوه بر این، دسته بندی های دارویی زیر بر اساس قانون تحت پوشش Medicare یا Medicaid نیستند. اما بعضی از این داروها ممکن است تحت پوشش دارویی California Medi-Cal (Medicaid) برایتان پوشش داده شوند. برای اطمینان از اینکه کدام پوشش دارویی را در اختیار دارید، با برنامه California Medi-Cal (Medicaid) ایالت خودتان تماس بگیرید. (شماره‌های تلفن و اطلاعات تماس California Medi-Cal (Medicaid) را می‌توانید در فصل 2، بخش 6 پیدا کنید.)

- داروهای غیرتجویزی (داروهای بدون نسخه نیز نامیده می‌شود)
- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
- داروهای تسکین علائم سرماخوردگی و سرفه
- داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا تقویت رشد مو
- ویتامین‌ها و محصولات معدنی تجویزی، بجز ویتامین‌های مربوط به دوران پیش از زایمان و ترکیبات فلوراید

- داروهای مورد استفاده برای درمان جنسی یا اختلال در نعوظ
- داروهای استفاده شده برای درمان پرخوری، کاهش وزن، یا افزایش وزن
- داروهای بدون نسخه که تولید کننده فروش تست‌های همراه یا خدمات کنترل و نظارت را در قالب بخشی از شرایط دریافت تخفیف الزامی کرده است و باید از همان تولید کننده خریداری شوند

اگر از **Medicare کمک اضافی** برای پرداخت نسخه های خود استفاده می کنید، کمک اضافی برای داروهایی که معمولا تحت پوشش قرار نمی گیرند پرداخت نمی شود. (برای کسب اطلاعات بیشتر، به فهرست داروهای طرح ما مراجعه کنید یا با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) تماس بگیرید.). اما اگر پوشش دارویی را از طریق Medicaid دریافت می‌کنید، برنامه Medicaid ایالتی شما ممکن است بعضی از داروهای تجویزی را که به‌طور معمول در طرح داروی Medicare تحت پوشش نیستند پوشش دهد. برای اطمینان از اینکه کدام پوشش دارویی را در اختیار دارید با برنامه Medicaid ایالت خودتان تماس بگیرید. (می توانید شماره تلفن و اطلاعات تماس Medicaid را در فصل 2، بخش 6 پیدا کنید.)

بخش 8 دریافت نسخه‌های تجویزی در نسخه

برای دریافت داروهای نسخه، اطلاعات عضویت در طرح را (که روی کارت عضویت‌تان درج شده است) در داروخانه شبکه انتخابی‌تان ارائه کنید. داروخانه شبکه سهم ما را به‌طور خودکار از کل هزینه داروی شما برایمان به‌صورت قبض صادر می‌کند. هنگام تحویل گرفتن داروی تجویزی‌تان باید *سهم خودتان* را از هزینه به داروخانه بپردازید.

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

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، **ممکن است مجبور شوید هزینه کامل نسخه را هنگام تحویل گرفتن آن بپردازید.** می‌توانید از ما بخواهید سهم خودمان را **به شما بازپرداخت کنیم**. برای اطلاع از نحوه درخواست از طرح برای بازپرداخت هزینه، به فصل 7 بخش 2 مراجعه کنید.

بخش 9 پوشش داروی قسمت D در شرایط خاص

بخش 9.1 اگر در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی اقامت دارید که تحت پوشش برنامه ماست

اگر در بیمارستان یا مرکز پرستاران باتجربه برای بستری شدن تحت پوشش طرح ما پذیرش شوید، ما معمولاً هزینه داروهای تجویزی‌تان را در طول مدت بستری بودن شما پوشش خواهیم داد. وقتی بیمارستان یا مرکز پرستاران باتجربه را ترک می‌کنید، اگر داروهای تجویزی‌تان همه قوانین پوشش‌دهی ما را که در این فصل توضیح داده شده است داشته باشند، طرح ما آن‌ها را پوشش می‌دهد.

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

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

برای اطلاع از اینکه داروخانه مرکز LTC شما یا داروخانه مورد استفاده این مرکز بخشی از شبکه ما است، به *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* go.wellcare.com/2027providerdirectories مراجعه کنید. اگر از آن استفاده نمی‌کنید یا به اطلاعات یا کمک بیشتری نیاز دارید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند). اگر در مرکز LTC هستید، ما باید مطمئن شویم که می‌توانید مرتباً مزایای قسمت D را از طریق داروخانه‌های LTC درون شبکه ما دریافت کنید.

اگر ساکن یک مرکز LTC هستید و به داروهایی نیاز دارید که در فهرست داروهای ما نیست یا به نوعی محدود شده است، برای کسب اطلاعات در مورد دریافت یک منبع موقت یا اضطراری به بخش 5 مراجعه کنید.

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

اگر خودتان (همسر یا شریک خانگی‌تان) پوشش داروی تجویزی دیگری از طریق کارفرما یا گروه بازنشستگی دارید، با **مسئول مزایای آن گروه** تماس بگیرید. آن‌ها می‌توانند به شما کمک کنند که بفهمید پوشش داروی تجویزی فعلی‌تان چطور با طرح ما کار می‌کند.

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

نکات ویژه درباره پوشش معتبر:

هر سال کارفرما یا گروه بازنشستگی‌تان باید اعلامیه‌ای برایتان ارسال کند که در آن عنوان شده پوشش داروی تجویزی برای سال بعد معتبر است.

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

هر گونه اطلاعیه ای را در مورد پوشش معتبر نگه دارید زیرا ممکن است بعداً به این اطلاعیه ها نیاز داشته باشید تا نشان دهید که پوشش معتبر را حفظ کرده اید. اگر این اعلامیه پوشش معتبر را دریافت نکرده اید، از مسئول مزایای طرح کارفرما یا طرح بازنشستگی، یا از کارفرما و اتحادیه درخواست کنید یک نسخه برایتان ارسال کنند.

بخش 9.4 اگر در آسایشگاه دارای مجوز Medicare هستید چه طور

طرح ما و آسایشگاه همزمان داروی یکسانی را پوشش نمی‌دهند. اگر در آسایشگاه بیماران رو به مرگ Medicare ثبت‌نام کرده‌اید و به داروی‌های خاصی (مانند داروی ضدتهوع، مسهل، یا ضداضطراب) نیاز دارید که به دلیل عدم ارتباط با بیماری لاعلاج شما و شرایط مربوط به آن تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما نیست، طرح ما باید ابتدا اعلانی از تجویزکننده یا ارائه‌دهنده آن آسایشگاه بیماران رو به مرگ دریافت کند مبنی بر اینکه دارو غیرمرتبط است تا بتوانیم آن را پوشش دهیم. برای اینکه دریافت این داروها که باید تحت پوشش طرح ما قرار بگیرند تأخیری نداشته باشد، از ارائه‌دهنده خدمات ویژه بیماران رو به مرگ یا تجویزکننده‌تان بخواهید پیش از ارائه داروی تجویزی، اعلان ارائه کند.

اگر خودتان از استفاده از خدمات ویژه بیماران رو به مرگ انصراف دهید یا اگر از آسایشگاه بیماران رو به مرگ ترخیص شوید، طرح ما باید به‌نحوی که در این دفترچه توضیح داده شده داروهایتان را پوشش دهد. وقتی مزایای ویژه بیماران رو به مرگ شما Medicare خاتمه می‌یابد، برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه، اسناد مورد نیاز را به داروخانه ببرید تا مشخص شود خودتان از دریافت این خدمات انصراف داده‌اید یا از این مرکز ترخیص شده‌اید.

بخش 10 برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها

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

هر بار که داروی تجویزی را دریافت می‌کنید، بررسی لازم را انجام می‌دهیم. همچنین سوابقمان را مرتباً بررسی خواهیم کرد. در این بررسی‌ها به مشکلات احتمالی مانند این موارد رسیدگی می‌کنیم:

- خطاهای احتمالی در تجویز دارو
- داروهایی که ممکن است ضرورتی نداشته باشند چون داروی مشابه دیگری را برای درمان همان مشکل استفاده می‌کنید
- داروهایی که به دلیل سن یا جنسیت شما ممکن است ایمن یا مناسب نباشند
- بعضی از ترکیبات خاص داروها ممکن است در صورت مصرف همزمان برایتان مضر باشد
- تجویز داروهایی که به ترکیبات آنها حساسیت دارید
- خطاهای احتمالی در مقدار (دوز) داروی مصرفی شما
- داروهای مخدر مسکن که مقدار مواد مخدر آن ایمن نیست

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

بخش 10.1 برنامه مدیریت دارو (DMP) برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروهای مخدر

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

- لازم باشد همه داروهای مخدر تجویزی یا بنزودیازپین را از داروخانه‌ای خاص دریافت کنید
- لازم باشد همه داروهای مخدر تجویزی یا بنزودیازپین را از تجویزکننده(های) خاصی دریافت کنید
- میزان داروهای مخدر یا بنزودیازپین را که تحت پوشش قرار می‌دهیم محدود کنیم

اگر طرحی برای محدود کردن نحوه دریافت این داروها یا دوز دریافتی‌شان برای شما داشته باشیم، از قبل برایتان نامه‌ای ارسال خواهیم کرد. در این نامه توضیح داده می‌شود که آیا پوشش این داروها را برایتان محدود می‌کنیم یا لازم است این داروهای تجویزی را فقط از یک تجویزکننده یا داروخانه خاص دریافت کنید. شما این امکان را دارید که در مورد تجویزکننده یا داروخانه‌ای که ترجیح می‌دهید از آن استفاده کنید و هر نوع اطلاعاتی که فکر می‌کنید دانستن آن برای ما مهم است به ما اطلاع بدهید. بعد از اینکه فرصت پاسخ دهی به شما داده شد اگر تصمیم بگیریم پوشش این داروها را برای شما محدود کنیم، نامه دیگری برای تأیید این محدودیت برایتان

ارسال می‌کنیم. اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم یا اگر با تصمیم ما یا محدودیت ایجاد شده مخالف هستید، شما و تجویزکننده تان حق دارید درخواست تجدیدنظر بدهید. در صورت درخواست تجدیدنظر، پرونده شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم را به شما اطلاع می‌دهیم. اگر همچنان بخشی از درخواست شما در مورد محدودیت دسترسی‌تان به این داروها را رد کنیم، به طور خودکار پرونده شما را به یک سازمان بازنگری مستقل در خارج از طرحمان ارسال خواهیم کرد. برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر به فصل 9 مراجعه کنید.

اگر شرایط پزشکی خاصی داشته باشید، مانند درد مرتبط با سرطان یا کم‌خونی داسی شکل، اگر خدمات آسایشگاه بیماران رو به مرگ را دریافت می‌کنید، مراقبت تسکینی یا مراقبت مخصوص دوران پایان عمر را دریافت می‌کنید، یا اگر در مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید، در DMP ما قرار نمی‌گیرید.

بخش 10.2 برنامهمدیریت درمان دارویی (MTM) برای کمک به اعضا در مدیریت داروهایشان

برنامه‌ای داریم که به اعضا کمک می‌کند نیازهای پیچیده سلامتشان را برطرف کنند. نام این برنامه، مدیریت درمان دارویی (MTM) است. استفاده از این برنامه داوطلبانه و رایگان است. گروهی از پزشکان و داروسازان این برنامه را تشکیل داده‌اند تا ما مطمئن شویم که اعضایمان با مصرف داروها بیشترین فایده را ببرند.

بعضی از اعضا که بیماری‌های مزمن خاصی دارند و داروهایی مصرف می‌کنند که هزینه آن‌ها بیشتر از مبلغ مشخصی می‌شود یا در برنامه DMP شرکت دارند که به اعضا کمک می‌کند به‌طور ایمن از مواد مخدر استفاده کنند، ممکن است بتوانند از طریق برنامه MTM خدمات دریافت کنند. اگر واجد شرایط حضور در این برنامه باشید، یک داروساز یا متخصص امور سلامت بررسی جامعی را درباره داروهایتان انجام می‌دهد. در طول این بررسی، می‌توانید درباره داروهای مصرفی، هزینه‌ها، و هر مشکل یا مسئله دیگری درباره داروهای تجویزی و داروهای بدون نسخه سؤال کنید. یک خلاصه کتبی حاوی فهرست کارهای توصیه شده دریافت می‌کنید که شامل مراحل مختلفی است که برای دریافت بهترین نتایج از داروها باید آنها را اجرا کنید. همچنین یک فهرست دارویی دریافت خواهید کرد که شامل همه داروهای مصرفی شما، میزان دوز مصرفی، و زمان و دلیل مصرف دارو است. همچنین اعضا در برنامه MTM اطلاعاتی درباره دور ریختن ایمن داروهای تجویزی که جزو مواد تحت کنترل هستند دریافت خواهند کرد.

بهتر است درباره فهرست کارهای توصیه شده و فهرست داروها با پزشکتان صحبت کنید. خلاصه کتبی را در هر ویزیت و هربار که با پزشک، داروسازها و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت صحبت می‌کنید به همراه ببرید. همچنین فهرست داروها را به‌روز نگه دارید و با خودتان داشته باشید (مثلاً در کنار ID) تا در صورت مراجعه به بیمارستان یا اتاق اورژانس دردسترس باشد.

اگر برنامه‌ای وجود دارد که با نیازهای شما سازگاری دارد، شما را به صورت خودکار در این برنامه ثبت‌نام می کنیم و اطلاعات را برایتان ارسال خواهیم کرد. اگر تصمیم می‌گیرید در آن طرح شرکت نکنید، به ما اطلاع دهید تا عضوتتان را لغو کنیم. برای پرسیدن سؤالات مربوط به این برنامه، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).

فصل 6:
آنچه برای داروهای تجویزی قسمت D می‌پردازید

فصل 1: آنچه برای داروهای تجویزی قسمت D می‌پردازید

برای آسان‌تر کردن مطالب، در این فصل هر موقع از کلمه «دارو» استفاده می‌کنیم، منظورمان داروی تجویزی قسمت D است. همه داروها جزء داروهای قسمت D نیستند. بعضی از داروها از پوشش قسمت D توسط قانون مستثنی هستند. بعضی از داروهایی که از پوشش قسمت D خارج شده اند تحت پوشش Medicare Part A یا Part B یا تحت Medicaid قرار می گیرند. اگر پوشش تکمیلی دارو را خریداری کنید، بعضی از داروهای حذف شده ممکن است تحت پوشش برنامه ما قرار گیرند.

برای درک اطلاعات پرداخت باید بدانید چه داروهایی تحت پوشش قرار دارند، داروهای تجویزی‌تان را از کجا تهیه کنید، و چه قوانینی را هنگام دریافت داروهای تحت پوشش رعایت کنید. فصل 5 این قوانین را توضیح می دهد. هنگامی که از «ابزار فوری مزایا» طرح برای بررسی پوشش دارو استفاده می‌کنید (به go.wellcare.com/HealthNetCA مراجعه کنید)، هزینه نشان‌داده‌شده برآوردی از هزینه های پرداختی شخصی است که انتظار می‌رود پرداخت کنید. همچنین می‌توانید با تماس با بخش خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند)، اطلاعات ارائه‌شده در «ابزار مزایای فوری» را دریافت کنید.

چطور می توانید اطلاعاتی درباره هزینه داروها کسب کنید؟

از آن‌جا که برای California Medi-Cal (Medicaid) واجدشرایط هستید، برای دریافت «کمک اضافی» از Medicare واجدشرایط هستید و آن را دریافت می‌کنید تا هزینه‌های طرح داروهای تجویزی‌تان را پرداخت کنید. به دلیل اینکه در برنامه «کمک اضافی» هستید **بعضی از اطلاعات***در این گواهی پوشش‌دهی* **درباره هزینه های داروهای تجویزی قسمت D ممکن است برای شما اعمال نشود.** الحاقیه جداگانه‌ای با عنوان *الحاقیه شواهد پوشش برای افرادی که برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی کمک اضافی دریافت می‌کنند* برایتان ارسال کرده‌ایم (به آن *الحاقیه یارانه افراد کم درآمد* یا *الحاقیه LIS* نیز گفته می‌شود) که درباره پوشش داروهایتان به شما اطلاع می‌دهد. اگر این پیوست را در اختیار ندارید با بخش خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) و درخواست *پیوست LIS* را مطرح کنید.

بخش 1.1 انواع هزینه‌های پرداخت شخصی‌ای که ممکن است برای داروهای تحت پوشش بپردازید

3 نوع مختلف هزینه های پرداخت شخصی برای داروهای تحت پوشش قسمت D وجود دارد که ممکن است از شما خواسته شود آن را پرداخت کنید:

- **فرانشیز** مبلغی است که قبل از اینکه طرح ما شروع به پرداخت سهم خودش کند برای داروها می‌پردازید.
- **پرداخت مشترک** مبلغ ثابتی است که هر بار داروی تجویزی دریافت می‌کنید باید پرداخت کنید.

- **بیمه مشترک** درصدی از کل هزینه دارو است که هر بار داروی تجویزی دریافت می‌کنید باید پرداخت کنید.

بخش 1.2 نحوه محاسبه هزینه‌های پراخت شخصی توسط Medicare

Medicare قوانینی دارد که تعیین می‌کند چه مواردی به‌عنوان هزینه‌های پرداخت شخصی قلمداد می‌شود و چه مواردی نمی‌شود. در اینجا قوانینی را آورده‌ایم که باید برای پیگیری هزینه‌های پرداخت شخصی شما رعایت کنیم.

این پرداخت‌ها جزو هزینه‌های پرداخت شخصی شما قلمداد می‌شوند.

هزینه‌های پرداخت شخصی شما **شامل** پرداخت‌های ذکرشده در زیر است (اگر برای داروهای تحت پوشش قسمت D باشند و شما قوانین مربوط به پوشش دارو را که در فصل 5 توضیح داده شده است رعایت کرده باشید):

- مبلغی که وقتی در مراحل زیر برای پرداخت هزینه دارو هستید باید بپردازید:
  - مرحله فرانشیز
  - مرحله پوشش اولیه
- همه پرداخت‌هایی که طی سال تقویمی جاری و پیش‌از پیوستن به طرح ما، به‌عنوان عضو یکی دیگر از طرح‌های داروهای تجویزی Medicare، پرداخت کرده‌اید.
- هر گونه پرداخت برای داروهای شما که توسط خانواده یا دوستان انجام شود
- هرگونه پرداختی که برای داروهای شما توسط کمک اضافی از طرف Medicare، طرح‌های سلامت کارفرما یا اتحادیه، خدمات سلامت بومیان، برنامه‌های کمک‌هزینه داروی ایدز و بیشتر مؤسسه‌های خیریه انجام شده باشد

انتقال به مرحله پوشش وضعیت بحرانی:

وقتی شما (یا کسانی که ازطرف شما پرداخت می‌کنند) طی سال تقویمی در مجموع $2,400 هزینه‌های پرداخت شخصی کرده باشید، از مرحله پوشش اولیه به مرحله پوشش وضعیت بحرانی منتقل می‌شوید.

این پرداخت‌ها جزو هزینه‌های پرداخت شخصی شما قلمداد نمی‌شوند.

هیچ‌یک از این نوع پرداخت‌ها جزو هزینه‌های پرداخت شخصی شما **قلمداد نمی‌شوند**:

- داروهایی که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن خریده‌اید
- داروهایی که تحت‌پوشش طرح ما نیستند
- داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید و الزامات طرح را برای پوشش خارج از شبکه برآورده نمی‌کنند
- داروهایی که فقط تحت پوشش Medicaid هستند

- داروهای تجویزی تحت پوشش قسمت A یا قسمت B
- هزینه هایی که برای داروهایی که تحت پوشش اضافی ما قرار دارند پرداخت می کنید اما به طور معمول تحت پوشش Medicare Drug Plan نیستند
- پرداخت‌هایی که برای داروهای تجویزی انجام می‌دهید معمولاً در طرح داروهای تجویزی Medicare پوشش داده نمی‌شوند
- پرداخت‌هایی که برای داروهای شما توسط برخی طرح‌های بیمه و برنامه‌های سلامت با بودجه دولتی، مانند TRICARE و سازمان بهداشت سربازان بازنشسته (VA) انجام شده باشد.
- پرداخت هزینه داروهایی که توسط شخص ثالثی انجام می‌شود که برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی تعهد قانونی دارد (برای مثال جبران خسارت کارگران)
- پرداخت‌های انجام‌شده توسط تولیدکنندگان دارو تحت برنامه تخفیف تولیدکننده

یادآوری: اگر هر سازمان دیگری، مانند سازمان‌های ذکرشده در بالا، بخشی یا تمام هزینه‌های پرداختی از جیب شما برای داروها را پرداخت کند، موظف هستید با تماس با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) این موضوع را به اطلاع طرح ما برسانید.

ردیابی کل هزینه های پرداخت شخصی

- مبلغ فعلی هزینه‌های پرداخت شخصی شما در گزارش توضیح *مزایای قسمت D* (EOB) که دریافت می‌کنید ذکر شده است. وقتی این مبلغ به $2,400 برسد، توضیح مزایای *EOB قسمت D* به شما اطلاع خواهد داد که از مرحله پوشش اولیه خارج شده‌اید و وارد مرحله پوشش فاجعه‌ای شده‌اید.
- **بررسی کنید که حتما اطلاعات مورد نیاز را در اختیار داشته باشیم.** در بخش 3.1 توضیح داده شده که برای اطمینان از کامل و به‌روز بودن سوابق ما برای هزینه‌هایی که انجام داده‌اید، چه کارهایی می‌توانید انجام دهید.

بخش 2 مراحل پرداخت هزینه دارو برای اعضای طرح ما

در طرح ما **3 مرحله پرداخت هزینه دارو** برای پوشش داروی تجویزی وجود دارد. میزان پرداختی شما برای هر نسخه به این بستگی دارد که در زمان گرفتن یا گرفتن مجدد نسخه در کدام مرحله هستید. جزئیات هر مرحله در این فصل توضیح داده شده است. این مراحل عبارت‌اند از:

- **مرحله 1: مرحله فرانشیز سالیانه**
- **مرحله 2: مرحله پوشش اولیه**
- **مرحله 3: مرحله پوشش وضعیت بحرانی**

بخش 3 *توضیح مزایای قسمت D* در مورد مرحله پرداختی که در آن هستید توضیح می دهد

طرح ما، هزینه‌های داروهای تجویزی شما و پرداخت‌هایی که هنگام دریافت نسخه‌ها در داروخانه انجام می‌دهید را پیگیری و ثبت می‌کند. با این روش هروقت از یک مرحله پرداخت دارویی به مرحله‌ای دیگر جابجا شوید به شما اطلاع می‌دهیم. ما 2 نوع هزینه را پیگیری می‌کنیم:

- **هزینه های پرداخت شخصی:** این مقدار همان مبلغی است که شما پرداخت می کنید. 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، خدمات سلامت بومیان، برنامه‌های کمک‌های دارویی ایدز، مؤسسات خیریه، و اکثر طرح‌های کمک دارویی ایالتی (SPAPها) پرداخت شده است.

- **مجموع هزینه دارو:** این مجموع تمام پرداخت‌های انجام‌شده برای داروهای قسمت D است. شامل هزینه‌هایی است که طرح پرداخته است، هزینه‌هایی که شما پرداخته‌اید، و هزینه‌هایی که برنامه‌ها یا سازمان‌های دیگر برای داروهای قسمت D شما پرداخته‌اند.

اگر یک یا تعداد بیشتری نسخه را در ماه گذشته از طریق طرح ما دریافت کرده‌اید، *EOB قسمت D* را برایتان ارسال می‌کنیم. *EOB قسمت D* شامل موارد زیر است:

- **اطلاعات مربوط به همان ماه.** در این گزارش، جزئیات پرداخت مربوط به داروهای تجویزی که در ماه گذشته دریافت کرده‌اید ارائه می‌شود. در این گزارش کل هزینه دارویی، مبلغ پرداختی از طرف طرح و مبلغی که شما یا شخصی دیگر از طرف شما پرداخت کرده، عنوان شده است.

- **مبالغ کل برای همان سال از 1 ژانویه.** این اطلاعات کل هزینه دارویی و کل پرداخت‌ها برای داروها از شروع همان سال را نشان می‌دهد.

- **اطلاعات قیمت دارو.** این اطلاعات شامل کل مبلغ دارو و اطلاعاتی درباره افزایش قیمت از اولین دفعه‌ای است که داروی هر نسخه را با همان دوز یکسان دریافت کرده‌اید.

- **داروهای تجویزی جایگزین و قابل استفاده با هزینه کمتر.** حاوی اطلاعاتی درباره سایر داروهایی است که برای هر مطالبه مربوط به نسخه با تسهیم هزینه کمتر، درصورت وجود، دردسترس است.

بخش 3.1 به ما کمک کنید اطلاعات مربوط به پرداخت هزینه داروهایتان را به‌روز نگه داریم

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

- **کارت عضویت‌تان را هربار که داروی تجویزی دریافت می‌کنید نشان دهید.** با این کار مطمئن می شویم از داروهای تجویزی که دریافت می کنید و مبلغی که پرداخت می کنید مطلع هستیم.

- **بررسی کنید که حتما اطلاعات مورد نیاز را در اختیار داشته باشیم.** بعضی مواقع شما کل هزینه داروهای تجویزی را پرداخت می‌کنید. در این مواقع نمی‌توانیم به صورت خودکار اطلاعات مورد نیاز را برای پیگیری وضعیت هزینه‌های سهم جیبتان دریافت کنیم. برای اینکه وضعیت هزینه‌های سهم

بیمه‌شده تان را پیگیری کنیم، کپی رسیدهایتان را در اختیارمان قرار دهید. **در اینجا چند مثال ارائه شده است درباره اینکه چه وقت باید نسخه‌ای از رسید داروهایتان را در اختیارمان قرار دهید:**

- وقتی داروهای تحت پوشش را در داروخانه شبکه با قیمتی ویژه خریداری یا از کارت تخفیفی استفاده می‌کنید که بخشی از مزایای طرح ما نیست.
- وقتی سهم بیمار را برای داروهایی می‌پردازید که تحت برنامه کمک‌هزینه بیماران از طرف تولیدکننده دارو ارائه شده است.
- هر موقع که داروهای تحت پوشش را از داروخانه‌های خارج از شبکه می‌خرید یا مواقع دیگری که در شرایطی خاص کل قیمت داروهای تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید.
- اگر برای یک داروی تحت پوشش برایتان صورتحساب صادر شده است، می توانید از طرح ما درخواست کنید سهم‌مان را از هزینه پرداخت کنیم. برای اطلاع از دستورالعمل های مربوط به نحوه انجام این کار به فصل 7، بخش 2 مراجعه کنید.

- **اطلاعات مربوط به مبالغی که دیگران برای شما پرداخت کرده‌اند را برای ما ارسال کنید.** مبالغی که توسط برخی اشخاص و سازمان‌های دیگر پرداخت شده باشد نیز جزو هزینه‌های سهم بیمه‌شده محسوب می‌شوند. برای مثال، مبالغی که توسط برنامه کمک‌های دارویی ایدز (ADAP)، خدمات سلامت بومیان امریکا، و مؤسسات خیریه پرداخت شوند به حساب هزینه‌های پرداخت شخصی شما گذاشته می‌شوند. سوابق مربوط به این پرداخت ها را نگه دارید و آنها را برای ما ارسال کنید تا بتوانیم هزینه هایتان را پیگیری کنیم.

- **گزارش‌های کتبی را که برایتان ارسال می کنیم بررسی کنید.** وقتی *EOB قسمت D* دریافت می کنید، آن را بررسی کنید و مطمئن شوید اطلاعات موجود در آن کامل و صحیح باشد. اگر فکر می‌کنید اطلاعاتی ارائه نشده است یا سؤالی دارید، با بخش خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند). **به جای دریافت نسخه کاغذی توضیح *مزایای قسمت D (EOB قسمت D)* از طریق پست، اکنون می‌توانید نسخه الکترونیکی را دریافت کنید.** از طریق این سایت می‌توانید درخواستتان را ارائه کنید https://www.express-scripts.com/. اگر انتخاب کنید که به این شکل اقدام کنید، وقتی *eEOB قسمت D* شما آماده مشاهده، چاپ، یا بارگیری شود ایمیلی دریافت خواهید کرد. به نسخه الکترونیکی *EOB قسمت D* همچنین نسخه غیرکاغذی *EOB قسمت D* نیز گفته می‌شود. این‌ها نسخه‌های دقیق (تصاویر) از *صورتحساب‌های توضیح مزایای بخش D (EOB قسمت D)* چاپ‌شده هستند. حتماً این گزارش‌ها را نگه دارید.

بخش 4 مرحله فرانشیز

به دلیل اینکه اکثر اعضای ما برای هزینه داروهای تجویزی کمک اضافی دریافت می کنند، مرحله فرانشیز برای اکثر اعضا اعمال نمی شود. اگر کمک اضافی دریافت کنید، این مرحله پرداخت برای شما اعمال نمی شود.

برای کسب اطلاعات در مورد مبلغ فرانشیز، به پیوست جداگانه (پیوست *LIS*) مراجعه کنید.

اگر کمک اضافی دریافت نمی کنید، مرحله فرانشیز اولین مرحله پرداخت برای پوشش دارو است. فرانشیز برای محصولات انسولینی تحت پوشش و اکثر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان، ازجمله زونا، کزاز، و واکسن‌های سفر اعمال نمی‌شود. شما برای داروهای سطح 3 (داروی غیرترجیحی) و سطح 5 (سطح تخصصی)، مبلغ 700$ فرانشیز سالانه پرداخت خواهید کرد.

در طول این مرحله، شما کل هزینه داروهای سطح 3 (داروی غیرترجیحی) و سطح 5 (داروهای ویژه) خود را تا زمانی که به فرانشیز سالانه برسید، پرداخت می‌کنید. برای سایر داروها نیازی نیست هیچ مبلغ فرانشیزی پرداخت کنید. **کل قیمت** معمولاً کمتر از قیمت کامل معمول دارو است زیرا طرح ما با داروخانه‌های شبکه مذاکره کرده است تا برای اکثر داروها قیمت پایین‌تری را درنظر بگیرند. هزینه کامل نمی‌تواند از حداکثر قیمت منصفانه به‌اضافه هزینه‌های توزیع دارو برای داروهایی که تحت برنامه مذاکره قیمت داروهای Medicare دارای قیمت‌های توافق‌شده هستند، بیشتر باشد.

پس از اینکه $700 برای داروهای سطح 3 (داروی غیرترجیحی) و سطح 5 (سطح تخصصی) پرداخت کنید، از مرحله فرانشیز خارج می‌شوید و وارد مرحله پوشش اولیه خواهید شد.

مرحله 5 مرحله پوشش اولیه

بخش 5.1 مبلغی که برای دارویی پرداخت می‌کنید بستگی به دارو و جایی دارد که داروهایتان را تهیه می‌کنید

طی مرحله پوشش اولیه، طرح سهم خودش را از هزینه داروی تجویزی تحت پوشش شما پرداخت می‌کند و شما سهم خودتان را می‌پردازید (مبلغ سهم بیمار *یا* بیمه مشترک). سهم شما از هزینه بسته به دارو و جایی که داروهایتان را تهیه می‌کنید متفاوت خواهد بود.

طرح ما پنج ردیف تسهیم هزینه دارد

تمام داروهای موجود در فهرست داروهای طرح ما در یکی از شش ردیف تسهیم هزینه قرار دارند. به‌طورکلی، هر چه شماره ردیف تسهیم هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای دارو هم بالاتر می‌رود.

- ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی) شامل داروهای ژنریک ترجیحی است و ممکن است برخی داروهای برند را نیز شامل شود.
- ردیف 2 (داروهای برند ترجیحی) شامل داروهای برند ترجیحی است و ممکن است برخی داروهای ژنریک را نیز شامل شود. شما برای تأمین یک‌ماهه هر محصول انسولین تحت پوشش در این سطح، بیش از $35 پرداخت نخواهید کرد.
- ردیف 3 (داروهای غیرترجیحی) شامل داروهای برند و داروی ژنریک غیرترجیحی است. شما برای تأمین یک‌ماهه هر محصول انسولین تحت پوشش در این سطح، بیش از $35 پرداخت نخواهید کرد.
- دسته 4 (داروهای قابل تزریق) شامل داروهایی خاص است که به وسیله تزریق یا برای پیشگیری از بیماری استفاده می شود (واکسن).
- تیپ 5 (دسته اقلام خاص) شامل داروهای پرهزینه برند و ژنریک می باشد. داروهای این ردیف واجدشرایط موارد استثنای پرداخت در قالب ردیفی پایین‌تر نیستند. این بالاترین ردیف تسهیم هزینه است.
- سطح 6 (داروهای مراقبتی انتخابی) شامل منتخبی از داروهای ژنریک و برند است که معمولا برای درمان بیماری‌های خاص مزمن یا پیشگیری از بیماری (واکسن) استفاده می‌شود. این پایین‌ترین ردیف تسهیم هزینه است.

برای کسب اطلاعات درباره ردیف تسهیم هزینه دارویتان، آن را در فهرست داروهای طرح جستجو کنید.

گزینه‌های داروخانه شما

مبلغی که برای دارو می‌پردازید بستگی به این دارد که دارو را از کجا دریافت می‌کنید:

- یک داروخانه خرده فروشی شبکه.
- داروخانه خرده‌فروشی شبکه که تسهیم هزینه ترجیحی ارائه می‌دهد. هزینه‌ها ممکن است در داروخانه‌هایی که تسهیم هزینه ترجیحی ارائه می‌دهند کمتر باشد.
- داروخانه‌ای که در شبکه طرح نیست. داروهایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شوند فقط در شرایط محدود پوشش می‌دهیم. لطفاً به فصل 5، بخش 2.4 مراجعه کنید تا ببینید چه زمانی داروهایی را که از داروخانه خارج از شبکه تهیه شده‌اند پوشش می‌دهیم.
- داروخانه سفارش پستی طرح ما.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این داروخانه‌ها و تهیه کردن داروهایتان، به فصل 5 و *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* go.wellcare.com/2027providerdirectories مراجعه کنید.

بخش 5.2 جدولی که هزینه‌های شما را برای *یک ماه* ذخیره دارو نشان می‌دهد

طی مرحله پوشش اولیه، سهم شما از هزینه داروهای تحت پوشش پرداخت مشترک یا بیمه مشترک خواهد بود.

همانطور که در جدول زیر نشان داده شده است میزان سهم بیمار یا بیمه مشترک بستگی به ردیف تسهیم هزینه دارد.

گاهی هزینه دارو کمتر از مبلغ پرداخت مشترک شما است. در این موارد به‌جای مبلغ پرداخت مشترک، قیمت پایین‌تر دارو را پرداخت می‌کنید.

هزینه های شما برای یک *ماه* عرضه داروی قسمت D تحت پوشش

ردیف	تسهیم هزینه سفارش پستی استاندارد (تا 30 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه سفارش پستی ترجیحی (تا 30 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه سفارش پستی استاندارد (تا 34 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه سفارش پستی ترجیحی (تا 34 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه مراقبت طولانی مدت (LTC) (تا 31 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه خارج از شبکه (پوشش محدود به موقعیت‌های خاص است؛ برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 مراجعه کنید.) (تا 30 روز ذخیره دارو)
سطح تسهیم هزینه 1 (ژنریک- شامل داروهای ژنریک ترجیحی است و ممکن است شامل برخی داروهای برند نیز باشد.)	$15	$0	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	$15	$15
ردیف 2 تسهیم هزینه (داروهای برند ترجیحی) شامل داروهای برند ترجیحی است و ممکن است برخی داروهای ژنریک را نیز شامل شود.	25%	20%	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	25%	25%

ردیف	تسهیم هزینه سفارش پستی استاندارد (تا 30 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه سفارش پستی ترجیحی (تا 30 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه سفارش پستی استاندارد (تا 34 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه سفارش پستی ترجیحی (تا 34 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه مراقبت طولانی مدت (LTC) (تا 31 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه‌خارج از شبکه (پوشش محدود به موقعیت‌های خاص است؛ برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 مراجعه کنید.) (تا 30 روز ذخیره دارو)
ردیف تسهیم هزینه 3 (داروهای غیرترجیحی- شامل داروهای برند و داروهای ژنریک غیرترجیحی است.)	41%	41%	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	41%	41%
تسهیم هزینه‌ها سطح 4 (داروهای تزریقی - شامل داروهایی خاص است که تزریق می‌شوند یا برای پیشگیری از بیماری استفاده می‌شوند (واکسن).)	15%	0%	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	15%	15%

ردیف	تسهیم هزینه سفارش پستی استاندارد (تا 30 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه سفارش پستی ترجیحی (تا 30 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه سفارش پستی استاندارد (تا 34 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه سفارش پستی ترجیحی (تا 34 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه مراقبت طولانی مدت (LTC) (تا 31 روز ذخیره دارو)	تسهیم هزینه خارج از شبکه (پوشش محدود به موقعیت‌های خاص است؛ برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 مراجعه کنید.) (تا 30 روز ذخیره دارو)
ردیف 5 تسهیم هزینه شامل داروهای پرهزینه برند و ژنریک می باشد. داروهای این ردیف واجدشرایط موارد استثنای پرداخت در قالب ردیفی پایین‌تر نیستند.)	25%	25%	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	25%	25%
ردیف تسهیم هزینه 6 (داروهای مراقبتی خاص - شامل برخی داروهای ژنریک و/یا برند منتخب است که برای درمان شرایط خاص استفاده می‌شوند.)	$0	$0	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	نسخه یک‌ماهه (34 روزه یا کمتر) از طریق سفارش پستی تحت پوشش نیست.	$0	$0

برای ذخیره یک ماهه هر محصول انسولینی تحت پوشش، صرف‌نظر از ردیف تسهیم هزینه، حتی اگر فرانشیز خودتان را پرداخت نکرده باشید، بیش‌از 35$ پرداخت نخواهید کرد.

لطفاً برای اطلاعات بیشتر درباره تسهیم هزینه واکسن‌های قسمت D، به بخش 7 این فصل مراجعه کنید.

بخش 5.3 اگر پزشکتان ذخیره دارو را برای کمتر از یک ماه کامل تجویز کند، ممکن است لازم نباشد هزینه یک ماه کامل را برای ذخیره دارو پرداخت کنید

به‌طورمعمول مبلغی که برای دارویی تجویزی پرداخت می‌کنید، ذخیره یک ماه کامل را پوشش می‌دهد. ممکن است مواردی باشد که شما یا پزشکتان ترجیح دهید کمتر از یک ماه ذخیره دارو داشته باشید (مثلا زمانی که برای اولین بار دارو را امتحان می کنید). اگر این کار به شما کمک می‌کند تاریخ‌های تجدید دارو را برای نسخه‌های مختلف بهتر برنامه‌ریزی کنید، همچنین می‌توانید درخواست کنید پزشکتان ذخیره داروی لازم را برای کمتر از یک ماه کامل تجویز کند و داروسازتان به همان میزان را تأمین کند.

اگر ذخیره داروی لازم را برای کمتر از یک ماه کامل دریافت کنید، لازم نیست هزینه ذخیره دارو را برای کل ماه بپردازید.

- اگر شما مسئول بیمه مشترک هستید، درصدی از کل هزینه دارو را پرداخت می‌کنید. از آنجایی که بیمه مشترک براساس کل هزینه دارو است، هزینه شما کمتر خواهد بود زیرا کل هزینه دارو پایین تر خواهد بود.
- اگر هزینه سهم بیمار برای دارویی برعهده شما باشد، به‌جای کل ماه فقط هزینه تعداد روزهایی را می‌پردازید که برای آن دارو دریافت کرده‌اید. ما مبلغی که در هر روز برای دارو پرداخت می‌کنید («نرخ تسهیم هزینه روزانه») را محاسبه کرده و آن را در تعداد روزهایی که دارو را دریافت می‌کنید ضرب خواهیم کرد.

بخش 5.4 هزینه‌های شما برای تأمین *طولانی‌مدت* (61 تا 100 روزه) یک داروی تحت پوشش قسمت D

برای برخی داروها می‌توانید ذخیره بلندمدت دریافت کنید (به آن ذخیره طولانی‌مدت نیز گفته می‌شود). ذخیره بلندمدت ذخیره‌ای 61 تا 100 روزه است.

هزینه‌های شما برای تأمین *طولانی‌مدت* (61 تا 100 روزه) یک داروی تحت پوشش قسمت D

ردیف	تسهیم هزینه استاندارد خرده‌فروشی (درون شبکه) (ذخیره 61 تا 100 روزه)	تسهیم هزینه ترجیحی خرده‌فروشی (ذخیره 61 تا 100 روزه)	تسهیم هزینه استاندارد سفارش پستی (ذخیره 61 تا 100 روزه)	تسهیم هزینه سفارش پستی ترجیحی (تا 61 تا 100 روز ذخیره دارو)
سطح تسهیم هزینه 1 (ژنریک- شامل داروهای ژنریک ترجیحی است و ممکن است شامل برخی داروهای برند نیز باشد.)	$45	$0	$45	$0

ردیف	**تسهیم هزینه استاندارد خرده‌فروشی (درون شبکه)** (ذخیره 61 تا 100 روزه)	**تسهیم هزینه ترجیحی خرده‌فروشی** (ذخیره 61 تا 100 روزه)	**تسهیم هزینه استاندارد سفارش پستی** (ذخیره 61 تا 100 روزه)	**تسهیم هزینه سفارش پستی ترجیحی** (تا 61 تا 100 روز ذخیره دارو)
ردیف 2 تسهیم هزینه (داروهای برند ترجیحی) شامل داروهای برند ترجیحی است و ممکن است برخی داروهای ژنریک را نیز شامل شود.	25%	20%	25%	20%
تسهیم هزینه ردیف 3 (داروی غیرترجیحی - شامل داروهای برند و ژنریک غیرترجیحی است.)	41%	41%	41%	41%
تسهیم هزینه‌ها سطح 4 (داروهای تزریقی - شامل داروهایی خاص است که تزریق می‌شوند یا برای پیشگیری از بیماری استفاده می‌شوند (واکسن).)	15%	0%	15%	0%
ردیف 5 تسهیم هزینه شامل داروهای پرهزینه برند و ژنریک می باشد. داروهای این ردیف واجدشرایط موارد استثنای پرداخت در قالب ردیفی پایین‌تر نیستند.)	**ذخیره بلندمدت برای داروهای ردیف 5 دردسترس نیست.**			

ردیف	**تسهیم هزینه استاندارد خرده‌فروشی (درون شبکه)** (ذخیره 61 تا 100 روزه)	**تسهیم هزینه ترجیحی خرده‌فروشی** (ذخیره 61 تا 100 روزه)	**تسهیم هزینه استاندارد سفارش پستی** (ذخیره 61 تا 100 روزه)	**تسهیم هزینه سفارش پستی ترجیحی** (تا 61 تا 100 روز ذخیره دارو)
تسهیم هزینه سطح 6 (داروهای مراقبتی مشخص - شامل برخی داروهای ژنریک و/یا برند مشخص است که برای درمان شرایط پزشکی خاص استفاده می‌شوند.)	$0	$0	$0	$0

برای هر محصول انسولینی تحت‌پوشش، صرف‌نظر از ردیف تسهیم هزینه، حتی اگر فرانشیز خودتان را پرداخت نکرده باشید، بیش‌از 70$ برای ذخیره دارویی حداکثر 2 ماهه و 105$ برای ذخیره دارویی حداکثر 3 ماهه پرداخت نخواهید کرد.

بخش 5.5 تا زمانی که هزینه‌های پرداخت شخصی‌تان برای سال به 2,400$ برسد در مرحله پوشش اولیه باقی می‌مانید

در مرحله پوشش اولیه باقی می‌مانید تا کل هزینه‌های پرداخت شخصی‌تان به 2,400$ برسد. سپس به مرحله پوشش وضعیت بحرانی منتقل می‌شوید.

ما پوشش اضافی برای برخی داروهای تجویزی ارائه می‌دهیم که به‌طور معمول در طرح دارویی Medicare پوشش داده نمی‌شود. مبالغ پرداختی برای این داروها در مقدار کل هزینه‌های سهم بیمه‌گذار منظور نخواهد شد.

EOB قسمت D که دریافت می‌کنید کمک می‌کند میزان هزینه‌ای را که شما، طرح، و هر شخص ثالث دیگری که در طول سال از طرف شما پرداخت کرده است پیگیری کنید. همه اعضا به حد 2,400$ هزینه پرداخت شخصی نمی‌رسند.

اگر به این حد برسید به شما اطلاع خواهیم داد. به بخش 1.2 درباره نحوه محاسبه هزینه‌های پرداخت شخصی توسط Medicare مراجعه کنید.

مرحله 6 مرحله پوشش وضعیت بحرانی

در مرحله پوشش وضعیت بحرانی، هیچ هزینه‌ای برای داروهای قسمت D تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید وقتی هزینه‌های پرداخت شخصی‌تان به حد 2,400$ برای سال تقویمی برسد، وارد مرحله پوشش وضعیت بحرانی می‌شوید. اگر در مرحله پوشش وضعیت بحرانی باشید، تا پایان سال تقویمی در این مرحله پرداخت باقی می‌مانید.

- در طول این مرحله پرداخت، شما برای داروهای تحت پوشش قسمت D و داروهای مستثنی که تحت مزیت ارتقایافته ما پوشش داده می‌شوند، هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

بخش 7 برای واکسیناسیون قسمت D چقدر پرداخت می‌کنید

پیام مهم درباره مبلغی که برای واکسن‌ها می‌پردازید - بعضی واکسن‌ها مزایای پزشکی در نظر گرفته می‌شوند و تحت پوشش قسمت B قرار دارند. واکسن‌های دیگر، داروهای قسمت D محسوب می‌شوند. این واکسن‌ها را می‌توانید در فهرست داروهای طرح ما پیدا کنید. طرح ما اکثر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهد، حتی اگر فرانشیز خودتان را پرداخت نکرده باشید. برای دریافت جزئیات مربوط به پوشش و سهم پرداختی واکسن‌های خاص، به فهرست داروهای طرح مراجعه کنید یا با بخش خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).

پوشش واکسیناسیون‌های قسمت D ما 2 بخش دارد:

- بخش اول پوشش هزینه **خود واکسن** است.
- بخش دوم، پوشش هزینه **تزریق واکسن به شما** است. (گاهی اوقات به آن تزریق واکسن گفته می‌شود.)

هزینه شما برای واکسیناسیون قسمت D به 3 چیز بستگی دارد:

1. **اینکه آیا واکسن برای بزرگسالان توسط سازمانی به نام کمیته مشاوره شیوه‌های واکسیناسیون (ACIP) توصیه می‌شود یا نه.**
   - اغلب واکسن‌های قسمت D بزرگسالان توسط ACIP توصیه می‌شوند و هزینه‌ای برای شما ندارند.
2. **جایی که واکسن را دریافت می‌کنید**
   - خود واکسن ممکن است توسط داروخانه یا مطب پزشک ارائه شود.
3. **کسی که واکسن را تزریق می‌کند**
   - داروساز یا ارائه‌دهنده دیگری ممکن است واکسن را در داروخانه تزریق کند. علاوه‌براین، ممکن است ارائه‌دهنده‌ای در مطب پزشک آن را تزریق کند.

مبلغی که موقع دریافت واکسن قسمت D پرداخت می‌کنید ممکن است بسته به شرایط و **مرحله پرداخت دارو** که در آن قرار دارید متفاوت باشد.

- گاهی اوقات وقتی واکسن می‌زنید باید کل هزینه را هم برای خود واکسن و هم ارائه‌دهنده‌ای که واکسن را می‌زند پرداخت کنید. می‌توانید از طرح ما بخواهید سهم‌مان را از هزینه به شما بازپرداخت کنیم. برای اکثر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان به این معنی است که کل هزینه‌ای که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت می‌شود.
- در موارد دیگر، وقتی واکسن می‌زنید فقط سهم خودتان را از هزینه‌های مزایای قسمت D پرداخت می‌کنید. برای اکثر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان هیچ پولی پرداخت نمی‌کنید.

در زیر، 3 نمونه از شرایطی که ممکن است واکسن قسمت D دریافت کنید آورده شده است.

شرایط 1: واکسن قسمت D را در داروخانه شبکه دریافت کنید. (اینکه این انتخاب را داشته باشید، بستگی به جایی دارد که در آن زندگی می‌کنید. بعضی از ایالت‌ها به داروخانه‌ها اجازه نمی‌دهند واکسن‌های خاصی را تزریق کنند.)

- برای اکثر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان هیچ پولی پرداخت نمی‌کنید.
- برای سایر واکسن‌های قسمت D، بیمه مشترک را برای خود واکسن به داروخانه پرداخت می‌کنید که شامل هزینه تزریق واکسن به شما است.
- طرح ما باقیمانده هزینه‌ها را پرداخت خواهد کرد.

شرایط 2: واکسن قسمت D را در مطب پزشکتان دریافت کنید.

- وقتی واکسن می‌زنید، ممکن است لازم باشد کل هزینه را هم برای خود واکسن و هم ارائه‌دهنده‌ای که واکسن را می‌زند پرداخت کنید.
- سپس می‌توانید بااستفاده از رویه‌هایی که در فصل 7 شرح داده شده است از طرح ما بخواهید سهم‌مان را از هزینه بپردازیم.
- برای اکثر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان کل مبلغی که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت می‌شود. برای سایر واکسن‌های قسمت D، مبلغی که پرداخت کرده‌اید منهای هرگونه بیمه مشترکی که برای واکسن پرداخت کرده‌اید (از جمله برای تزریق) و منهای تفاوت مبلغ دریافتی پزشک با مبلغی که ما معمولاً می‌پردازیم به شما بازپرداخت می‌شود. (اگر کمک اضافی دریافت می‌کنید، این مابه‌التفاوت را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.)

شرایط 3: واکسن قسمت D را از داروخانه شبکه می‌خرید و سپس آن را به مطب پزشکتان می‌برید و در آنجا واکسن را به شما تزریق می‌کنند.

- برای اکثر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان هیچ پولی برای خود واکسن پرداخت نمی‌کنید.
- برای دیگر واکسن‌های قسمت D، بیمه مشترک را برای خود واکسن به داروخانه پرداخت می‌کنید.
- اگر پزشک شما واکسن را به شما تزریق کند، ممکن است لازم باشد کل هزینه این خدمات را بپردازید.
- سپس می‌توانید بااستفاده از رویه‌های موجود در فصل 7 از طرح ما بخواهید سهم‌مان را از هزینه بپردازیم.
- برای اکثر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان کل مبلغی که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت می‌شود. برای سایر واکسن‌های قسمت D، مبلغی که پرداخت کرده‌اید منهای هرگونه بیمه مشترکی که برای تزریق واکسن پرداخت کرده‌اید و منهای تفاوت مبلغ دریافتی پزشک با مبلغی که ما معمولاً می‌پردازیم به شما بازپرداخت می‌شود. (اگر کمک اضافی دریافت می‌کنید، این مابه‌التفاوت را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.)

توجه: ممکن است تمام هزینه‌ای را که در مطب پزشک یا داروخانه پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت نکنیم، اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید بیشتر از قیمت توافق‌شده ما (مبلغی که معمولاً پرداخت می‌کنیم) برای واکسن‌های قسمت D باشد.

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

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

ارائه‌دهندگان خدمات در شبکه ما، بابت خدمات و داروهای تحت پوشش شما مستقیماً از طرح ما صورتحساب دریافت می‌کنند. اگر برای مراقبت پزشکی یا دارویی که دریافت کرده اید برایتان صورتحساب صادر شده است، باید این صورتحساب را برایمان ارسال کنید تا بتوانیم آن را پرداخت کنیم. وقتی صورتحساب را برایمان ارسال می کنید، آن را بررسی می کنیم و تصمیم گیری می کنیم آیا خدمات باید پوشش داده شوند یا خیر. اگر تصمیم بگیریم خدمات باید تحت پوشش باشند، هزینه را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.

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

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

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

1. وقتی خدمات مراقبت پزشکی اضطراری و مورد نیاز فوری را از ارائه‌دهنده ای دریافت می کنید که در شبکه طرح ما نیست

- می توانید خدمات اضطراری و مورد نیاز فوری را از هر ارائه‌دهنده ای دریافت کنید و مهم نیست او عضو شبکه ما باشد. در این موارد از ارائه‌دهنده درخواست کنید برای طرح صورتحساب ارسال کند.
- اگر هنگام دریافت مراقبت کل هزینه را خودتان پرداخت کنید، باید از ما بخواهید سهم‌مان از هزینه را پرداخت کنیم. صورتحساب و هرگونه مدرک مربوط به مبلغ پرداخت‌شده را برای ما ارسال کنید.

فصل 7 درخواست از ما برای پرداخت سهم هزینه از مبلغ صورت‌حساب‌هایی که برای خدمات پزشکی یا داروهای تحت پوشش دریافت می کنید

- ممکن است صورت‌حسابی از ارائه‌دهنده دریافت کنید که به نظر شما به او بدهکار نیستید. این صورتحساب و هرگونه مدرک مربوط به مبلغ پرداخت‌شده را برای ما ارسال کنید.
  - اگر مبلغی به صورت بدهی باید به ارائه‌دهنده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
  - اگر شما قبلا بیش از سهم خود از هزینه برای خدمت Medicare پرداخت کرده‌اید، ما محاسبه خواهیم کرد که چه میزان بدهکار بوده‌اید و سهم خودمان از هزینه را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

2. وقتی ارائه‌دهنده شبکه برایتان صورتحسابی ارسال کرده است و فکر می کنید نباید آن را پرداخت کنید

ارائه دهندگان شبکه همیشه باید مستقیماً صورتحساب را برای طرح ارسال کنند. ولی بعضا آنها اشتباه می‌کنند و از شما می‌خواهند هزینه خدمات را بپردازید یا بیشتر از سهم هزینه‌تان بپردازید.

- شما فقط زمانی که خدمات تحت پوشش را دریافت می کنید باید مبلغ تسهیم هزینه خود را پرداخت کنید. ما به ارائه دهندگان اجازه نمی دهیم هزینه های جداگانه اضافی را به نام **صورتحساب مابه التفاوت** اضافه کنند. این حمایت (که شما هرگز بیشتر از مبلغ سهم هزینه خود پرداخت نمی‌کنید) حتی در صورتی اعمال می‌شود که ما مبلغی کمتر از هزینه‌ای که ارائه‌دهنده برای یک خدمت دریافت می‌کند به او پرداخت کنیم، و حتی اگر اختلافی وجود داشته باشد و ما برخی از هزینه‌های مطالبه‌شده توسط ارائه‌دهنده را پرداخت نکنیم.

- وقتی صورت‌حسابی از یک ارائه‌کننده شبکه دریافت می‌کنید که فکر می‌کنید بیشتر از آن مبلغی است که باید پرداخت کنید، صورت‌حساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با آن ارائه‌دهنده تماس می گیریم و مشکل مربوط به صورتحساب را برطرف خواهیم کرد.

- اگر قبلاً صورتحساب ارائه‌دهنده شبکه را پرداخت کرده‌اید، اما فکر می‌کنید که بیش از حد پرداخت کرده‌اید، صورتحساب و مدرک مربوط به هر مبلغ پرداخت‌شده را برای ما ارسال کنید. ما مابه التفاوت مبلغی که شما پرداخت کرده اید و طبق بیمه طلب دارید را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

3. اگر به‌صورت معطوف به گذشته عضو طرح ما هستید

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

اگر تاریخ شروع ثبت‌نامتان در طرح ما زودتر ثبت‌شده باشد و برای داروهای تحت پوشش دریافتی بعد از تاریخ ثبت‌نامتان شخصاً هزینه را پرداخت کرده باشید، می‌توانید از ما درخواست کنید سهممان را از این مبلغ به شما بازپرداخت کنیم. لازم است مدارکی مانند رسیدها و صورتحساب ها را برای ما ارسال کنید تا مراحل بازپرداخت را انجام دهیم.

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

اگر به داروخانه خارج از شبکه مراجعه کردهاید، این داروخانه ممکن است نتواند درخواستها را مستقیماً برای ما ارسال کند. در این شرایط باید هزینه کامل داروی تجویزی را خودتان پرداخت کنید.

رسیدتان را نگه دارید و هنگام درخواست از ما برای بازپرداخت، یک نسخه از آن را برای ما ارسال کنید. فراموش نکنید ما داروخانههای خارج از شبکه را فقط در شرایطی خاص تحت پوشش قرار میدهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این شرایط به فصل 5، بخش 2.4 مراجعه کنید. ممکن است ما 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.

فصل 7 درخواست از ما برای پرداخت سهم هزینه از مبلغ صورت‌حساب‌هایی که برای خدمات پزشکی یا داروهای تحت پوشش دریافت می کنید

5. وقتی به دلیل همراه نداشتن کارت عضویت طرح، هزینه کامل نسخه را پرداخت می‌کنید

اگر کارت عضویت طرح را همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید با ما تماس بگیرد یا اطلاعات عضویت در طرحتان را کنترل کند. اگر داروخانه نمی تواند فوراً به اطلاعات ثبت‌نام دسترسی پیدا کند، ممکن است لازم باشد که خودتان هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید.

رسیدتان را نگه دارید و هنگام درخواست از ما برای بازپرداخت، یک نسخه از آن را برای ما 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. وقتی خودتان هزینه کامل نسخه را در سایر شرایط پرداخت می‌کنید

ممکن است هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید زیرا متوجه می شوید دارو به هر دلیلی تحت پوشش نیست.

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

7. اگر به دلیل واجد شرایط بودن برای California Medi-Cal (Medicaid)، تاریخ شروع ثبت‌نامتان در طرح ما زودتر ثبت شده است.

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

اگر تاریخ شروع ثبت‌نامتان در طرح ما زودتر ثبت‌شده باشد و برای داروهای بعد از تاریخ ثبت‌نامتان شخصاً هزینه را پرداخت کرده باشید، می‌توانید از ما درخواست کنید سهممان را از این مبلغ به شما بازپرداخت کنیم. لازم خواهد بود مدارکی مانند رسیدها و صورتحساب ها را برای ما ارسال کنید تا مراحل بازپرداخت را انجام دهیم.

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

فصل 7 درخواست از ما برای پرداخت سهم هزینه از مبلغ صورت‌حساب‌هایی که برای خدمات پزشکی یا داروهای تحت پوشش دریافت می کنید

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

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

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

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

- استفاده از این فرم الزامی نیست ولی به ما کمک می‌کند اطلاعات را سریع‌تر بررسی کنیم. برای بازپرداخت هزینه به اعضا، فرم های دعوی از طریق پورتال اینترنتی قابل دسترسی هستند. توصیه می کنیم اعضا حتماً از این فرم استفاده کنند و مطمئن شوند که همه اسناد را ارسال کرده اند، اما الزامی در استفاده از این فرم نیست. همچنین می توانید یک کپی از صورتحساب را بدون فرم ارسال کنید. در هر حال باید اطلاعات ارائه‌دهنده، تاریخ‌های دریافت خدمات، در صورت امکان اصطلاحات رویه‌ای پزشکی فعلی (CPT)، کدهای تشخیص بیماری یا توضیحات موجود، و مبلغ صورتحساب به همراه هرگونه سوابق پزشکی موجود، و در صورت لزوم توضیح کوتاهی درباره اینکه چرا به چنین درمانی نیاز بوده است. همچنین اعضا باید مدرک مربوط به پرداخت را در هر زمان همراه با ارسال دعوی، ارسال کنند. مدارک معتبر پرداخت عبارتند از صورتحساب بانکی یا کارت اعتباری یا کپی چک های لغو شده.
- یک کپی از فرم را از وب‌سایت ما (go.wellcare.com/HealthNetCA) دانلود کنید یا با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید) و فرم را درخواست کنید.

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

آدرس برای درخواست پرداخت
Member Reimbursement Dept
Medical Reimbursement Department
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

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

آدرس ارسال درخواست پرداخت قسمت
Wellcare Medicare Part D
Claims Attn: Member Reimbursement
Department P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

بخش 3: درخواست پرداخت شما را بررسی و آن را تأیید یا رد خواهیم کرد

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

- اگر تصمیم بگیریم مراقبت پزشکی یا دارو تحت پوشش قرار گیرد و شما تمام قوانین را رعایت کنید، سهممان را از هزینه خدمات یا دارو پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، ما سهم خود از هزینه را به‌صورت بازپرداخت برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر کل هزینه یک دارو را پرداخت کرده باشید، ممکن است کل مبلغ پرداختی شما بازپرداخت نشود (برای مثال، اگر دارو را از یک داروخانه خارج از شبکهت هیه کرده باشید یا اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید بیشتر از قیمت مذاکره‌شده ما باشد). اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداختی را مستقیما برای ارائه‌دهنده ارسال خواهیم کرد.
- اگر تصمیم بگیریم که مراقبت پزشکی یا داروی موردنظر تحت پوشش *نیست*، یا شما همه قوانین و الزامات را رعایت *نکرده‌اید*، سهم خود از هزینه آن مراقبت یا دارو را پرداخت نخواهیم کرد. نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم و توضیح می‌دهیم که چرا هزینه را به شما پرداخت نمی‌کنیم، و درباره حقوقتان برای درخواست تجدیدنظر درباره این تصمیم‌گیری توضیح می‌دهیم.

بخش 3.1 اگر به شما بگوییم که کل یا بخشی از هزینه دارو را پرداخت نمی‌کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید

اگر فکر می کنید عدم پذیرش درخواستتان برای پرداخت اشتباه بوده است یا اگر درباره مبلغ پرداختی به شما اشتباه کرده ایم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید اگر درخواست تجدیدنظر کنید، به این معنی است که از ما درخواست کرده‌اید تصمیم قبلیمان را در هنگام عدم پذیرش درخواست برای بازپرداخت تغییر دهیم. فرایند تجدیدنظر فرایندی رسمی است و شامل رویه‌هایی دقیق و موعدهای مقرر مهمی است. برای دریافت جزئیات درباره نحوه درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 این دفترچه مراجعه کنید.

فصل 8:
حقوق و مسئولیت های شما

بخش 1 طرح ما باید به حقوق و حساسیت‌های فرهنگی شما به‌عنوان عضو طرح احترام بگذارد

بخش 1.1 ما باید اطلاعات را به گونه‌ای ارائه دهیم که برای شما مفید و با حساسیت‌های فرهنگی شما سازگار باشد (به زبان‌هایی غیر از انگلیسی، قالب صوتی، بریل، چاپ بزرگ یا سایر قالب‌های جایگزین و غیره).

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish, Arabic, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Farsi, Chinese and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-431-9007 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que se adapte a usted y a sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluidos español, árabe, chino, coreano, ruso, tagalo, vietnamita y farsi en formatos de audio, braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo, si los necesita. Estamos obligados a ofrecerle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nuestra parte en un formato que se ajuste a sus necesidades, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

Si no hay proveedores disponibles dentro de la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para que le informen dónde acudir a fin de recibir este servicio con la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para atenderse con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame a fin de presentar una queja a Servicios para Miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

القسم 1.1 يجب أن نقدم المعلومات بطريقةٍ تناسبك وتكون متوافقة مع الحساسيات الثقافية لديك (بلغات أخرى غير ال نجليزية أو بتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات أخرى بديلة، وغير ذلك)

خطتنا ملزَ مة بضمان أن كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم توفيرها بطريقة مناسبة على المستوى الثقافي وتتم إتاحتها لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة ال نجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. وتشتمل ال مثلة التي تجسد كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال ل الحصر، على توفير خدمات الترجمة الكتابية أو خدمات الترجمة الفورية أو المبرقة الكاتبة أو ال تصال عبر TTY (الهاتف النصي أو هاتف المبرقة الكاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة لل جابة عن ال سئلة الواردة من ال عضاء غير الناطقين باللغة بلغات غير بلغات غير ال نجليزية، بما في ذلك ال سبانية، والعربية، والصينية، والكورية، والروسية، والتاغالوغية، والفيتنامية، والفارسية، وبتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون أي كلفة إذا كنت بحاجة إليها. ونحن ملزمون بتقديم معلوماتٍ لك حول مزايا خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، اتصل بقسم خدمات ال عضاء على الرقم: 1-800-431-9007 (ويمكن لمستخدمي TTY ال تصال بالرقم 711).

خطتنا مطلوبة ل عطاء المُ سجل ت خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

وإذا كان مقدمو الرعاية لتخصص معين في شبكة الخطة غير متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد موقع مقدمي الرعاية المتخصصين من خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية الل زمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط قيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقفٍ ل يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بمسؤولي الخطة للحصول على معلوماتٍ حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خل ل مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلوماتٍ من خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك، أو في زيارة اختصاصي صحة نسائية أو في العثور على متخصصٍ داخل الشبكة، فيُ رجى ال تصال لتقديم تظلم لدى قسم خدمات ال عضاء. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare من خل ل ال تصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو TTY على الرقم 1-800-537-7697.

섹션 1.1 당사는 귀하에게 유용하고 귀하의 문화적 민감성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 외의의 언어, 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 적합한 방식으로 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있도록 보장해야 합니다. 당사 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 스페인어, 아랍어, 중국어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 페르시아어를 포함한 영어 이외의 언어 를 포함한 영어 이외의 언어]로 된 자료 및 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 다른 대체 형식으로 무료 제공해드릴 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 당사 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 당사로부터 정보를 확인하려면 1-800-431-9007 (TTY 사용자: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

당사 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스에 대한 네트워크 소속 여성 건강 전문의에 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

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

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있거나 여성 건강 전문의를 만나거나 네트워크 소속 전문의를 찾는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 Office for Civil Rights 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Раздел 1.1 Мы обязаны предоставлять информацию в удобном для вас формате и в соответствии с вашими культурными особенностями (на языках, отличных от английского, в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.)

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, все услуги, как клинического, так и неклинического характера, должны предоставляться с учетом культурных особенностей и быть доступны всем участникам плана, включая лиц с ограниченным владением английским языком, ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также

лиц различного культурного и этнического происхождения. Примерами того, как наш план страхования может соблюдать эти требования к возможностям доступа, выступают в том числе обязательства предоставлять услуги устного и письменного перевода, телетайпные аппараты или возможность связи по TTY (текстовый телефон или телетайп).

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию на языках, отличных от английского, включая испанский, арабский, китайский, корейский, русский, тагальский, вьетнамский и фарси, а также в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к специалисту по женскому здоровью, представленному в сети плана. В случае отсутствия в сети нашего плана поставщиков услуг соответствующей специализации наш план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуется оплатить только долю участия в расходах в рамках сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети нашего плана, позвоните в наш план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле участия в расходах в рамках сети.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана страхования в доступном и подходящем для вас формате, обращением к специалисту по женскому здоровью или поиском сетевого специалиста, вы можете подать претензию, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, вы можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), или непосредственно в Office for Civil Rights, позвонив по номеру 1-800-368-1019, TTY: 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang madali para sa inyo at naaayon sa inyong mga sensitivity sa kultura (sa mga wika bukod sa Ingles, audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format, atbp.)

Kailangang tiyakin ng aming plano na ang lahat ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible sa lahat ng enrollee, kabilang na ang mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Kabilang sa mga halimbawa kung paano puwedeng tugunan ng aming plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o koneksyon sa TTY (text telephone o teletypewriter phone).

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Puwede ka rin naming bigyan ng mga

impormasyon sa mga wika bukod sa Ingles kasama ang Espanyol, Arabic, Tsino, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, at Farsi at audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format nang libre kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan kayo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa inyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711).

Kailangan ng aming plano na bigyan ang mga babaeng enrollee ng opsyon para direktang mag-access ng espesyalista sa kalusugan ng kababaihan na nasa network para sa mga regular at pang-agap na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng mga kababaihan.

Kung walang available na tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano para sa isang specialty, responsibilidad ng aming plano na maghanap ng mga specialty na tagapagbigay ng serbisyong nasa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahagian sa gastos na nasa network lang ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng aming plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang aming plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahagian sa gastos na nasa network.

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, pagpapatingin sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan, o paghahanap ng espesyalista sa network, tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác, v.v.)

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

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi có thể cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Farsi và âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

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

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

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ sử dụng và phù hợp cho quý vị, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, vui lòng gọi để nộp đơn khiếu nại tới Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp đến Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

بخش 1.1 ما باید اطل عات را به گونه ای ارائه دهیم که برای شما قابل فهم باشد و با حساسیت‌های فرهنگی شما سازگار باشد (به زبان های غیرانگلیسی، به زبان بریل، در قالب فایل صوتی، چاپ با حروف بزرگ، یا سایر قالب‌های جایگزین، و غیره.)

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

طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوال ت اعضایی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند. همچنین می‌توانیم اطل عاتی را به زبان‌های غیر از انگلیسی ازجمله اسپانیایی، عربی، چینی، کره‌ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی و فارسی. به صورت صوتی، خط بریل، در قالب چاپ بزرگ، و یا دیگر فرمت‌های جایگزین بدون هزینه در صورت نیاز به شما ارائه دهیم. ما ملزم هستیم اطل عات مربوط به مزایای طرح را به فرمتی قابل دسترس و مناسب برای شما ارائه کنیم. برای دریافت اطل عات از ما به روشی که برای شما بهتر است، با Member Services (خدمات اعضا) در 1-800-431-9007 (کاربران TTY تماس بگیرند با 711) تماس بگیرید.

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

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

اگر در دسترسی به اطل عات طرح ما به شکلی که برای شما مناسب و قابل فهم باشد، مشکلی دارید، یا در مراجعه به متخصص سل مت زنان یا یافتن متخصص داخل شبکه دچار مشکل شده اید، لطفاً جهت ثبت شکایت‌نامه با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا تماس مستقیم با Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 شکایتی را به Medicare ارائه کنید.

第1.1节 我们一定会以适合您以及您的文化的方式提供信息（英语以外的语言、音频、盲文、大字体或其他替代格式等）。

我们的计划是确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以文化上合格的方式提供，并可供所有参保者使用，包括英语水平有限，阅读技能有限，听力丧失能力或具有不同文化和种族背景的人士。我们的计划如何满足这些无障碍要求的示例包括但不限于提供翻译服务，口译服务，电传打字机或TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

我们的计划提供免费的口译服务，解答非英语会员的问题。我们还可以在 提供英文以外的其他语言，包括西班牙语、阿拉伯语、韩语、俄语、塔加拉语、越南语、波斯语和简体中文。音频，盲文，大字体印刷或其他备用格式（如果需要），无需付费。我们需要以您易懂且适合您的方式向您提供有关我们的计划福利的信息。要以适合您的方式从我们获取信息，请致电会员服务部门，电话：1-800-431-9007（TTY 用户呼叫 711）。

我们的计划要求为女性参保者提供直接联系网络内女性健康专科医生以获得女性常规和预防性保健服务的选择。

如果我们计划的专业网络中的提供商不可用，我们计划有责任找到网络外的专业提供商，他们将为您提供必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内成本分摊。如果您发现我们的计划网络中没有专科医生提供您所需的服务，请致电我们的计划以获取有关在哪里以网络内费用分摊的方式获得此项服务的信息。

如果您在以适合您的方式获取我们计划的信息、咨询女性健康专科医生或寻找网络内 专科医生时遇到任何问题，请致电向会员服务部提出申诉。您还可以通过拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉或直接拨打Office for Civil Rights 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

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

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

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

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

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

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

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

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

- ما اطمینان حاصل می‌کنیم افراد غیرمجاز پرونده‌های شما را مشاهده نمی‌کنند یا سوابق شما را تغییر نمی‌دهند.
- به‌جز در شرایطی که در زیر عنوان شده است، اگر بخواهیم اطلاعات سلامت شما را در اختیار فردی قرار دهیم که خدمات مراقبتی شما را ارائه نمی‌کند یا برای خدمات مراقبتی شما هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند، *ملزم هستیم ابتدا مجوز کتبی از شما یا فردی که به او اجازه کتبی داده‌اید تا از طرف شما تصمیم‌گیری کند دریافت کنیم.*
- موارد استثنای خاصی وجود دارد که لازم نیست ابتدا از شما اجازه کتبی بگیریم. قانون این گونه استثناها را مجاز یا لازم می‌داند.
  - ما ملزم هستیم اطلاعات سلامت را در اختیار سازمان های دولتی قرار دهیم که کیفیت خدمات مراقبت از درمان را بررسی می کنند.
  - چون شما عضوی از طرح ما از طریق Medicare هستید، ما ملزم هستیم اطلاعات سلامت شما از جمله اطلاعات مربوط به داروهای تجویزی قسمت D شما را در اختیار Medicare قرار دهیم. اگر Medicare اطلاعات شما را برای موارد تحقیقاتی یا سایر موارد منتشر کند، این کار بر اساس قوانین و مقررات فدرال انجام می‌شود و معمولاً برای این کار لازم است اطلاعاتی که باعث شناسایی شما می‌شوند به اشتراک گذاشته نشود.

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

شما حق دارید سوابق پزشکی‌تان در طرح را مشاهده کنید و از آن‌ها نسخه‌ای داشته باشید. ما اجازه داریم برای کپی گرفتن از سابقه پزشکی از شما هزینه‌ای دریافت کنیم. شما در ضمن حق دارید از ما بخواهید سابقه پزشکی شما را به‌روزرسانی یا تصحیح کنیم. اگر از ما بخواهید که این کار را بکنیم، با ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت شما همکاری می‌کنیم تا تصمیم بگیریم که آیا تغییرات باید انجام شوند یا خیر.

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

اگر درباره حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی تان سؤال یا نگرانی خاصی دارید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند) تماس بگیرید.

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

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

اگر می خواهید به هرکدام از اطلاعات زیردسترسی داشته باشید با شماره 1-800-431-9007 با خدمات اعضا تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند):

- **اطلاعاتی درباره طرح ما.** این مورد مثلاً شامل اطلاعاتی درباره وضعیت مالی طرح است.
- **اطلاعات مربوط به ارائه دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما** شما حق دارید اطلاعاتی درباره شرایط و صلاحیت های ارائه دهندگان و داروخانه ها در شبکه ما دریافت کنید و اینکه چطور به ارائه دهندگان در طرح هزینه پرداخت می شود.
  - برای اطلاعات بیشتر درباره ارائه دهندگان درون شبکه، ازجمله اطلاعاتی درباره صلاحیت آنها، دانشکده پزشکی که در آن حضور داشته اند، تکمیل دوره رزیدنسی، و تخصص آنها می توانید از خدمات اعضا سؤال کنید. از طریق خدمات اعضا و این وب‌سایت می‌توانید جدیدترین اطلاعات مربوط به تغییرات ایجاد شده در ارائه دهندگان شبکه ما را دریافت کنید. این اطلاعات را می‌توانید در وب‌سایت ما در آدرس go.wellcare.com/2027providerdirectories مشاهده کنید.
- **اطلاعاتی درباره پوشش شما و قوانینی که هنگام استفاده از پوششتان باید از آنها تبعیت کنید** در فصل 3 بخش 4 اطلاعاتی درباره خدمات پزشکی ارائه شده است. در فصل 5 و 6 اطلاعاتی درباره پوشش داروهای تجویزی قسمت D ارائه شده است.
  - **توجه:** طرح ما به کاروران پزشکی، ارائه دهندگان، یا کارکنانیکه روند «بررسی جهت تأیید خدمات درمانی» را انجام می دهند، ازجمله شرکت هایی که به صورت نمایندگی این کار را انجام می دهند، هیچ مبلغی را پرداخت نمی کند. تصمیم گیری درباره «مدیریت استفاده» (UM) فقط بر اساس مناسب بودن خدمات و مراقبت ها و وجود پوشش طرح است. همچنین طرح به طور خاص به کاروران و سایر افرادی که در روند «عدم پذیرش پوشش طرح» حضور دارند هیچ مبلغی را پرداخت نمی کند. انگیزه های مالی برای تصمیم گیرندگان UM باعث نمی شود تصمیمی در جهت «استفاده نامناسب» (استفاده خیلی زیاد یا خیلی کم) بگیرند.
- **اطلاعات مربوط به دلیل عدم پوشش بعضی موارد و اینکه چه کاری می‌توانید انجام دهید.** در فصل 9 اطلاعاتی درباره درخواست توضیح کتبی درباره دلیل عدم پوشش دهی بعضی خدمات پزشکی یا داروهای قسمت D و همچنین دلیل ایجاد محدودیت در پوشش‌دهی ارائه شده است. در فصل 9 اطلاعاتی درباره نحوه درخواست از ما برای تغییر تصمیم که به آن «تجدیدنظر» نیز گرفته می شود ارائه شده است.

بخش 1.5 شما حق دارید از گزینه‌های درمانی خود مطلع شوید و در تصمیم گیری های مربوط به مراقبت سلامت‌تان حضور داشته باشید

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

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

- **درباره همه انتخاب هایی که دارید اطلاع داشته باشید.** حق دارید درباره همه گزینه های درمانی توصیه شده برای بیماری تان بدون در نظر گرفتن هزینه و اینکه تحت پوشش طرح ما هستند یا نه به شما اطلاع داده شود. همچنین درباره برنامه هایی که طرح ما برای کمک به اعضا و مدیریت ایمن داروها و درمانشان ارائه می کند به شما اطلاع داده شود.
- **درباره خطرهای احتمالی آگاه باشید.** شما حق دارید از هرگونه خطرهای احتمالی موجود آگاه شوید. اگر خدمات مراقبت پزشکی یا درمانی پیشنهادی بخشی از آزمایش پژوهشی را تشکیل می‌دهد، باید از قبل به شما اطلاع داده شود. همیشه حق دارید هرگونه درمان تجربی را نپذیرید.

- **حق دارید پاسخ «منفی» بدهید.** شما حق دارید هرگونه درمان پیشنهادی را قبول نکنید. این موضوع شامل حق ترک بیمارستان یا هر مرکز پزشکی دیگری است حتی اگر پزشک شما برخلاف آن توصیه کند. شما همچنین حق دارید از مصرف داروی تجویز شده خودداری کنید. اما اگر درمان را قبول نکنید یا از مصرف دارو خودداری کنید، مسئولیت کامل آنچه برایتان پیش می‌آید بر عهده خودتان است.

اگر زمانی نتوانید برای خودتان در زمینه‌های پزشکی تصمیم گیری کنید، حق دارید درباره کارهایی که باید در این شرایط انجام شود دستورالعمل‌هایی بدهید

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

- فرم کتبی‌ای را پر کنید تا اگر نتوانستید برای خودتان تصمیم‌گیری کنید، **به فردی اجازه قانونی دهید که ازطرف شما تصمیمات پزشکی بگیرد**.
- **به پزشکانتان دستورالعمل‌های کتبی بدهید** مبنی بر اینکه اگر نتوانید برای خودتان تصمیم بگیرید می‌خواهید چطور به درمان شما رسیدگی کنند.

اسنادی قانونی‌ای که برای بیان دستورالعمل‌ها در چنین مواقعی ارائه می‌کنید، با عنوان **دستورالعمل‌های پیشین درمانی** شناخته می‌شوند. اسناد **وصیت در زمان حیات** و **وکالت‌نامه برای مراقبت‌های درمانی** نمونه‌هایی از دستورالعمل‌های پیشین درمانی هستند.

نحوه تنظیم وصیت نامه پزشکی برای ارائه دستورات:

- **یک فرم دریافت کنید.** «دستورالعمل‌های پیشین درمانی» را می‌توانید از وکیل، مددکاری اجتماعی، یا بعضی از فروشگاه‌های لوازم اداری دریافت کنید. بعضی مواقع می‌توانید فرم‌های رهنمودهای پیش از موعد را از سازمان‌هایی دریافت کنید که اطلاعاتی درباره Medicare ارائه می‌کنند.
- **فرم را پر کنید و امضا کنید.** مهم نیست این فرم را از کجا تهیه می کنید، در هر حال یک سند قانونی است. از یک وکیل برای تهیه و تنظیم آن کمک بگیرید.
- **نسخه هایی از فرم را به افراد مناسب بدهید.** یک کپی از فرم را در اختیار پزشکتان و فردی قرار دهید که در فرم نام او را آورده‌اید تا، در صورت عدم توانایی، از طرف شما تصمیم بگیرد. بهتر است نسخه‌هایی را نیز به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده‌تان بدهید. یک کپی را در خانه نگه دارید.

اگر از قبل می‌دانید که به بیمارستان می‌روید و دستورالعمل‌های پیشین درمانی را امضا کرده‌اید، **یک نسخه را به بیمارستان ببرید**.

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

پر کردن وصیت نامه پزشکی به انتخاب شما است (از جمله اینکه آیا می‌خواهید در صورت بستری بودن در بیمارستان یکی از آن‌ها را امضا کنید یا خیر). طبق قانون هیچکس نمی‌تواند بر مبنای اینکه دستورالعمل‌های پیشین درمانی را امضا کرده‌اید یا نه، از ارائه مراقبت به شما امتناع کند یا علیه شما تبعیض قائل شود.

اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشد

اگر دستورالعمل‌های پیشین درمانی را امضا کرده‌اید و عقیده دارید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل‌های آن پیروی نکرده‌اند، می‌توانید شکایتی را به «دفتر دادستان کل California» به شماره 1-916-210-6276 ارائه کنید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند یا به https://oag.ca.gov/consumers/general/care مراجعه کنند.

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

اگر مشکل، نگرانی، یا شکایتی دارید و می‌خواهید درخواست پوشش یا درخواست تجدیدنظر کنید، در فصل 9 این سند توضیح داده شده که چه‌کاری می‌توانید انجام دهید. هر کاری که انجام می‌دهید – درخواست پوشش، درخواست تجدیدنظر، یا شکایت – **ما ملزم به رفتار منصفانه با شما هستیم**.

بخش 1.7 این حق را دارید که پیشنهادهایی درباره خط‌مشی ما درباره حقوق و مسئولیت‌های اعضا ارائه کنید

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

بخش 1.8 ارزیابی فناوری های جدید

فناوری‌های جدید شامل رویه‌ها، داروها، محصولات بیولوژیک یا دستگاه‌هایی است که اخیرا 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 می‌کند.

در صورت عدم وجود تعیین پوشش Medicare، طرح ما فناوری‌ها یا کاربردهای جدید فناوری‌های موجود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد تا در طرح‌های قابل اجرای مزایا اضافه شوند و با ارزیابی دقیق تحقیقات پزشکی 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 ازجمله انجمن‌های تخصصی پزشکی، هیئت‌های عمومی یا سایر سازمان‌های ملی و معتبر ارزیابی تحقیق یا فناوری، گزارش‌ها و انتشارات نهادهای دولتی (به‌عنوان‌مثال، Food and Drug Administration (FDA)، مراکز کنترل بیماری (CDC) و مؤسسات ملی سلامت (NIH)) را در نظر می‌گیرد.

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

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

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

- **با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید)**
- از طریق شماره 1-800-434-0222 **با SHIP محلی تان تماس بگیرید.**
- از طریق شماره1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) **با Medicare تماس بگیرید** (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند)

بخش 1.10 نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد حقوقتان

اطلاعات بیشتر در مورد حقوقتان را از این مکان ها دریافت کنید:

- **با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).**
- از طریق شماره 1-800-434-0222 **با SHIP محلی تان تماس بگیرید.**
- **تماس با Medicare**
  - برای مطالعه نشریه *حقوق و حمایت‌های Medicare* (در آدرس حقوق و حمایت‌های Medicare (Medicare Rights & Protections) در دسترس است) به Medicare.gov مراجعه کنید
  - با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند)

بخش 2 مسئولیت‌های شما به عنوان عضو برنامه

کارهایی که به عنوان عضو طرح باید انجام دهید در زیر عنوان شده است. جهت پرسیدن سؤال، با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711) تماس بگیرید.

- **با خدمات تحت پوشش و قوانینی که برای دریافت این خدمات تحت پوشش باید دنبال کنید آشنا شوید.** برای اطلاع از مواردی که برای شما تحت پوشش هستند و قوانینی که برای دریافت این خدمات تحت پوشش باید دنبال کنید، از این *گواهی پوشش‌دهی* استفاده کنید.
  - در فصل 3 و 4 جزئیاتی درباره خدمات پزشکی ارائه شده است.
  - در فصل 5 و 6 جزئیاتی درباره پوشش داروهای تجویزی قسمت D ارائه شده است.
- **اگر علاوه بر طرح ما از پوشش طرح دیگری برای داروهای تجویزی یا بیمه سلامت استفاده می کنید، لازم است به ما اطلاع دهید.** در فصل 1 درباره هماهنگی این مزایا به شما اطلاع داده می شود.
- **به پزشک خود و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت بگویید که در طرح ما عضو هستید.** وقتی خدمات مراقبت پزشکی یا داروهای تجویزی قسمت D را دریافت می کنید، همیشه کارت عضویت طرح و کارت California Medi-Cal (Medicaid) را نشان دهید.
- **با ارائه اطلاعات به پزشکان و سایر ارائه دهندگان، طرح سؤالاتتان، و دنبال کردن برنامه**

درمانی‌تان به آنها کمک کنید تا بتوانند به شما کمک کنند.

- برای اینکه بتوانید به بهترین مراقبت‌ها دسترسی داشته باشید، به پزشکان و سایر ارائه دهندگان سلامت درباره مشکلات سلامتتان اطلاع دهید. طرح‌های درمانی و دستورالعمل‌های مورد توافق خودتان و پزشکانتان را رعایت کنید.
- بررسی کنید پزشکانتان از همه داروهای مصرفی‌تان از جمله داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها، و سایر مکمل‌ها اطلاع داشته باشد.
- اگر سؤالاتی دارید، حتماً بپرسید و پاسخی دریافت کنید که متوجه شوید. مسئولیت شناخت و آگاهی از مشکلات سلامتتان و همکاری در تنظیم اهداف درمانی که مورد توافق شما و پزشکتان باشد بر عهده خودتان است.

- **ملاحظه‌گر باشید.** انتظار داریم همه اعضای ما به حقوق سایر بیماران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم طوری عمل کنید تا مدیریت مطب پزشک، بیمارستان، و سایر مراکز به راحتی انجام شود.
- **بدهی خود را پرداخت کنید.** شما به‌عنوان عضو طرح، مسئول پرداخت این هزینه‌ها هستید:
  - برای اینکه عضو طرح باقی بمانید باید همچنان حق بیمه Medicare را پرداخت کنید.
  - برای اکثر داروهای تحت پوشش طرح باید سهم خودتان را از هزینه موقع دریافت دارو بپردازید.
- **اگر در*داخل* منطقه خدماتی طرح ما جابجا می شوید،** لازم است از این موضوع مطلع شویم تا بتوانیم سوابق عضویتتان را به روز نگه داریم و بدانیم چطور باید با شما تماس بگیرید.
- **اگر به*خارج* از منطقه خدماتی طرح جابجا می شوید، نمی‌توانید عضو این طرح باقی بمانید.**
- **اگر جابجا شدید حتما به تأمین اجتماعی (یا هیات بازنشستگی راه‌آهن) اطلاع دهید.**

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

بخش 1 اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری باید انجام دهید

این فصل فرایندهای رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها را توضیح می‌دهد. روند رسیدگی به مشکلات به 2 مسئله بستگی دارد:

1. اینکه آیا مشکلتان درباره مزایای تحت پوشش **Medicare** یا **Medicaid** است. اگر برای تصمیم‌گیری درباره اینکه از فرایند Medicare یا فرایند California Medi-Cal (Medicaid) یا هر دو استفاده کنید به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).
2. نوع مشکلی که دارید:
   - برای بعضی از مشکلات لازم است از **روند تجدیدنظر و تصمیم پوشش‌دهی** استفاده کنید.
   - برای سایر مشکلات لازم است از **روند طرح شکایت** (که شکایت‌نامه نیز نامیده می‌شود) استفاده کنید.

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

راهنمای موجود در این فصل به شما کمک می‌کند با روند صحیح برای استفاده و کاری که باید انجام دهید آشنا شوید.

بخش 1.1 اصطلاحات حقوقی

اصطلاحات حقوقی دشواری برای برخی مقررات و مهلت‌های توضیح داده شده در این فصل وجود دارد. بسیاری از این اصطلاحات برای اکثر افراد ناآشنا هستند. برای آسان تر کردن کارها این فصل به جای برخی اصطلاحات قانونی از کلمات آشناتر استفاده می کند.

با این حال گاهی اوقات مهم است که با اصطلاحات حقوقی مناسب آشنایی داشته باشیم. برای اینکه بدانید برای دریافت کمک یا اطلاعات صحیح از چه اصطلاحاتی استفاده کنید، هنگام ارائه جزئیات مربوط به نحوه رسیدگی به موقعیت‌های خاص، این اصطلاحات حقوقی را نیز درج می‌کنیم.

بخش 2 از کجا می‌توانید اطلاعات بیشتر و کمک شخصی دریافت کنید

ما همیشه اینجا هستیم تا به شما کمک کنیم. حتی اگر شکایتتان درباره درمانتان باشد، ما ملزم هستیم به حق شما در طرح شکایت احترام بگذاریم. جهت دریافت کمک، با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711) تماس بگیرید. اما بعضی مواقع می‌توانید از فردی که ارتباطی با ما ندارد نیز کمک و راهنمایی دریافت کنید. دو سازمان که می توانند کمک کنند عبارت‌اند از:

برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی (SHIP)

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

این خدمات مشاورین SHIP رایگان است.
همچنین می‌توانید با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California (HICAP) از طریق شماره 1-800-434-0222 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید.
دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 4 عصر به وقت محلی

Medicare

همچنین می‌توانید برای دریافت راهنمایی با Medicare تماس بگیرید:

- 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.
- یا به وب‌سایت Medicare.gov مراجعه کنید.

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

California Medi-Cal (Medicaid) – اطلاعات تماس	
تلفن تماس	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر به وقت اقیانوس آرام (PT)
TTY	1-800-430-7077 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.
با این آدرس مکاتبه کنید:	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
وب‌سایت	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

بخش 3 برای مشکل شما از کدام فرآیند استفاده می شود

به دلیل اینکه Medicare دارید و از California Medi-Cal (Medicaid) کمک دریافت می کنید، از روندهای مختلفی می توانید برای رسیدگی به مشکلات یا شکایتتان استفاده کنید. روندی که استفاده می کنید به این امر بستگی دارد که مشکلتان درباره مزایای Medicare یا مزایای California Medi-Cal (Medicaid) باشد. اگر مشکلتان در رابطه با مزایای تحت پوشش Medicare است، باید از روند رسیدگی Medicare استفاده کنید. اگر مشکلتان درباره مزایای تحت پوشش California Medi-Cal (Medicaid) است، باید از روند رسیدگی California Medi-Cal (Medicaid) استفاده کنید. اگر برای تصمیم‌گیری درباره اینکه از فرایند Medicare یا فرایند California Medi-Cal (Medicaid) استفاده کنید به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).

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

آیا مشکلتان درباره مزایای Medicare یا California Medi-Cal (Medicaid) است؟

مشکل من درباره مزایای **Medicare** است.

به **بخش 4 رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicare بروید.**

مشکل من در مورد پوشش دهی **California Medi-Cal (Medicaid)** است.

به **بخش 12، رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای California Medi-Cal (Medicaid)** مراجعه کنید.

بخش 4 رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicare

مشکل یا نگرانی شما در مورد مزایا یا پوشش طرح است؟

اینها عبارتند از: مشکلات مربوط به پوشش یا عدم پوشش مراقبت پزشکی (خدمات پزشکی و/یا داروهای تجویزی قسمت B)، روشی که آن‌ها تحت پوشش بوده و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت پزشکی.

بله.

به **بخش 5، راهنمای تصمیم گیری در مورد پوشش طرح و تجدید نظر بروید.**

خیر.

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

تصمیمات پوشش و تجدیدنظرها

بخش 5 راهنمای اصول اولیه تصمیم پوشش‌دهی و تجدیدنظر

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

درخواست تصمیم گیری درباره پوشش طرح قبل از دریافت خدمات

اگر قبل از دریافت مراقبت‌های پزشکی می‌خواهید بدانید که آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید که برای شما یک تصمیم‌گیری درباره پوشش بگیریم. تصمیم پوشش‌دهی، یعنی تصمیم گیری درباره مزایا یا پوشش دهی شما، یا درباره مبلغ پرداختی توسط ما برای خدمات مراقبت پزشکی شما است. مثلاً اگر پزشک شبکه طرحتان شما را به یک پزشک متخصص درون شبکه ارجاع دهد، این ارجاع نوعی تصمیم پوشش‌دهی به نفع شما است مگر اینکه پزشک شبکه تان نشان دهد شما یک اعلامیه عدم پذیرش استاندارد برای این پزشک متخصص دریافت کرده اید، یا در *گواهی پوشش‌دهی* دقیقاً مشخص شده باشد که خدمات ارجاعی هرگز تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی شوند. اگر پزشکتان مطمئن نیست ما یک خدمات پزشکی خاص را پوشش می دهیم یا نه، یا مراقبت پزشکی را که فکر می کنید به آن نیاز دارید در اختیار شما قرار نمی دهد، شما یا پزشکتان می توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم پوشش‌دهی کنید.

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

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. بعضی مواقع ممکن است تصمیم بگیرید خدمات مراقبت پزشکی را پوشش ندهیم یا دیگر تحت پوشش Medicare نباشند. اگر با این تصمیم پوشش‌دهی مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید.

درخواست تجدیدنظر

اگر تصمیمی برای پوشش‌دهی بگیریم، چه قبل و چه بعد از دریافت مزایا باشد، و شما نسبت به آن رضایت نداشته باشید می‌توانید **درخواست تجدیدنظر** کنید. تجدیدنظر یک روش رسمی برای درخواست بازنگری و تغییر تصمیم‌گیری درباره پوشش است که ما اتخاذ کرده‌ایم. در شرایط خاص می توانید درخواست **تجدید نظر فوری** در مورد تصمیم پوشش دهی را مطرح کنید. تجدیدنظر شما توسط مسئولین بررسی متفاوتی نسبت به کسانی که تصمیم اولیه را گرفته اند رسیدگی می‌شود.

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

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

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

- برای شروع تجدیدنظر سطح 2 نیاز به انجام هیچ کاری نیست. بر اساس قوانین Medicare اگر به طور کامل با درخواست تجدیدنظر سطح 1 موافق نباشیم، به صورت خودکار درخواست تجدیدنظر شما برای خدمات مراقبت پزشکی را به سطح 2 ارسال می کنیم.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست های تجدید نظر سطح 2 برای مراقبت های پزشکی به **بخش 6.4** مراجعه کنید.
- تجدیدنظرهای قسمت D در بخش 7 این فصل توضیح داده شده اند.

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

بخش 5.1 نحوه درخواست کمک زمانی که برای تصمیم پوشش‌دهی یا درخواست تجدیدنظر درخواست کمک می کنید

اگر تصمیم گرفته‌اید برای هرنوع تصمیم پوشش‌دهی یا تجدیدنظر درخواست کنید، چند منبع در اینجا ارائه شده است:

- **با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند)**
- می‌توانید از «برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی» **کمک رایگان دریافت کنید.**
- **پزشکتان می تواند برای شما درخواست بدهد.** اگر پزشکتان برای ثبت درخواست تجدیدنظرهای بعد از سطح 2 کمک می کند، باید به عنوان نماینده تان در نظر گرفته شود. با خدمات اعضا تماس بگیرید و فرم *تعیین نماینده* را درخواست کنید (فرم در آدرس CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا در وب‌سایت ما نیز موجود است: go.wellcare.com/HealthNetCA)
  - برای خدمات مراقبت پزشکی، پزشکتان باید از طرف شما برای تصمیم پوشش‌دهی یا تجدیدنظر سطح 1 درخواست دهد. اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما رد شود به صورت خودکار به سطح 2 منتقل می شود.
  - برای داروهای قسمت D، پزشکتان یا تجویزکننده دیگری باید از طرف شما برای تصمیم پوشش‌دهی یا تجدیدنظر سطح 1 درخواست دهد. اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 رد شد، پزشک یا تجویزکننده‌تان می‌تواند تجدیدنظر سطح 2 درخواست کند.

- **می توانید از فردی درخواست کنید از طرف شما اقدام کند.** می‌توانید فرد دیگری را نام ببرید تا به‌عنوان «نماینده» از طرف شما درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش طرح یا درخواست تجدیدنظر داشته باشد.
  - اگر می‌خواهید دوست، خویشاوند یا فرد دیگری نماینده شما باشد، با خدمات اعضا تماس بگیرید به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711) تماس بگیرید و *فرم تعیین نماینده* را درخواست کنید. (این فرم در وب‌سایت CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا در وب‌سایت ما به آدرس go.wellcare.com/HealthNetCA در دسترس است.) این فرم به فرد موردنظر اجازه می‌دهد از طرف شما اقدام کند. این فرم باید توسط خودتان یا فردی که می‌خواهید از طرف شما اقدام کند، امضا شود. باید یک کپی از فرم امضاشده را به ما بدهید.
  - ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را از یک نماینده بدون فرم بپذیریم، اما تازمانی‌که آن را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی خود را تکمیل کنیم. اگر فرم را پیش‌از مهلت ما برای تصمیم پوشش‌دهی دریافت نکنیم، درخواست تجدیدنظرتان رد می‌شود. در این صورت یک اعلامیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که در آن حق شما برای درخواست از سازمان بازنگری مستقل جهت تجدیدنظر درباره تصمیم ما در رد درخواست تجدیدنظر شما توضیح داده می‌شود.
- **همچنین حق دارید وکیل بگیرید.** می‌توانید با وکیل خودتان تماس بگیرید یا نام وکیل را از انجمن محلی وکلا یا سایر خدمات ارجاعی دریافت کنید. برخی گروه‌های حقوقی در صورت واجد شرایط بودن خدمات حقوقی رایگان را در اختیار شما قرار خواهند داد. اما برای درخواست هرگونه تصمیم پوشش‌دهی یا درخواست تجدیدنظر **لزومی ندارد که وکیل داشته باشید**.

بخش 5.2 قوانین و مهلت های تعیین شده برای موقعیت های مختلف

4 وضعیت مختلف وجود دارد که در رابطه با تصمیم پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر است. هر موقعیت مقررات و مهلت‌های متفاوتی دارد. در مورد هر یک از این موقعیت ها جزییات را در اختیارتان قرار می دهیم:

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

اگر فکر می‌کنید کدام اطلاعات به شما ربط دارد، با بخش خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند). همچنین می توانید از کشتی SHIP خودتان کمک و یا اطلاعات دریافت کنید.

بخش 6 مراقبت پزشکی: نحوه درخواست تصمیم پوشش‌دهی یا درخواست تجدیدنظر

بخش 6.1 این بخش توضیح می‌دهد که اگر برای دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مشکل دارید یا می‌خواهید هزینه مراقبت‌تان را به شما بازپرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید

مزایای شما برای مراقبت های پزشکی در فصل 4 در نمودار مزایای پزشکی شرح داده شده است. بعضی مواقع قوانین مختلفی برای درخواست داروهای قسمت B اعمال می شود. در این شرایط توضیح می دهیم تفاوت قوانین مربوط به داروهای تجویزی قسمت B با قوانین اقلام و خدمات پزشکی چیست.

این بخش اطلاعاتی را در مورد اینکه در 5 موقعیت زیر چه کار کنید به شما می‌دهد:

1. مراقبت پزشکی که می‌خواهید را دریافت نمی‌کنید و عقیده دارید که این مراقبت تحت پوشش برنامه ما می‌باشد. **برای تصمیم پوشش‌دهی درخواست کنید. بخش 6.2.**
2. طرح ما خدمات مراقبت پزشکی را که پزشک یا ارائه‌دهنده پزشکی دیگری می خواهد در اختیارتان قرار دهد نمی پذیرد، و فکر می کنید این خدمات مراقبتی باید تحت پوشش طرحتان باشند. **برای تصمیم پوشش‌دهی درخواست کنید. بخش 6.2.**
3. شما خدمات مراقبت پزشکی دریافت کرده‌اید که معتقدید طرح ما باید آن را پوشش دهد، اما ما اعلام کرده‌ایم که هزینه این مراقبت را پرداخت نخواهیم کرد. **درخواست تجدیدنظر بدهید. بخش 6.3.**
4. خدمات مراقبت پزشکی را دریافت کرده اید که فکر می کنید باید تحت پوشش طرح باشد و هزینه آن را نیز پرداخت کرده اید، و می خواهید از طرح ما درخواست بازپرداخت کنید. **صورتحساب را برای ما ارسال کنید. بخش 6.5.**
5. به شما گفته شده است که پوشش بعضی خدمات پزشکی خاص که قبلاً دریافت می کردید و تأیید شده بودند اکنون کاهش می یابند یا متوقف می شوند، و فکر می کنید این کاهش یا توقف ارائه خدمات می تواند به سلامت شما آسیب برساند. **درخواست تجدیدنظر بدهید. بخش 6.3.**

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

بخش 6.2 مرحله به مرحله: نحوه درخواست تصمیم پوشش‌دهی

اصطلاحات حقوقی

هنگامی که تصمیم پوشش‌دهی شامل مراقبت پزشکی شما می‌شود، به آن **تصمیم سازمان** گفته می شود.

«تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن» را **تسریع تصمیم‌گیری** می‌نامند.

مرحله 1: تصمیم بگیرید آیا به تصمیم پوشش‌دهی استاندارد یا به تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن نیاز دارید.

ما معمولاً درباره درخواست‌های استاندارد پوشش دهی در مدت 7 روز (اگر کالا یا خدمت پزشکی مشمول قوانین دریافت تأییدیه قبلی ما باشد)، در مدت 14 روز (برای سایر کالاها و خدمات) یا در مدت 72 ساعت (برای داروهای قسمت B) تصمیم‌گیری می‌کنیم. تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن معمولاً در مدت 72 ساعت برای خدمات مراقبت پزشکی یا 24 ساعت برای داروهای قسمت B انجام می شود. تنها در صورتی میتوانید تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن دریافت کنید که استفاده از مهلتهای متعارف بتواند ضرر جدی به سلامتی شما وارد کند یا به توانایی شما در عملکرد آسیب بزند.

اگر پزشک شما به ما بگوید که وضعیت سلامت شما مستلزم « تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن» است، ما به طور خودکار قبول می‌کنیم که تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن را اجرا کنیم.

اگر برای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن شخصاً خودتان درخواست دهید و از حمایت پزشک استفاده نکنید، ما تصمیم می گیریم آیا وضعیت سلامت شما به تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن نیاز دارد یا خیر. اگر تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن را نپذیریم، یک نامه برایتان ارسال می کنیم که این موارد در آن توضیح داده شده است:

- ما از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
- اگر پزشک‌تان برای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن درخواست کند، آن را به طور خودکار ارائه خواهیم کرد.
- می‌توانید یک «شکایت سریع» درباره تصمیم ما برای انجام تصمیم پوشش‌دهی استاندارد به جای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن داشته باشید.

مرحله 2: از طرح ما درخواست کنید تصمیم پوشش‌دهی یا تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن انجام دهد.

- برای این کار با طرح ما تماس بگیرید، یا فکس ارسال کنید، یا نامه ارسال کنید و درخواست ارائه کنید خدمات مراقبتی مورد نیازتان را مجاز کنیم یا تحت پوشش قرار دهیم. شما یا پزشک یا نماینده تان می توانید این کار را انجام دهید. اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.

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

برای تصمیم پوشش‌دهی استاندارد از مهلت های مقرر استاندارد استفاده می کنیم.

این یعنی ما در مدت 7 روز پس از دریافت درخواست شما برای یک کالا یا خدمت پزشکی که مشمول قوانین تأییدیه قبلی ما است، به شما پاسخ خواهیم داد. اگر کالا یا خدمت پزشکی درخواستی شما مشمول قوانین تأییدیه قبلی ما نباشد، در مدت 14 روز پس از دریافت درخواست شما به شما پاسخ خواهیم داد. اگر یک داروی تجویزی Part B را درخواست کنید، حداکثر در مدت 72 ساعت پس از دریافت درخواست به شما پاسخ می دهیم.

- **اما**، اگر فرصت بیشتری را تقاضا کنید، یا اگر ما به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که به نفعتان باشد، اگر درخواستتان برای اقلام یا خدمات پزشکی است ممکن است **تا حداکثر 14 روز دیگر** طول بکشد. اگر روزهای بیشتری وقت بگذاریم، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر درخواستتان برای یک داروی تجویزی Part B باشد، نمی‌توانیم برای اعلام تصمیم از شما وقت بیشتری بگیریم.

- اگر فکر می کنید ما *نباید* روزهای بیشتری را صرف این کار کنیم، می توانید *شکایت سریع* طرح کنید. به محض تصمیم گیری به شکایتتان پاسخ خواهیم داد. (روند ارسال شکایت با روند تصمیم پوشش‌دهی و تجدیدنظر متفاوت است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایت ها، به بخش 11 این فصل مراجعه کنید.)

برای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن از چارچوب زمانی سریع استفاده می کنیم.

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

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

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

اگر جواب «منفی» بدهیم، شما حق دارید با ارائه درخواست تجدیدنظر از ما بخواهید تصمیم را تغییر دهیم. به این معنی که مجدداً از ما درخواست کنید پوشش مراقبت پزشکی مورد نظرتان را دریافت کنید. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، به این معنی است که از روند رسیدگی به درخواست تجدیدنظر سطح ۱ استفاده خواهید کرد.

بخش 6.3 نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1

اصطلاحات حقوقی

به درخواست تجدیدنظر از طرح برای تصمیم پوشش‌دهی مراقبت پزشکی، «**تعیین مجدد**» طرح گفته می شود.

درخواست **تجدیدنظر سریع** همچنین «تسریع تجدیدنظر» نامیده می‌شود.

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

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

- اگر درباره تصمیمی که ما در مورد پوشش مراقبت گرفته‌ایم تجدیدنظر کنید، شما و/یا پزشکتان باید تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید درخواست یک تجدیدنظر سریع کنید. اگر پزشک شما به ما بگوید که وضعیت سلامت شما به تجدیدنظر سریع نیاز دارد، ما تجدیدنظر سریع انجام می دهیم.

- شرایط انجام تجدیدنظر سریع مشابه تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن است که در بخش 6.2 این فصل توضیح داده شده است.

مرحله 2: درخواست تجدیدنظر یا تجدیدنظر سریع از طرح

- **اگر برای تجدیدنظر استاندارد درخواست می کنید، درخواست تجدیدنظر استاندارد را به صورت کتبی ارسال کنید.** همچنین می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تجدیدنظر کنید. اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.

- **اگر برای تجدیدنظر سریع درخواست می‌کنید، تجدیدنظر خود را به صورت کتبی ارائه کنید یا تلفنی با ما تماس بگیرید.** اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.

- **درخواست تجدیدنظر را ظرف 65 روز تقویمی** از تاریخی که اعلامیه کتبی برایتان ارسال کرده‌ایم و اطلاع داده‌ایم که درباره تصمیم پوشش‌دهی پاسخ داده‌ایم ارائه کنید. اگر این مهلت را از دست بدهید اما برای این امر دلیل موجهی داشته باشید، در هنگام درخواست تجدیدنظر توضیح دهید که چرا تجدیدنظر را با تأخیر درخواست کرده اید. ممکن است فرصت بیشتری برای تجدیدنظر در اختیارتان قرار دهیم. چند نمونه از دلایل موجه عبارت‌اند از: بیماری شدید که مانع از تماس با ما شده است، یا ما اطلاعات ناقص یا اشتباهی را درباره مهلت درخواست تجدیدنظر در اختیارتان قرار داده ایم.

- **می توانید درخواست کنید یک نسخه از اطلاعات مربوط به تصمیم گیری پزشکی را دریافت کنید. شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری برای حمایت از درخواست تجدیدنظرتان اضافه کنید.**

مرحله 3: ما به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنیم، و به شما پاسخ می‌دهیم.

- وقتی درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می کنیم، به دقت به همه اطلاعات رسیدگی خواهیم کرد. بررسی می‌کنیم آیا هنگام پاسخ دادن «منفی» به درخواستتان از همه قوانین پیروی کرده‌ایم.

- در صورت لزوم اطلاعات بیشتری را جمع آوری خواهیم کرد و در صورت امکان با شما یا پزشکتان تماس می گیریم.

مهلت‌های تجدیدنظر سریع

- اگر برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید، **ما باید در مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهیم.** اگر به دلیل وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ را زودتر ارائه خواهیم کرد.

  - اگر فرصت بیشتری را تقاضا کنید، یا اگر ما به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که به نفعتان باشد، اگر درخواستتان برای اقلام یا خدمات پزشکی است **ممکن است تا حداکثر 14 روز دیگر طول بکشد.** اگر روزهای بیشتری وقت بگذاریم، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر یک داروی تجویزی قسمت B درخواست کرده باشید، نمی‌توانیم برای اعلام تصمیم از شما وقت بیشتری بگیریم.

  - اگر در مدت زمان 72 ساعت (یا تا پایان فرصت تمدید شده در صورتی که به روزهای بیشتری نیاز باشد) به شما پاسخ ندهیم، باید به صورت خودکار درخواست شما را به روند تجدیدنظر سطح 2 بفرستیم که در آنجا یک سازمان بازنگری مستقل به درخواستتان رسیدگی می کند. سازمان بازنگری مستقل بعد از دریافت تجدیدنظرتان به صورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. در بخش 6.4 درباره روند تجدیدنظر سطح 2 توضیح داده می شود.

- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید **بله باشد**، باید پوشش را در ظرف 72 ساعت بعد از دریافت تجدیدنظر شما تأیید یا ارائه کنیم.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم**، تصمیم را به صورت کتبی به اطلاع شما می رسانیم و به صورت خودکار تجدیدنظرتان را برای تجدیدنظر سطح 2 به سازمان بازنگری مستقل ارسال خواهیم کرد. سازمان بازنگری مستقل بعد از دریافت تجدیدنظرتان به صورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد.

مهلت‌های «تجدیدنظر استاندارد»

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

بخش 6.4 روند تجدیدنظر سطح 2

اصطلاح حقوقی:

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

سازمان بازنگری مستقل یک سازمان مستقل در استخدام Medicare است. با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفتیم درست است یا خیر و یا باید تغییر کند یا خیر. Medicare بر فعالیت آن نظارت دارد.

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

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

اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، تجدیدنظر سریع در مرحله 2 خواهید داشت.

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

اگر تجدیدنظر استاندارد در مرحله 1 داشتید، به‌طور خودکار یک تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2 خواهید داشت.

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

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

سازمان بازنگری مستقل تصمیمش را به صورت کتبی همراه با توضیح دلایلش در اختیارتان قرار می دهد.

- **اگر سازمان بازبینی مستقل تمام یا بخشی از درخواست مربوط به یک کالا یا خدمت پزشکی را تأیید کند،** در مورد **درخواست‌های استاندارد** موظف هستیم حداکثر **در مدت 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آن سازمان، پوشش هزینه‌های خدمات پزشکی را تأیید کنیم، یا حداکثر در مدت 14 روز تقویمی پس از دریافت آن تصمیم، خدمت مورد نظر را ارائه دهیم. برای بررسی **درخواست های فوری**، **72 ساعت** از تاریخ دریافت تصمیم از سازمان بازبینی مستقل فرصت داریم.

- **اگر سازمان بازبینی مستقل، تمام یا بخشی از درخواست مربوط به داروی قسمت B را تأیید کند**، در مورد **درخواست‌های استاندارد** ما موظف هستیم حداکثر در مدت زمان **72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آن سازمان، داروی قسمت B را تأیید یا ارائه کنیم. برای **درخواست های فوری24 ساعت** از تاریخ دریافت تصمیم از سازمان بازبینی مستقل فرصت داریم.

- اگر سازمان به بخشی یا کل درخواست تجدیدنظر پاسخ «منفی» بدهد، **به این معنی است که آنها موافقت می‌کنند که طرح ما درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید نکنیم.** به این پاسخ، **حمایت از تصمیم گرفته شده** یا **رد کردن درخواست تجدیدنظر شما** گفته می‌شود. در این صورت سازمان بازنگری مستقل نامه‌ای برایتان ارسال و این موارد را عنوان می‌کند:
  - تصمیمش را توضیح می‌دهد.
  - اگر مقدار دلاری پوشش خدمات مراقبت پزشکی که درخواست کرده اید به مقدار حداقل خاص مشخص شده برسد، درباره حق شما نسبت به ادامه تجدیدنظر به سطح 3 توضیح می دهد. در اعلامیه کتبی که از سازمان بازنگری مستقل دریافت می کنید درباره سقف مبلغ دلاری که باید به آن برسید تا بتوانید روند تجدیدنظر را ادامه دهید توضیح داده شده است.
  - درباره نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3 توضیح داده می شود.

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

- پس از سطح 2، 3 سطح دیگر در روند رسیدگی به تجدیدنظر وجود دارد (در مجموع 5 سطح را تشکیل می‌دهد). اگر می خواهید به تجدیدنظر سطح 3 بروید جزئیات مربوط به نحوه انجام این کار در اعلامیه کتبی که بعد از تجدیدنظر سطح 2 دریافت می کنید عنوان شده است.

- تجدیدنظر سطح 3 توسط قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل انجام می‌شود. در بخش 10 این فصل درباره روندهای تجدیدنظر سطح 3، 4، و 5 توضیح داده شده است.

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

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

درخواست برای بازپرداخت به معنی درخواست تصمیم پوشش‌دهی از طرف ما است

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

- **اگر به درخواستتان پاسخ مثبت بدهیم:** اگر مراقبت پزشکی تحت پوشش باشد و شما همه قوانین و الزامات را رعایت کرده باشید، ما هزینه مربوطه را معمولاً ظرف 30 روز تقویمی و حداکثر تا 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما پرداخت خواهیم کرد. اگر هزینه خدمات مراقبت پزشکی را پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداختی را مستقیماً برای ارائه‌دهنده ارسال خواهیم کرد.
- **اگر به درخواستتان پاسخ منفی بدهیم:** اگر خدمات مراقبت پزشکی تحت پوشش نباشد یا اگر همه قوانین را دنبال نکرده باشید، ما هزینه را پرداخت *نخواهیم* کرد. در عوض نامه ای برایتان ارسال می کنیم و اعلام می کنیم که برای خدمات مراقبت پزشکی مبلغی پرداخت نمی کنیم و دلیلش را نیز عنوان می کنیم.

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

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

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

بخش 7 داروهای قسمت D شما: نحوه درخواست تصمیم پوشش‌دهی یا درخواست تجدیدنظر

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

مزایای شما شامل پوشش دهی بسیاری از داروهای تجویزی است. برای تحت پوشش قرار گرفتن، دارو باید برای یک مورد مصرف علائم مورد قبول پزشکی استفاده شود. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره علائم مورد قبول پزشکی، به فصل 5 مراجعه کنید.) برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروها، قوانین، محدودیت‌ها، و هزینه‌های قسمت D، لطفاً به فصل 5 و فصل 6 مراجعه کنید. **این بخش فقط درباره داروهای قسمت D است.** برای اختصار، در ادامه این بخش به‌طور کلی از کلمه *دارو* به‌جای تکرار *داروهای تجویزی بیماران سرپایی* یا *داروهای قسمت D* استفاده می‌کنیم. همچنین، به‌جای *فهرست داروهای تحت پوشش* یا لیست دارو از دارونامه استفاده می‌کنیم.

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

تصمیم پوشش‌دهی و تجدیدنظر برای قسمت D

اصطلاح حقوقی:

به تصمیم پوشش‌دهی اولیه در مورد داروهای قسمت D شما **تعیین پوشش** گفته می شود.

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

- درخواست از ما برای پوشش داروی قسمت D که در فهرست داروی برنامه نیست **درخواست استثنا کنید. بخش 7.2**
- درخواست از ما برای لغو محدودیت در پوشش طرح برای دارو (از قبیل محدودیت‌های مربوط به مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید) **درخواست برای استثنا. بخش 7.2**
- درخواست پرداخت مبلغ تسهیم هزینه کمتر برای داروی تحت پوشش در ردیف تسهیم هزینه بالاتر. **درخواست استثنا کنید. بخش 7.2**
- درخواست تأیید قبلی دارو. **برای تصمیم پوشش‌دهی درخواست کنید. بخش 7.4**
- پرداخت هزینه داروی تجویزی که قبلاً خریده‌اید. **از ما بخواهید هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. بخش 7.4**

اگر با تصمیم‌گیری درباره پوشش 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.

بخش 7.2 درخواست اعمال استثنا

اصطلاحات حقوقی

به درخواست پوشش‌دهی دارویی که در فهرست داروها قرار ندارد، بعضی مواقع درخواست برای **استثنای دارونامه** گفته می‌شود.

به درخواست حذف محدودیت پوشش دارو بعضی مواقع درخواست برای **استثنای دارونامه** گفته می شود.

به درخواست برای پرداخت قیمتی پایین تر برای داروی غیرترجیحی تحت پوشش بعضی مواقع **استثنای دسته بندی** گفته می‌شود.

اگر دارویی آنطور که در نظر داشتید پوشش داده نشده است، می‌توانید از ما بخواهید که **استثنا** قائل شویم. استثنا نوعی تصمیم پوشش‌دهی است.

برای اینکه درخواست استثنا را بپذیریم، لازم است پزشک شما یا تجویزکننده‌ای دیگر دلایل پزشکی شما برای نیاز به چنین استثنایی را توضیح دهد. در این‌جا 3 نمونه از موارد استثنا عنوان شده است که شما یا پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر می‌توانید از ما درخواست کنید:

1. **پوشش یک داروی قسمت D که در فهرست دارویی ما نیست.** اگر موافقت کنیم دارویی را که در فهرست داروها قرار ندارد پوشش دهیم، باید مبلغ تسهیم هزینه‌ای را که برای داروهای ردیف 3 (داروهای غیرترجیحی) اعمال می‌شود پرداخت کنید. اگر ما با پوشش دارویی را که در «فهرست داروها» قرار ندارد موافقت کنیم، شما نمی‌توانید درخواست استثنا برای کاهش تسهیم هزینه که باید برای آن دارو بپردازید ارائه کنید.

2. **حذف کردن محدودیت برای داروی تحت پوشش.** در فصل 5 سایر قوانین یا محدودیت هایی که برای بعضی داروهای خاص در «فهرست داروها» اعمال می شود توضیح داده شده است. اگر موافقت کنیم که استثنا قائل شویم و از محدودیت‌ها برای شما صرف‌نظر کنیم، می‌توانید برای مبلغ تسهیم هزینه‌ای که باید برای دارو پرداخت کنید، تقاضای اعمال استثنا کنید.

3. **تغییر دادن پوشش دارو به ردیف تسهیم هزینه پایین‌تر.** تمام داروهای موجود در فهرست داروهای ما در یکی از شش ردیف تسهیم هزینه قرار دارند. به‌طورکلی، هر چه شماره ردیف تسهیم هزینه پایین‌تر باشد، مبلغی که به‌عنوان سهمتان از هزینه دارو می‌پردازید کمتر می‌شود.

- اگر در فهرست داروها، دارو(های) جایگزینی برای درمان مشکل پزشکی شما داشته باشیم که در ردیف تسهیم هزینه پایین‌تری نسبت به داروی شما قرار داشته باشد، می‌توانید از ما بخواهید که دارویتان را با مبلغ تسهیم هزینه‌ای که برای دارو(های) جایگزین اعمال می‌شود پوشش دهیم.
- اگر دارویی که مصرف می‌کنید محصول بیولوژیکی است، می‌توانید از ما بخواهید داروی شما را با مبلغ تسهیم هزینه کمتری پوشش دهیم. یعنی هزینه پایین‌ترین ردیف که حاوی جایگزین‌هایی برای محصولات بیولوژیکی برای درمان مشکل شما است.
- اگر دارویی که مصرف می‌کنید داروی برند است، می‌توانید از ما بخواهید داروی شما را با هزینه پایین‌ترین ردیفی که حاوی داروهای جایگزین برند برای درمان مشکل شما است پوشش دهیم.
- اگر دارویی که مصرف می‌کنید ژنریک است، می‌توانید از ما بخواهید داروی شما را با هزینه پایین‌ترین ردیفی که حاوی داروهای جایگزین برند یا ژنریک برای درمان مشکل شما است پوشش دهیم.
- نمی‌توانید از ما بخواهید که ردیف تسهیم هزینه را برای داروهایی که در ردیف 5 (ردیف خاص) هستند، تغییر دهیم.
- اگر درخواست شما را برای قائل شدن استثنای دسته تسهیم هزینه تأیید کنیم و بیشتر از یک ردیف تسهیم هزینه پایین‌تر با داروهای جایگزینی که نمی‌توانید مصرف کنید وجود داشته باشد، معمولا کمترین مبلغ را پرداخت خواهید کرد.

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

پزشکتان باید دلایل پزشکی را به ما بگوید

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 معمولاً شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. به این احتمالات متفاوت داروهای **جایگزین** گفته می‌شود. اگر داروی دیگری همان کارآیی داروی درخواستی شما را داشته باشد و عوارض جانبی یا مشکلات دیگری برای سلامت ایجاد نکند، معمولاً درخواست شما برای استثنا را قبول نمی‌کنیم. اگر برای استثنا قائل شدن در ردیف تسهیم هزینه درخواست کنید، به‌طورکلی درخواست شما را برای اعمال استثنا نمی‌پذیریم مگر اینکه تمام داروهای جایگزین در ردیف(های) تسهیم هزینه پایین‌تر برای شما مؤثر نباشند یا احتمالاً باعث واکنش نامطلوب یا آسیب‌های دیگری شوند.

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

- اگر درخواستتان را برای اعمال استثنا بپذیریم، تأییدیه ما معمولاً تا پایان همان سال طرح معتبر است. تا وقتی پزشکتان به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو برای درمان عارضه شما ایمن و مؤثر باقی بماند، این شرایط برقرار است.
- اگر به درخواست شما برای اعمال استثنا پاسخ منفی بدهیم، می‌توانید با ارائه درخواست تجدیدنظر بخواهید که آن را دوباره بررسی کنیم.

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

اصطلاح حقوقی:

«تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن» را «**تصمیم پوشش‌دهی سریع**» می‌نامند.

مرحله 1: تصمیم بگیرید آیا به تصمیم پوشش‌دهی استاندارد یا به تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن نیاز دارید.

تصمیم پوشش‌دهی استاندارد در مدت زمان **72 ساعت** بعد از دریافت توضیحات پزشکتان انجام می‌شود. **تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن** در مدت زمان **24 ساعت** بعد از دریافت توضیحات پزشکتان انجام می شود.

اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید از ما درخواست « تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن» داشته باشید. برای تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع، باید 2 شرط را داشته باشید:

- باید برای دارویی درخواست کنید که هنوز دریافت نکرده‌اید. (نمی توانید برای بازپرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن درخواست کنید.)
- استفاده از مهلت‌های معمول می‌تواند به سلامتی شما آسیب جدی وارد کند یا به توانایی و عملکرد بدنی شما آسیب برساند.
- **اگر پزشک شما یا تجویزکننده‌ای دیگر به ما بگوید که سلامت شما نیاز به تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن دارد، فوراً برای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن اقدام می‌کنیم.**
- **اگر خودتان بدون حمایت پزشکتان یا تجویزکننده‌ای دیگر برای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن درخواست کنید، ما تصمیم می‌گیریم آیا تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن برایتان اجرا شود یا خیر.** اگر تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن را نپذیریم، یک نامه برایتان ارسال می کنیم که این موارد در آن توضیح داده شده است:

- ما از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
- اگر پزشک‌تان یا هر تجویزکننده دیگری برای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن درخواست کند، این مسئله را توضیح دهید تا ما به طور خودکار تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن را اجرا کنید.
- چطور می‌توانید یک «شکایت سریع» درباره تصمیم ما برای انجام تصمیم پوشش‌دهی استاندارد به جای تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن داشته باشید. ما در مدت زمان 24 ساعت بعد از رسید شکایتتان پاسخ خواهیم داد.

مرحله 2: برای تصمیم پوشش‌دهی استاندارد یا تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن درخواست کنید.

برای این کار با طرح ما تماس بگیرید، یا فکس ارسال کنید، یا نامه ارسال کنید و درخواست کنید خدمات مراقبتی مورد نیازتان را مجاز کنیم یا تحت پوشش قرار دهیم. همچنین می‌توانید از طریق وب سایت ما به فرآیند تصمیم پوشش‌دهی دسترسی داشته باشید. ما هرگونه درخواست کتبی را از جمله درخواست ارسال شده در قالب *فرم درخواست تعیین پوشش مدل CMS* که در وب‌سایت go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations ما موجود است می‌پذیریم. اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است. برای کمک به ما در پردازش درخواستتان، حتماً نام، اطلاعات تماس، و اطلاعاتی را که مشخص کند درخواست تجدیدنظر برای کدام دعوی پذیرفته نشده است ارائه کنید.

شما یا پزشک (یا هر تجویزکننده دیگری) یا نماینده تان می‌توانید این کار را انجام دهید. همچنین می‌توانید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند. در بخش 5.1 این فصل، درباره نحوه ارائه مجوز کتبی به فردی دیگر و اقدام به عنوان نماینده شما توضیح داده شده است.

- **اگر درخواست اعمال استثنا می کنید، بیانیه تأییدکننده ارائه کنید** که دلایل پزشکی برای درخواست استثنا است. پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌توانند این گزارش را برای ما فکس یا ارسال کنند. پزشکتان یا تجویزکننده‌ای دیگر می‌توانند از طریق تلفن به ما بگویند و سپس در صورت لزوم با ارسال فکس یا پست کردن یک بیانیه کتبی پیگیری کنید.

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

موعدهای مقرر برای تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع

- معمولاً **ظرف 24 ساعت** بعد از دریافت درخواستتان به شما پاسخ می‌دهیم.
  - برای درخواست استثنا، ما پاسخ خود را در مدت 24 ساعت پس از دریافت بیانیه تأییدکننده پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر به دلیل وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ را زودتر ارائه خواهیم کرد.
  - اگر این مهلت‌ها را از دست بدهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. اگر درخواست شما به سازمان بازنگری مستقل ارسال شده باشد به صورت کتبی به شما اطلاع می دهیم.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم،** باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در مدت 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه تأییدکننده پزشکتان ارائه کنیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلیل پاسخ منفی و نحوه درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم ما را توضیح می‌دهد.

موعدهای مقرر برای تصمیم‌گیری درباره پوشش استاندارد درباره دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- معمولاً **ظرف 72 ساعت** بعد از دریافت درخواستتان به شما پاسخ می‌دهیم.
  - برای درخواست استثنا، ما پاسخ خود را در مدت 72 ساعت پس از دریافت بیانیه تأییدکننده پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر به دلیل وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ را زودتر ارائه خواهیم کرد.
  - اگر این مهلت ها را از دست بدهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. اگر درخواست شما به سازمان بازنگری مستقل ارسال شده باشد به صورت کتبی به شما اطلاع می دهیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید مثبت باشد،** باید **پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه تأییدکننده پزشکتان ارائه کنیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلیل پاسخ منفی و نحوه درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم ما را توضیح می‌دهد.

مهلت‌های درخواست برای «تصمیم پوشش استاندارد» برای پرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید

- ما باید پاسخ خود را **ظرف 14 روز تقویمی** بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
  - اگر این مهلت‌ها را از دست بدهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. اگر درخواست شما به سازمان بازنگری مستقل ارسال شده باشد به صورت کتبی به شما اطلاع می دهیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید مثبت باشد،** همچنین ملزم هستیم ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواستتان پرداخت را انجام دهیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلیل پاسخ منفی و نحوه درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم ما را توضیح می‌دهد.

مرحله 4: اگر به درخواست استثنای شما پاسخ «منفی» بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

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

بخش 7.5 نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1

اصطلاحات حقوقی

درخواست تجدیدنظر برای طرح ما درباره تصمیم پوشش داروی قسمت D، طرح «تصمیم‌گیری مجدد» نامیده می‌شود.

به درخواست تجدیدنظر سریع، «**تصمیم‌گیری مجدد**» طرح گفته می‌شود.

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

تجدیدنظر استاندارد معمولاً 7 روز تقویمی طول می‌کشد. تجدیدنظر سریع معمولاً در مدت 72 ساعت انجام می‌شود. اگر وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.

- اگر می‌خواهید درباره تصمیم گیری ما درباره دارویی که هنوز آن را دریافت نکرده‌اید درخواست تجدیدنظر کنید، باید شما و پزشکتان یا تجویزکننده‌ای دیگر تصمیم بگیرید که آیا به تجدیدنظر سریع نیاز است یا نه.
- شرایط انجام تجدیدنظر سریع مشابه تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن است که در بخش 7.4 این فصل توضیح داده شده است.

مرحله 2: شما و پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر باید با ما تماس بگیرید و درخواست تجدیدنظر سطح 1 را ارائه کنید. اگر به خاطر وضعیت سلامتتان به پاسخ سریع نیاز دارید، باید تجدیدنظر سریع درخواست کنید.

- **برای تجدیدنظرهای استاندارد، یک درخواست کتبی ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید. اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.**
- **برای تجدیدنظر سریع درخواست تجدیدنظرتان را به صورت کتبی ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید: 1-800-431-9007 (TTY: 711).** اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.
- **ما هرگونه درخواست کتبی را از جمله درخواست** ارسال شده در قالب *فرم درخواست تعیین پوشش مدل* CMS که در وب‌سایت go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations موجود است می پذیریم. حتماً نام، اطلاعات تماس، و اطلاعات مربوط به دعوی‌تان را اضافه کنید تا در رسیدگی به درخواستتان به ما کمک شود.
- **درخواست تجدیدنظر را ظرف 65 روز تقویمی** از تاریخی که اعلامیه کتبی برایتان ارسال کرده‌ایم و اطلاع داده‌ایم که درباره تصمیم پوشش‌دهی پاسخ داده‌ایم ارائه کنید. اگر این مهلت را از دست بدهید اما برای این امر دلیل موجهی داشته باشید، در هنگام درخواست تجدیدنظر توضیح دهید که چرا تجدیدنظر را با تأخیر درخواست کرده اید. ممکن است فرصت بیشتری برای تجدیدنظر در اختیارتان قرار دهیم. چند نمونه از دلایل موجه عبارت‌اند از: بیماری شدید که مانع از تماس با ما شده است، یا ما اطلاعات ناقص یا اشتباهی را درباره مهلت درخواست تجدیدنظر در اختیارتان قرار داده ایم.
- **می‌توانید درخواست کنید یک کپی از اطلاعات موجود در تجدیدنظرتان در اختیارتان قرار داده شود و اطلاعات بیشتری را اضافه کنید.** شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری برای حمایت از درخواست تجدیدنظرتان اضافه کنید.

مرحله 3: ما به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنیم و به شما پاسخ می‌دهیم.

- ما مجدداً درخواست تجدیدنظر شما و اطلاعاتی که درباره درخواست پوشش‌دهی در اختیارمان قرار داده‌اید را به دقت بررسی می‌کنیم. بررسی می‌کنیم آیا هنگام پاسخ دادن «منفی» به درخواستتان از همه قوانین پیروی کرده‌ایم.
- ممکن است با شما یا پزشک‌تان یا تجویزکننده دیگر برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

مهلت‌های تجدیدنظر سریع

- اگر برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید، **ما باید در مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهیم.** اگر به دلیل وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ را زودتر ارائه خواهیم کرد.
    - اگر در مدت 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. اگر درخواست شما به سازمان بازنگری مستقل ارسال شده باشد به صورت کتبی به شما اطلاع می دهیم. در بخش 7.6 درباره روند تجدیدنظر سطح 2 توضیح داده می شود.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم،** باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلیل پاسخ منفی و نحوه درخواست تجدیدنظر در مورد تصمیم ما را توضیح می‌دهد.

مهلت‌های درخواست برای تجدیدنظر استاندارد در مورد دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- برای تجدیدنظر استاندارد ما باید **در مدت 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهیم. اگر هنوز دارو را دریافت نکرده‌اید و وضعیت سلامتی شما ما را ملزم کند سریع‌تر نتیجه تصمیم‌گیری را به شما اطلاع بدهیم، این کار را خواهیم کرد.
    - اگر در مدت 7 روز به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. اگر درخواست شما به سازمان بازنگری مستقل ارسال شده باشد به صورت کتبی به شما اطلاع می دهیم. در بخش 7.6 درباره روند تجدیدنظر سطح 2 توضیح داده می شود.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما «پاسخ مثبت» بدهیم،** باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم هرچه سریعتر با توجه به وضعیت سلامت شما و حداکثر تا **7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلیل پاسخ منفی و نحوه درخواست تجدیدنظر در مورد تصمیم ما را توضیح می‌دهد.

مهلت‌های درخواست برای تجدیدنظر استاندارد برای پرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید

- ما باید پاسخ خود را **ظرف 14 روز تقویمی** بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
    - اگر این مهلت ها را از دست بدهیم، باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازنگری مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. اگر درخواست شما به سازمان بازنگری مستقل ارسال شده باشد به صورت کتبی به شما اطلاع می دهیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «مثبت» باشد،** ما نیز ملزم هستیم در مدت 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواستتان پرداخت را انجام دهیم.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی باشد،** نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلیل پاسخ منفی و نحوه درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم ما را توضیح می‌دهد.

مرحله 4:اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی باشد، خودتان تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید روندهای تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه کنید یا نه.

- اگر تصمیم بگیرید یک درخواست تجدیدنظر دیگر را ارائه کنید، به این معنی است که تجدیدنظرتان به روند تجدیدنظر سطح 2 منتقل می شود.

بخش 7.6 نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2

اصطلاح حقوقی

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

سازمان بازنگری مستقل یک سازمان مستقل در استخدام Medicare است. با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفتیم درست است یا خیر و یا باید تغییر کند یا خیر. Medicare بر فعالیت آن نظارت دارد.

مرحله 1: شما (یا نماینده شما، یا پزشک یا تجویزکننده ای دیگر) باید با سازمان بازنگری مستقل تماس بگیرید و درخواست بررسی پرونده‌تان را داشته باشد.

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ «منفی» بدهیم، اعلامیه‌ای کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که شامل **دستورالعمل‌هایی در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2** با سازمان بازنگری مستقل است. در این دستورالعمل‌ها به شما راهنمایی می‌شود چه کسی می‌تواند درخواست تجدیدنظر سطح 2 را انجام دهد، چه مهلت‌هایی را باید رعایت کنید، و چگونه به سازمان بازنگری دسترسی پیدا کنید.
- **شما باید درخواست تجدید نظر را در مدت 65 روز** از تاریخ درج شده در اطلاعیه کتبی ارائه دهید.
- اما اگر در چارچوب زمانی مشخص‌شده بررسی را تکمیل نکنیم یا اگر با توجه به برنامه مدیریت دارویی‌مان تصمیمی بگیریم که برخلاف تعیین **در معرض خطر بودن** باشد، به‌طور خودکار مطالبه‌تان را برای سازمان بازبینی مستقل ارسال می‌کنیم. اگر درخواست شما به سازمان بازنگری مستقل ارسال شده باشد به صورت کتبی به شما اطلاع می دهیم.
- ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدید نظر شما را به سازمان بررسی مستقل ارسال می کنیم. این اطلاعات «**فایل پرونده**» شما نامیده می شود. **شما حق دارید برای کپی فایل خود درخواست کنید.**
- شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات دیگری نیز برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظرتان در اختیار سازمان بازنگری مستقل قرار دهید.

مرحله 2: سازمان بازنگری مستقل درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند.

- بررسی کنندگان در سازمان بازنگری مستقل به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما دوباره با دقت توجه خواهند کرد.

مهلت‌های تجدیدنظر سریع

- اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع از طرف سازمان بازنگری مستقل داشته باشید.
- اگر این سازمان با «تجدیدنظر سریع» موافقت کند، باید در مدت **72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر، به تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ دهد.

مهلت‌های «تجدیدنظر استاندارد»

- اگر درخواست شما برای دارویی است که هنوز دریافت نکرده‌اید، سازمان بازنگری باید **در مدت 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ بدهد. اگر درخواست شما برای دارویی است که خریداری کرده‌اید، سازمان بازنگری باید **در مدت 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ بدهد.

مرحله 3: سازمان بازنگری مستقل به شما پاسخ می دهد.

برای تجدیدنظرهای سریع:

- **اگر سازمان بازنگری مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهد،** ما باید **پوشش دارویی** تأییدشده توسط سازمان بازنگری مستقل را **ظرف 24 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بازنگری مستقل ارائه کنیم.

برای تجدیدنظرهای استاندارد:

- **اگر سازمان بازنگری مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما برای پوشش‌دهی پاسخ مثبت بدهد،** ما باید **پوشش دارویی** تأییدشده توسط سازمان بازنگری مستقل را **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بازنگری مستقل ارائه کنیم.
- اگر سازمان بازنگری مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما برای بازپرداخت هزینه**دارویی که قبلاً خریداری کرده اید پاسخ «مثبت» بدهد،** ما ملزم هستیم مبلغ را در مدت 30 روز **پس از دریافت تصمیم سازمان بازنگری مستقل برایتان ارسال کنیم.**

اگر سازمان بازنگری به تجدیدنظر شما پاسخ «منفی» بدهد چطور؟

اگر این سازمان به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، به این معنی است که آن‌ها با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش درخواست شما (یا بخشی از درخواستتان) موافق هستند. (به این کار **حمایت از تصمیم گرفته‌شده** گفته می‌شود. به آن **رد کردن درخواست تجدیدنظر شما** هم گفته می‌شود.). در این صورت سازمان بازنگری مستقل نامه‌ای برایتان ارسال و این موارد را عنوان می‌کند:

- تصمیمش را توضیح می‌دهد.
- اگر مقدار دلاری پوشش دارویی که درخواست کرده‌اید به مقدار حداقل خاص مشخص شده برسد، درباره حق شما نسبت به ادامه تجدیدنظر به سطح 3 توضیح می‌دهد. اگر مقدار دلاری پوشش دارویی که درخواست کرده‌اید خیلی کم باشد، نمی‌توانید برای یک تجدیدنظر اقدام کنید و تصمیم اتخاذ شده در سطح 2 نهایی است.
- مبلغ دلاری مورد نظر که باتوجه به آن روند تجدیدنظر قابل ادامه و پیگیری است عنوان می‌شود.

مرحله 4: اگر شرایط لازم را داشته باشید، انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.

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

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

وقتی در بیمارستان پذیرفته می‌شوید، حق دارید همه خدمات بیمارستانی که ما پوشش می دهیم و برای تشخیص و درمان بیماری شما لازم هستند را دریافت کنید.

پزشک شما و پرسنل بیماران در طول اقامت تحت پوشش شما در بیمارستان با شما همکاری کرده تا برای وقتی بیمارستان را ترک خواهید کرد آماده شوید. آنها همچنین هرگونه خدمات مراقبتی مورد نیاز پس از خروج از بیمارستان را هماهنگ می‌کنند.

- روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید «**تاریخ ترخیص**» است.
- با تأیید تاریخ ترخیص، پزشک یا پرسنل بیمارستان به شما اطلاع می دهند.
- اگر فکر می‌کنید خیلی زود از شما خواسته شده که بیمارستان را ترک کنید، می‌توانید برای بستری شدن طولانی‌تر در بیمارستان درخواست کنید و به درخواستتان رسیدگی خواهد شد.

بخش 8.1 مدتی که در بیمارستان بستری هستید، اعلامیه کتبی از Medicare دریافت می کنید که درباره حقوقتان در آن توضیح داده شده است

در مدت 2 روز تقویمی بعد از پذیرش در بیمارستان، یک اعلامیه کتبی با عنوان «*پیامی مهم از طرف Medicare درباره حقوق شما*» به شما داده می شود. همه افرادی که Medicare دارند یک کپی از این اعلامیه دریافت می کنند. اگر اعلامیه را در بیمارستان به شما نداده اند (مثلاً از طرف مددکار اجتماعی یا پرستار)، از هرکدام از پرسنل بیمارستان می توانید درخواست کنید. در صورت نیاز به کمک، با خدمات اعضا با شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید) یا شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.)

1. **این اعلامیه را با دقت مطالعه کنید و اگر موضوعی را متوجه نشدید، بپرسید.** محتوای آن:

- حقوق شما برای دریافت خدمات تحت پوشش Medicare در زمان بستری بودن در بیمارستان و بعد از ترخیص همانطور که پزشک دستور می دهد. این مورد شامل حق شما در آگاهی از ماهیت این خدمات است، اینکه چه کسی هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند، و از کجا می‌توانید آن‌ها را دریافت کنید.

- حق شما برای حضور در هرگونه تصمیمی که برای بستری شدن شما در بیمارستان گرفته می شود.
- اگر نارضایتی یا نگرانی در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی دارید باید به کجا گزارش کنید.
- حقوق شما در **درخواست بررسی فوری** نسبت به تصمیم مربوط به ترخیص شما در صورتی که فکر می کنید خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده اید. این روشی رسمی و حقوقی برای درخواست اعمال تأخیر در تاریخ ترخیص شما است تا ما پوشش خدمات مراقبتی بیمارستانی شما را برای مدت بیشتری ارائه کنیم.

2. **از شما خواسته می شود این اعلامیه کتبی را امضا کنید که نشان می‌دهد آن را دریافت کرده اید و از حقوق خود آگاه هستید.**

- از شما یا هر فرد دیگری که از طرف شما اقدام می کند خواسته می شود این اعلامیه را امضا کنید.
- امضای اعلامیه *فقط* نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. در این اعلامیه تاریخ ترخیص شما مشخص نمی شود. امضای این اعلامیه به این معنی **نیست** که شما با تاریخ ترخیص موافقت کرده اید.

3. کپی این اعلامیه را در دسترس نگهدارید تا در صورت لزوم اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر (یا گزارش هرگونه نارضایتی و شکایت درباره کیفیت مراقبت) را داشته باشید.

- اگر این اعلامیه را بیش از 2 روز تقویمی قبل از تاریخ ترخیص امضا کنید، قبل از تاریخ معین شده برای ترخیص یک کپی دیگر از آن به شما داده می شود.
- برای مشاهده یک کپی از این اعلامیه از قبل، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) یا 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید در وب‌سایت زیر این اطلاعیه را ببینید: CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

بخش 8.2 مرحله به مرحله نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

برای درخواست پوشش خدمات بستری در بیمارستان برای مدت طولانی‌تر، از فرایند «درخواست تجدید نظر» برای ثبت این درخواست استفاده کنید. قبل از شروع درخواست تجدیدنظر خود، با آنچه باید انجام دهید و مهلت‌های مربوطه آشنا شوید.

- **مراحل موجود را دنبال کنید.**
- **مهلت‌ها را رعایت کنید**
- **در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید.** اگر سؤالی دارید یا نیاز به کمک دارید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند). یا برای دریافت کمک شخصی‌سازی‌شده، با برنامه کمک بیمه سلامت ایالتی (SHIP) تماس بگیرید. اطلاعات تماس SHIP در فصل 2 بخش 3 موجود است.

در درخواست تجدیدنظر سطح 1، درخواستتان توسط سازمان بهبود کیفیت بررسی می شود. این سازمان بررسی می کند آیا تاریخ تعیین شده برای ترخیص از نظر پزشکی برایتان مناسب است. **سازمان**

بهبود کیفیت شامل گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌شود که تحت استخدام دولت فدرال هستند تا مراقبت ارائه‌شده به بیماران دارای Medicare را کنترل بررسی کنند و بهبود ببخشند. این موارد شامل تاریخ های ترخیص از بیمارستان برای افرادی است که Medicare دارند. این متخصصان بخشی از طرح ما نیستند.

مرحله 1: با سازمان بهبود کیفیت ایالتتان تماس بگیرید و برای بررسی فوری تاریخ ترخیص از بیمارستان درخواست دهید. باید سریع عمل کنید.

چطور می توانید با این سازمان تماس بگیرید؟

- در اعلامیه کتبی که دریافت کردید (*پیامی مهم از طرف Medicare درباره حقوق شما*) درباره نحوه دسترسی به این سازمان توضیح داده شده است. یا می توانید نام، آدرس، و شماره تلفن سازمان بهبود کیفیت ایالتتان را در فصل 2 پیدا کنید.

به سرعت عمل کنید:

- برای درخواست تجدیدنظر باید *قبل از* ترک بیمارستان و **تا قبل از نیمه شب همان روزی که ترخیص شده اید** با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید.
  - **اگر این مهلت ها را از دست ندهید،** در مدت زمان انتظار برای تصمیم سازمان بهبود کیفیت، ممکن است بتوانید *بعد از* تاریخ ترخیص تعیین‌شده *بدون اینکه برای آن هزینه‌ای پرداخت کنید* در بیمارستان بمانید.
  - **اگر این مهلت را از دست داده اید، با ما تماس بگیرید.** *اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید* و بخواهید بعد از تاریخ ترخیص تعیین‌شده در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم شود همه هزینه‌های مراقبت بیمارستانی که بعد از تاریخ ترخیص دریافت می‌کنید را پرداخت کنید.
- بعد از درخواست بررسی فوری برای ترخیص از بیمارستان، سازمان بهبود کیفیت با ما تماس می گیرد. تا ظهر روز بعد از تماس با ما، یک **اعلامیه ترخیص با جزئیات** در اختیارتان قرار می دهیم. در این اعلامیه تاریخ ترخیص تعیین شده شما اعلام شده است همچنین با جزئیات توضیح داده شده است که چرا پزشک، بیمارستان، و ما به این نتیجه رسیده ایم که ترخیص شما در آن تاریخ (از نظر پزشکی) مناسب و صحیح بوده است.
- یک نمونه از **اعلامیه کامل ترخیص** رامی توانید با تماس با بخش خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 دریافت کنید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید) یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید در وب‌سایت زیر یک اطلاعیه نمونه را ببینید: CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

مرحله 2: سازمان بهبود کیفیت، بررسی مستقل پرونده تان را انجام می دهد.

- متخصصین حوزه سلامت در سازمان بهبود کیفیت (*مسئولین بررسی*) درباره دلیل اینکه فکر می‌کنید پوشش برای خدمات باید ادامه پیدا کند از شما (یا نماینده شما) سؤال می‌کنند. لزومی ندارد مطلبی را به صورت کتبی تهیه کنید ولی در صورت تمایل می‌توانید این کار را انجام دهید.
- مسئولین بررسی پرونده‌های پزشکی شما را بررسی می کنند، با پزشک شما صحبت می‌کنند، و همه اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها توسط ما و بیمارستان را بررسی خواهند کرد.

- تا ظهر روز بعد از اینکه مسئولین بررسی نتیجه تجدیدنظر شما را به ما می‌گویند، اعلامیه ای کتبی دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص تعیین‌شده را به شما می‌دهد. همچنین در این اعلامیه با جزئیات توضیح داده شده است که چرا پزشک، بیمارستان، و ما به این نتیجه رسیده ایم که ترخیص شما در آن تاریخ (از نظر پزشکی) مناسب و صحیح بوده است.

مرحله 3: یک روز کامل بعد از ارائه همه اطلاعات لازم، سازمان بهبود کیفیت پاسخ به درخواست تجدیدنظرتان را ارائه می کند.

اگر پاسخ «مثبت» باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- اگر پاسخ سازمان بازنگری مثبت باشد، **باید همچنان خدمات تحت پوشش بستری را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشند در اختیارتان قرار دهیم.**

- باید همچنان مبلغ تسهیم هزینه (در صورت وجود مبالغی مانند فرانشیز و سهم بیمار) را پرداخت کنید. علاوه بر آن، ممکن است محدودیت هایی درباره پوشش خدمات بیمارستانی وجود داشته باشد.

اگر پاسخ «منفی» باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- اگر پاسخ سازمان بازنگری منفی باشد، یعنی تاریخ ترخیص تعیین‌شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب بوده است. در این صورت، ظهر روز *بعد از* دریافت پاسخ سازمان بهبود کیفیت، **پوشش ما برای خدمات بستری در بیمارستان تمام می شود**.

- اگر پاسخ سازمان بازنگری به تجدیدنظر شما منفی باشد و شما تصمیم بگیرید همچنان در بیمارستان بمانید، **ممکن است لازم باشد خودتان هزینه کامل** خدمات مراقبت بیمارستانی که بعد از ظهر فردای روزی که سازمان بهبود کیفیت پاسخ به تجدیدنظر را ارائه کرده است پرداخت کنید.

مرحله 4: اگر پاسخ به درخواست تجدیدنظر سطح 1 منفی باشد، خودتان تصمیم می گیرید آیا می خواهید درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه کنید یا خیر.

- اگر پاسخ سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد و شما بعد از تاریخ ترخیص تعیین‌شده در بیمارستان بمانید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری را ارائه دهید. ارائه یک تجدیدنظر دیگر به این معنی است که به روند تجدیدنظر **سطح 2** می روید.

بخش 8.3 مرحله به مرحله نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

در طول مراحل اجرای تجدیدنظر سطح 2، از «سازمان بهبود کیفیت» می‌خواهید که دوباره تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر اول شما گرفته است را بررسی کند. اگر سازمان بهبود کیفیت تجدیدنظر سطح 2 شما را قبول نکند، باید هزینه کامل ماندن در بیمارستان بعد از تاریخ ترخیص تعیین‌شده را بپردازید.

مرحله 1:دوباره با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و برای یک بررسی دیگری درخواست کنید.

- باید **در مدت 60 روز** بعد از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت پاسخ منفی به تجدیدنظر سطح 1 شما داده است برای بررسی درخواست کنید. تنها در صورتی می‌توانید این بررسی را درخواست کنید که پس از تاریخ پایان پوشش خدمات درمانی در بیمارستان بمانید.

مرحله 2: سازمان بهبود کیفیت، شرایطتان را برای دومین بار بررسی می کند.

- بررسی کنندگان در «سازمان بهبود کیفیت» به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما دوباره با دقت توجه خواهند کرد.

مرحله 3: در مدت 14 روز پس از دریافت درخواستتان برای تجدیدنظر سطح 2، مسئولین بررسی درباره تجدیدنظرتان تصمیم می گیرند و نتیجه را به شما اعلام می کنند.

اگر پاسخ سازمان بازنگری «مثبت» باشد:

- باید سهممان از هزینه های مراقبت بیمارستانی دریافتی از ظهر روز بعد از تاریخ عدم پذیرش تجدیدنظر اولتان توسط سازمان بهبود کیفیت **به شما بازپرداخت کنیم**. **ما باید به پوشش مراقبت بیماران بستری در بیمارستان برای شما تا وقتی از لحاظ پزشکی ضروری باشد ادامه دهیم.**
- شما باید به پرداخت سهم هزینه‌های خودتان ادامه دهید و محدودیت‌های پوششی ممکن است اعمال شوند.

اگر پاسخ سازمان بازنگری «منفی» باشد:

- یعنی با تصمیمی که در درخواست تجدیدنظر سطح 1 گرفتند موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- در اعلامیه ای که دریافت می‌کنید توضیح داده می شود که اگر می‌خواهید همچنان مراحل بررسی را ادامه دهید باید چه کار کنید.

مرحله 4: اگر پاسخ منفی باشد، لازم است تصمیم بگیرید آیا می خواهید تجدیدنظر را به سطح 3 ببرید یا خیر.

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

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

وقتی خدمات **مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی، و مراقبت توانبخشی (تسهیلات جامع توانبخشی سرپایی)**، تحت پوشش را دریافت می کنید، تا زمانی که برای تشخیص و درمان بیماری یا جراحتتان به این خدمات نیاز داشته باشید، حق دارید همچنان همین نوع خدمات مراقبتی را دریافت کنید.

وقتی تصمیم می گیریم زمان توقف پوشش این 3 نوع خدمات مراقبتی است، ملزم هستیم از قبل به شما اطلاع دهیم. وقتی پوشش شما برای آن خدمات مراقبتی تمام می شود، *ما پرداخت هزینه مراقبت شما را متوقف می کنیم.*

اگر فکر می‌کنید که ما پوشش دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، **می‌توانید درخواست تجدیدنظر تصمیم ما را بدهید**. این بخش نحوه درخواست برای تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

بخش 9.1 ما از قبل به شما خواهیم گفت که چه موقع پوشش شما تمام خواهد شد

اصطلاح حقوقی:

اطلاعیه عدم پوشش Medicare. در این اعلامیه توضیح داده می شود که چطور می توانید برای **پیگیری سریع درخواست تجدیدنظر** درخواست دهید. پیگیری سریع درخواست تجدیدنظر نوعی درخواست رسمی و قانونی برای تغییر در تصمیم پوشش‌دهی ما درباره زمان توقف ارائه خدمات مراقبتی است.

1. یک اعلامیه کتبی را حداقل 2 روز تقویمی قبل از اینکه طرح بخواهد پوشش خدمات مراقبتی را متوقف کند دریافت می کنید. محتوای این اعلامیه:
   - تاریخی که پوشش خدمات مراقبتی شما را متوقف خواهیم کرد.
   - نحوه درخواست برای تجدیدنظر با پیگیری سریع برای اینکه از ما بخواهید خدمات مراقبتی تان را برای مدتی طولانی تر پوشش دهیم.
2. **از شما یا هر فرد دیگری که از طرف شما اقدام می کند خواسته می شود اعلامیه کتبی را امضا کنید تا مشخص شود که آن را دریافت کرده اید.** امضای اعلامیه *فقط* نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به زمان توقف پوشش دهی را دریافت کرده اید. **امضای آن به این معنی نیست که با تصمیم** طرح در توقف ارائه خدمات مراقبتی موافق هستید.

بخش 9.2 نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1 برای درخواست از طرح ما برای پوشش خدمات مراقبتی برای مدتی طولانی تر

اگر می خواهید از ما درخواستن کنید مراقبتتان را برای مدتی طولانی تر پوشش دهیم، باید از روند تجدیدنظر برای ارائه این درخواست استفاده کنید. قبل از شروع درخواست تجدیدنظر خود، با آنچه باید انجام دهید و مهلت‌های مربوطه آشنا شوید.

- **مراحل موجود را دنبال کنید.**
- **مهلت‌ها را رعایت کنید**
- **در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید.** اگر سؤالی دارید یا نیاز به کمک دارید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند). یا برای دریافت کمک شخصی‌سازی‌شده، با برنامه کمک بیمه سلامت ایالتی (SHIP) تماس بگیرید. اطلاعات تماس SHIP در فصل 2 بخش 3 موجود است.

در درخواست تجدیدنظر سطح 1، درخواستتان توسط سازمان بهبود کیفیت بررسی می شود. این سازمان درباره تاریخ پایان خدمات مراقبتی مناسب از نظر پزشکی تصمیم گیری می کند. **سازمان بهبود کیفیت** شامل گروهی از پزشکان و سایر کارشناسان مراقبت درمانی می‌شود که تحت استخدام دولت فدرال هستند تا مراقبت ارائه‌شده به بیماران دارای Medicare را کنترل بررسی کنند و بهبود ببخشند. این حالت شامل بررسی تصمیم‌های طرح درباره زمان مناسب برای توقف پوشش برخی انواع مراقبت‌های پزشکی نیز می‌شود. این متخصصان بخشی از طرح ما نیستند.

سطح 1: ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1: با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و پیگیری سریع درخواست تجدیدنظر را درخواست کنید. باید سریع عمل کنید.

چطور می توانید با این سازمان تماس بگیرید؟

- اعلامیه کتبی که دریافت کرده‌اید (*اعلامیه عدم پوشش Medicare*) نحوه تماس با این سازمان را به شما اطلاع می‌دهد. (یا می توانید نام، آدرس، و شماره تلفن سازمان بهبود کیفیت ایالتتان را در فصل 2 پیدا کنید.)

به سرعت عمل کنید:

- برای شروع درخواست تجدیدنظر باید **تا ظهر روز قبل از تاریخ اعمال** که در *اطلاعیه عدم پوشش Medicare* عنوان شده است با «سازمان بهبود کیفیت» تماس بگیرید.
- اگر مهلت را از دست داده اید و می خواهید درخواست تجدید نظر کنید، باز هم حق ارائه درخواست تجدید نظر دارید. با استفاده از اطلاعات تماس درج‌شده در «اعلامیه عدم پوشش Medicare»، با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید. می توانید نام، آدرس، و شماره تلفن سازمان بهبود کیفیت ایالتتان را در فصل 2 نیز پیدا کنید.

مرحله 2: سازمان بهبود کیفیت، بررسی مستقل پرونده تان را انجام می دهد.

اصطلاح حقوقی:

توضیح دقیق عدم پوشش دهی اعلامیه ای حاوی جزئیات دقیق درباره دلایل پایان دادن پوشش دهی.

در طول این بررسی چه اتفاقی می‌افتد؟

- متخصصین حوزه سلامت در سازمان بهبود کیفیت (مسئولین بررسی) درباره دلیل اینکه فکر می‌کنید پوشش برای خدمات باید ادامه پیدا کند، از شما (یا نماینده شما) سؤال می‌کنند. لزومی ندارد مطلبی را به صورت کتبی تهیه کنید ولی در صورت تمایل می‌توانید این کار را انجام دهید.
- همچنین سازمان بازنگری، اطلاعات پزشکی شما را بررسی می کند، با پزشک شما صحبت می‌کند، و همه اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها توسط طرح ما را بررسی خواهد کرد.
- در پایان روزی که مسئولین بررسی درباره درخواست تجدیدنظرتان به ما اطلاع می دهند، *توضیح دقیق عدم پوشش دهی* را از ما دریافت می کنید که حاوی دلایل ما برای پایان دادن پوشش خدمات شما است.

مرحله 3: در مدت یک روز کامل بعد از اینکه مسئولین بررسی همه اطلاعات لازم را دریافت کردند، تصمیمشان را به شما اطلاع می دهند.

اگر پاسخ مسئولین بررسی «مثبت» باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- اگر مسئولین بررسی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ «مثبت» بدهند، **ما باید به ارائه خدمات تحت پوشش شما تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشند ادامه دهیم**.
- باید همچنان مبلغ تسهیم هزینه (در صورت وجود مبالغی مانند فرانشیز و سهم بیمار) را پرداخت کنید. ممکن است محدودیت هایی درباره خدمات تحت پوشش وجود داشته باشد.

اگر پاسخ مسئولین بررسی «منفی» باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- اگر پاسخ مسئولین بررسی به درخواست تجدیدنظر شما «منفی» *باشد*، **پوشش شما را در تاریخی که به شما اطلاع داده ایم تمام می کنیم.**

- اگر تصمیم بگیرید که به دریافت مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاران باتجربه، یا تسهیلات جامع توانبخشی سرپایی (CORF) *بعد از* تاریخی که پوشش شما تمام می شود ادامه دهید، باید **خودتان هزینه کامل این مراقبت ها را پرداخت کنید**.

مرحله 4: اگر پاسخ به درخواست تجدیدنظر سطح 1 منفی باشد، خودتان تصمیم می گیرید آیا می خواهید درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه کنید یا خیر.

- اگر مسئولین بررسی به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی بدهد – **و** شما تصمیم بگیرید که به دریافت خدمات بعد از پایان پوشش دهی ادامه دهید – می‌توانید تجدیدنظر سطح 2 را درخواست کنید.

بخش 9.3 نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای درخواست از طرح ما برای پوشش خدمات مراقبتی برای مدتی طولانی تر

در طول مراحل اجرای تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که دوباره تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر اول شما گرفته است را بررسی کند. اگر سازمان بهبود کیفیت تجدیدنظر سطح 2 شما را رد کند، ممکن است لازم باشد کل هزینه مراقبت درمانی خانگی، مراقبت در مرکز پرستاران باتجربه، یا خدمات مرکز تسهیلات جامع توانبخشی سرپایی (CORF) را *بعد از* تاریخی که گفتیم پوشش شما تمام می شود بپردازید.

مرحله 1:دوباره با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و برای یک بررسی دیگری درخواست کنید.

- باید **در مدت 60 روز** بعد از تاریخی که در آن سازمان بهبود کیفیت پاسخ منفی به تجدیدنظر سطح 1 شما داده است برای بررسی درخواست کنید. تنها در صورتی می‌توانید برای این بررسی درخواست کنید که بعد از تاریخی که پوشش شما برای مراقبت خاتمه پیدا کرده به دریافت مراقبت ادامه داده باشید.

مرحله 2: سازمان بهبود کیفیت، شرایطتان را برای دومین بار بررسی می کند.

- بررسی کنندگان در «سازمان بهبود کیفیت» به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما دوباره با دقت توجه خواهند کرد.

مرحله 3: در مدت 14 روز پس از دریافت درخواستتان برای تجدیدنظر، مسئولین بررسی درباره تجدیدنظرتان تصمیم می گیرند و نتیجه را به شما اعلام می کنند.

اگر پاسخ سازمان بازنگری «مثبت» باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- ما باید **سهم هزینه‌های خود را برای مراقبتی که از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می‌کند دریافت کردید بازپرداخت کنیم.** تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشد **ما همچنان پوشش دهی خدمات مراقبتی را ادامه می‌دهیم.**

- باید سهم خودتان از هزینه ها را پرداخت کنید و ممکن است محدودیت هایی نیز اعمال شود.

اگر پاسخ سازمان بررسی «منفی» باشد چه اتفاقی میافتد؟

- یعنی با تصمیمی که در درخواست تجدیدنظر سطح 1 گرفتند موافق هستند.

- در اعلامیه ای که دریافت می‌کنید توضیح داده می شود که اگر می‌خواهید همچنان مراحل بررسی را ادامه دهید باید چه کار کنید. در این نامه جزئیات مربوط به چگونگی ادامه به سطح بعدی تجدیدنظر که توسط قاضی حقوق اداری یا وکیل رسیدگی می‌شود توضیح داده شده است.

مرحله 4: اگر پاسخ منفی باشد، لازم است تصمیم بگیرید آیا می خواهید تجدیدنظر را به سطح بعدی ببرید یا خیر.

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

بخش 10 انتقال تجدیدنظر به سطح 3، 4 و 5

بخش 10.1 تجدیدنظرهای سطح 3، 4، و 5 برای درخواست خدمات پزشکی

این بخش ممکن است برای شما مناسب باشد اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 کرده‌اید و هر دو درخواست شما رد شده است.

اگر ارزش دلاری اقلام یا خدمات پزشکی درخواستی شما در تجدیدنظر به مقدار حداقل خاص مشخص شده برسد، ممکن است بتوانید به سایر سطوح تجدیدنظر بروید. اگر مبلغ دلاری کمتر از مقدار حداقل است، نمی‌توانید به تجدیدنظر ادامه دهید. در پاسخ کتبی دریافتی برای تجدیدنظر سطح 2 درباره نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3 توضیح داده شده است.

در اکثر موارد در ارتباط با تجدیدنظرها، 3 سطح آخر عملکردی تقریباً مشابه 2 فصل اول دارند. یعنی مسئول بررسی تجدیدنظر در هرکدام از این سطوح یکسان است.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل که برای دولت فدرال کار می‌کند تجدیدنظرتان را بررسی می‌کنند و پاسخ می‌دهند.

- **اگر قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل به تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد، ممکن است روند تجدیدنظرتان *تمام شود یا ادامه پیدا کند.*** برخلاف تصمیمی که در تجدیدنظر سطح 2 گرفته می شود، ما حق داریم برای تصمیم اتخاذ شده در سطح 3 که به نفع شما است درخواست تجدیدنظر بدهیم. اگر تصمیم بگیریم تجدیدنظر درخواست کنیم، به تجدیدنظر سطح 4 می رویم.
  - اگر تصمیم گرفتیم که این تصمیم را مورد تجدیدنظر *قرار ندهیم*، باید در مدت 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، خدمات مراقبت پزشکی را تأیید کنیم یا به شما ارائه 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 مراقبت پزشکی مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.
- **اگر قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل به تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند تجدیدنظرتان *تمام شود یا ادامه پیدا کند.***

- اگر تصمیمی که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است، بپذیرید، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر نمی خواهید این تصمیم را بپذیرید، می توانید به سطح بعدی روند تجدیدنظر بروید. در اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید توضیح داده می‌شود برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظرخواهی Medicare (شورا) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی خواهد کرد و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

- **اگر پاسخ مثبت باشد یا اگر شورا درخواست ما برای بررسی تصمیم تجدیدنظر سطح 3 که به نفع شما بوده است را نپذیرد، روند تجدید نظر *ممکن است تمام شود یا ممکن است ادامه یابد*** . برخلاف تصمیمی که در تجدیدنظر سطح 2 گرفته می شود، ما حق داریم برای تصمیم اتخاذ شده در سطح 4 که به نفع شما است درخواست تجدیدنظر بدهیم. ما تصمیم می گیریم آیا تجدیدنظر برای بررسی این تصمیم را به سطح 5 ببریم یا خیر.
  - اگر بخواهیم تصمیم را مورد تجدیدنظر قرار ندهیم، باید در مدت 60 روز پس از دریافت تصمیم شورا به شما مجوز خدمات مراقبت پزشکی را بدهیم یا خدمات را به شما ارائه دهیم.
  - اگر بخواهیم این تصمیم را مورد تجدیدنظر قرار دهیم، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد.
- **اگر پاسخ منفی باشد یا اگر شورا درخواست را مورد بررسی قرار بدهد، روند تجدید نظر *ممکن است تمام شود یا ممکن است* ادامه یابد.**
  - اگر بخواهید این تصمیم را که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است بپذیرید، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
  - اگر نمیخواهید این تصمیم را بپذیرید، ممکن است بتوانید به سطح بعدی روند بررسی بروید. اگر پاسخ شورا به تجدیدنظر شما منفی باشد، در اعلامیه کتبی که دریافت می کنید توضیح داده می شود آیا براساس قوانین اجازه دارید به تجدیدنظر سطح 5 بروید، و نحوه ادامه به تجدیدنظر سطح 5 نیز گفته می شود.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

یک قاضی در **دادگاه منطقه‌ای فدرال** درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند.

- یک قاضی همه اطلاعات را بررسی میکند و تصمیم میگیرد درخواستتان را بپذیرد یا رد کند. این پاسخ نهایی است. هیچ مرحله تجدیدنظر دیگری بعد از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

بخش 10.2 درخواست های تجدیدنظر در سطوح 3، 4 و 5 برای داروهای قسمت D

این بخش ممکن است برای شما مناسب باشد اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 کرده‌اید و هر دو درخواست شما رد شده است.

اگر ارزش دارویی که درخواست تجدیدنظر دادید به مقدار دلاری مشخصی برسد، ممکن است بتوانید به سطوح دیگر درخواست تجدیدنظر بروید. اگر مبلغ دلاری کمتر باشد، نمی‌توانید به تجدیدنظر ادامه دهید. در پاسخ کتبی دریافتی برای تجدیدنظر سطح 2 درباره نحوه تماس و اینکه برای درخواست تجدیدنظر سطح 3 باید چه کار کنید توضیح داده شده است.

در اکثر موارد در ارتباط با تجدیدنظرها، 3 سطح آخر عملکردی تقریباً مشابه 2 فصل اول دارند. یعنی مسئول بررسی تجدیدنظر در هرکدام از این سطوح یکسان است.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل که برای دولت فدرال کار می‌کند تجدیدنظرتان را بررسی می‌کنند و پاسخ می‌دهند.

- **اگر پاسخ مثبت باشد، روند تجدیدنظر تمام شده است.** ما باید **در مدت 72 ساعت (یا 24 ساعت برای تجدیدنظرهای فوری)، پوشش دارویی تأیید شده توسط قاضی حقوق اداری** یا قاضی وکیل را **تأیید کنیم یا ارائه کنیم، یا حداکثر تا 30 روز** پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.
- **اگر قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل به تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند تجدیدنظرتان *تمام شود* یا ادامه پیدا کند.**
  - اگر بخواهید این تصمیم را که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است بپذیرید، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
  - اگر نمی خواهید این تصمیم را بپذیرید، می توانید به سطح بعدی روند تجدیدنظر بروید. در اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید توضیح داده می‌شود برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظرخواهی Medicare (شورا) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی خواهد کرد و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

- **اگر پاسخ مثبت باشد، روند تجدیدنظر تمام شده است.** ما باید **در مدت 72 ساعت (یا 24 ساعت برای تجدیدنظرهای فوری)، پوشش دارویی تأیید شده توسط شورا را** تأیید کنیم یا ارائه کنیم، **یا حداکثر تا 30 روز پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.**
- **اگر پاسخ منفی باشد یا اگر شورا درخواست را مورد بررسی قرار بدهد، روند تجدید نظر *ممکن است تمام شود* یا *ممکن است* ادامه یابد.**
  - اگر بخواهید این تصمیم را که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است بپذیرید، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
  - اگر نمیخواهید این تصمیم را بپذیرید، ممکن است بتوانید به سطح بعدی روند بررسی بروید. اگر پاسخ شورا به تجدیدنظر شما منفی باشد، در اعلامیه کتبی که دریافت می کنید توضیح داده می شود آیا براساس قوانین اجازه دارید به تجدیدنظر سطح 5 بروید، و نحوه ادامه به تجدیدنظر سطح 5 نیز گفته می شود.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

یک قاضی در **دادگاه منطقه‌ای فدرال** درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند.

- یک قاضی همه اطلاعات را بررسی میکند و تصمیم میگیرد درخواستتان را *بپذیرد* یا رد کند. این پاسخ نهایی است. هیچ مرحله تجدیدنظر دیگری بعد از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

شکایت کردن

بخش 11 نحوه ارسال شکایت درباره کیفیت مراقبت، زمان انتظار، خدمات مشتری، و سایر نگرانی‌ها

بخش 11.1 چه مشکلاتی در روند رسیدگی به شکایت ها مورد بررسی قرار می گیرند؟

روند رسیدگی به شکایتها *فقط* برای انواع خاصی از مشکلات است. این موارد شامل مشکلات مرتبط با کیفیت مراقبت، زمان انتظار، و خدمات مشتری است. در این‌جا چند نمونه از انواع مشکلاتی که در روند رسیدگی به شکایتها بررسی می‌شوند عنوان شده است.

شکایت	مثال
کیفیت خدمات مراقبت پزشکی شما	• آیا از کیفیت مراقبتی که دریافت کرده اید رضایت دارید (شامل مراقبت در بیمارستان)؟
احترام به حریم خصوصی شما	• آیا کسی حقوق مربوط به حریم خصوصی شما را نقض کرد یا اطلاعات محرمانه را در اختیار دیگران قرار داد؟
بی‌احترامی، خدمات ضعیف به مشتری یا سایر رفتارهای منفی	• آیا کسی با شما رفتار نامحترمانه و خشنی داشت؟ • از خدمات اعضا رضایت خاطر دارید؟ • احساس میکنید شما را ترغیب به خروج از طرح کرده اند؟
زمان‌های انتظار	• اگر برای گرفتن وقت ملالات مشکل داشتید، یا مدت زمان زیادی در انتظار بودید؟ • آیا پزشکان، داروسازها، یا سایر متخصصین حوزه سلامت مدت زیادی شما را منتظر گذاشتند؟ یا پرسنل خدمات اعضا یا سایر پرسنل در طرح شما را زیاد منتظر گذاشتند؟ ○ چند مثال عبارتند از مدت زمان انتظار بسیار طولانی در تماس تلفنی، در اتاق انتظار یا اتاق معاینات، یا در هنگام دریافت نسخه.
بهداشت و تمیزی	• آیا از بهداشت و تمیزی یا شرایط کلینیک، بیمارستان، یا مطب پزشک رضایت داشتید؟

شکایت	مثال
اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید	• آیا نتوانستیم اعلامیه‌های لازم را در اختیارتان قرار دهیم؟ • اطلاعیه‌های کتبی را به سختی متوجه شدید؟
به موقع بودن (این نوع شکایت‌ها همگی درباره *به موقع بودن* اقدامات ما در رابطه با تصمیم پوشش‌دهی و تجدیدنظر است)	اگر برای تصمیم پوشش‌دهی یا تجدیدنظر درخواست کرده‌اید و فکر میکنید با سرعت کافی به شما پاسخ نداده‌ایم، می توانید به خاطر کندی کار ما شکایت کنید. در اینجا چند مثال آورده شده است: • اگر برای *تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن* یا *تجدیدنظر سریع* درخواست کرده اید و ما پاسخ منفی داده ایم می توانید شکایت کنید. • اگر فکر می کنید ما مهلت های لازم برای تصمیم ها یا تجدیدنظرهای مربوط به طرح را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. • اگر فکر می کنید مهلت های لازم برای پوشش دهی یا بازپرداخت بعضی اقلام یا خدمات خاص پزشکی را که قبلاً تأیید کرده بودیم رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. • اگر فکر میکنید مهلتهای لازم برای ارائه پروندهتان به سازمان بازنگری مستقل را رعایت نکردهایم، میتوانید شکایت کنید.

بخش 11.2 نحوه ارائه شکایت

اصطلاحات حقوقی

به **شکایت**، **نارضایتی** نیز گفته می شود.

ارسال شکایت با عنوان ثبت شکایت‌نامه نیز خوانده می‌شود.

«**استفاده از روند برای شکایت**»با عنوان «**استفاده از روند برای ثبت شکایت‌نامه**» نیز شناخته می شود.

شکایت سریع با عنوان **تسریع شکایت‌نامه نیز خوانده می‌شود.**

مرحله 1: فوراً از طریق تلفن یا به صورت کتبی با ما تماس بگیرید.

- **معمولاً اولین مرحله این است که با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711) تماس بگیرید.** اگر لازم باشد کار دیگری انجام دهید، خدمات اعضا به شما خواهد گفت.

- **اگر نمی خواهید تماس تلفنی داشته باشید (یا اگر تماس گرفته اید اما راضی نبودید)، می توانید شکایتتان را به صورت کتبی برای ما ارسال کنید.** اگر شکایت خود را به‌صورت کتبی بفرستید، ما به شکایت شما به‌صورت کتبی پاسخ خواهیم داد.
- **اگر نتوانیم شکایتتان را به صورت تلفنی حل و فصل کنیم، روندی رسمی برای بررسی شکایتتان داریم. به این کار، روند اعلام نارضایتی گفته می شود.** برای شکایت کردن یا اگر سؤالی درباره این روند دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. یا می توانید نامه کتبی تان را به آدرس موجود در قسمت «*شکایت درباره خدمات مراقبت پزشکی*» یا «*شکایت درباره به داروهای تجویزی قسمت D*» در فصل 2 این دفترچه ارسال کنید.
  - اگر برای پاسخ کتبی درخواست دهید، اگر شکایتتان را به صورت کتبی (شکایت‌نامه) ارسال کنید یا اگر شکایتتان در ارتباط با کیفیت مراقبت باشد، پاسخ را به صورت کتبی برایتان ارسال می‌کنیم.
  - باید شکایتتان را در مدت 60 روز بعد از بروز رویداد مربوطه ارائه کنید. می توانید شکایت را به صورت رسمی و کتبی به آدرس موجود در قسمت «*شکایت درباره خدمات مراقبت پزشکی*» یا «*شکایت درباره به داروهای تجویزی قسمت D*» در فصل 2 این دفترچه ارسال کنید.
  - ما باید تصمیم خود را در مورد شکایت شما هرچه زودتر و براساس وضعیت سلامتی شما ولی در کمتر از 30 روز از تاریخ دریافت شکایت، به شما اطلاع دهیم. اگر درخواست تمدید فرصت داشته باشید یا اگر ما به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم و این تأخیر به نفع خودتان باشد، میتوانید چارچوب زمانی را تا 14 روز تمدید کنیم.
  - شما در موارد خاص حق دارید برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید. به این حالت «روند تسریع شکایت‌نامه» گفته 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 قسمت D قبول نکنیم.
    - ما درخواست شما را برای بررسی سریع تجدیدنظر خدمات یا داروهای قسمت 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.
- میتوانید این نوع شکایت را از طریق تلفن با تماس با خدمات اعضا ارائه کنید. همچنین می توانید شکایت را به صورت کتبی به آدرس موجود در قسمت «*شکایت درباره خدمات مراقبت پزشکی*» یا «*شکایت درباره به داروهای تجویزی قسمت D*» در فصل 2 این دفترچه ارسال کنید. بعد از دریافت درخواست تسریع شکایت‌نامه، یک کارور بالینی پروندهتان را بررسی می کند تا دلایل عدم پذیرش درخواستتان برای بررسی سریع را مشخص و بررسی کند آیا تمدید زمان پرونده کار مناسبی بوده است. ما به صورت کتبی و شفاهی در مدت 24 ساعت بعد از دریافت شکایت‌تان درباره تصمیم اتخاذ شده به شما اطلاع میدهیم.
- **مهلت** (فرصت زمانی) برای ارسال شکایت 60 روز از تاریخی است که مشکل مورد نظر که باعث شکایتتان شده است برایتان روی داده است.

مرحله 2: ما به شکایت شما رسیدگی می‌کنیم و به شما پاسخ می‌دهیم.

- **اگر امکان داشته باشد فورا 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.
- **به اکثر شکایت‌ها در مدت 30 روز پاسخ داده میشود.** اگر به فرصت بیشتری نیاز داشته باشیم و این تأخیر نیز به نفع خودتان باشد، یا اگر خودتان مدت زمان بیشتری را تقاضا کنید، ما **می توانیم حداکثر 14 روز دیرتر** (در کل بعد از 44 روز) به شکایتتان پاسخ دهیم. اگر بخواهیم روزهای بیشتری برای تصمیم گیری وقت بگذاریم، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد.
- **اگر به این دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای « تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن» یا «تجدیدنظر سریع» قبول نکردیم، ما به طور خودکار برایتان روند «شکایت سریع» را اجرا می کنیم.** اگر شکایت سریع داشته باشید به این معنی است که در مدت زمان **24 ساعت به شما پاسخ خواهیم داد**.
- اگر با بخشی یا با کل شکایت‌تان **موافق نباشیم** یا اگر مسئولیت مورد شکایت‌تان را نپذیریم، دلایلمان را در پاسخی که به شما میدهیم عنوان می‌کنیم.

بخش 11.3 می توانید شکایت های مربوط به کیفیت مراقبت را به سازمان بهبود کیفیت نیز ارائه کنید

وقتی شکایت‌تان در مورد کیفیت *مراقبت* است، 2 گزینه در اختیار دارید:

- **می‌توانید شکایت خود را مستقیماً به سازمان بهبود کیفیت ارائه دهید.** سازمان بهبود کیفیت شامل گروهی از پزشکان شاغل و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌شود که تحت استخدام دولت فدرال هستند تا مراقبت ارائه‌شده به بیماران Medicare را کنترل کنند و بهبود ببخشند. اطلاعات تماس در فصل 2 آورده شده است.

یا

- **می‌توانید شکایت خود را همزمان با سازمان بهبود کیفیت و طرح ما مطرح کنید.**

بخش 11.4 می‌توانید درباره شکایت‌تان به Medicare نیز اطلاع دهید

می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما مستقیماً به Medicare ارسال کنید. برای ارسال شکایت برای Medicare، به این وب‌سایت مراجعه کنید: Medicare.gov/my/medicare-complaint. همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

مشکلات مربوط به مزایای California Medi-Cal (Medicaid) شما

بخش 12 رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای California Medi-Cal (Medicaid)

اگر فکر می کنید خدمات یا پرداخت هزینه خدماتی که تحت پوشش California Medi-Cal (Medicaid) هستند به اشتباه برای شما لغو شده است، حق دارید از California Medi-Cal (Medicaid) درخواست کنید تصمیم ما را مورد تجدیدنظر قرار دهد.

طرح ما به شما کمک می کند تا در صورت نیاز فرم ها را پیدا کنید. برای کمک های دیگر مانند بررسی مزایای California Medi-Cal (Medicaid) و / یا رسیدگی به سؤالات، شکایات و / یا درخواست های درخواست، لطفاً با دفتر ایالتی Medicaid خودتان تماس بگیرید. اطلاعات تماس در فصل 2، بخش 6 ارائه شده است.

برای ثبت شکایت‌نامه (اعلام نارضایتی) درباره خدمات California Medi-Cal (Medicaid) یا درخواست تجدیدنظر، با Medicaid تماس بگیرید. اطلاعات تماس در فصل 2، بخش 6 ارائه شده است.

فصل 10:
پایان دادن به عضویت در طرح ما

بخش 1 پایان دادن به عضویتتان در طرح ما

پایان دادن به عضویت شما در Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ممکن است **اختیاری** (به انتخاب خودتان) یا **اجباری** (بدون انتخاب شما) باشد:

- ممکن است به این دلیل از طرح ما خارج شوید که خودتان تصمیم به خروج گرفته‌اید. بخش‌های 2 و 3 اطلاعاتی درباره پایان دادن داوطلبانه به عضویت شما ارائه می‌کنند.
- همچنین شرایط محدودی وجود دارد که در آن‌ها ما ملزم به پایان دادن به عضویت شما هستیم. در بخش 5 درباره شرایطی که ما باید عضویت‌تان را لغو کنیم توضیح داده‌ایم.

اگر از طرح ما خارج می‌شوید، طرح ما باید تا زمان پایان عضویت شما همچنان مراقبت پزشکی و داروهای تجویزی شما را ارائه دهد و شما نیز باید همچنان مبلغ تسهیم هزینه خود را پرداخت کنید.

بخش 2 چه زمانی می‌توانید به عضویت‌تان در طرح ما خاتمه دهید؟

بخش 2.1

ممکن است بتوانید به دلیل داشتن Medicare و Medicaid به عضویت خود در طرح ما پایان دهید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند فقط در زمان‌های خاصی از سال عضویت خود را پایان دهند. از آنجا که شما Medicaid دارید، می‌توانید با انتخاب یکی از گزینه‌های Medicare زیر، در هر ماه از سال به عضویت خود در طرح ما پایان دهید:

- طرح Original Medicare با طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی
- در صورت واجدشرایط بودن، یک D-SNP یکپارچه که مزایا و خدمات Medicare و بیشتر یا تمام مزایا و خدمات Medicaid شما را در یک طرح ارائه می‌کند

توجه: اگر از پوشش داروی تجویزی Medicare خارج شوید، دیگر کمک اضافی دریافت نکنید، و به مدت 63 روز متوالی یا بیشتر بدون پوشش معتبر دارویی باشید، در صورت پیوستن بعدی به یک طرح داروی Medicare ممکن است مجبور شوید جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D را پرداخت کنید. اگر کمک اضافی دریافت می‌کنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر اینکه از ثبت‌نام خودکار انصراف داده باشید.

- با دفتر Medicaid ایالتی خودتان به شماره 1-800-541-5555 تماس بگیرید، کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید تا از گزینه های برنامه Medicaid خود مطلع شوید.

- سایر گزینه های طرح سلامت Medicare در طول **دوره ثبت نام آزاد** در دسترس هستند. بخش 2.2 اطلاعات بیشتری درباره دوره ثبت‌نام سالانه ارائه می‌دهد.
- **عضویت شما معمولاً در اولین روز ماه پس از دریافت درخواست شما برای تغییر طرح، پایان می‌یابد.** ثبت‌نامتان در طرح جدید نیز به منزله شروع این روز است.

بخش 2.2 شما می‌توانید در طول دوره ثبت‌نام سالانه به عضویت خود در طرح پایان دهید

شما می توانید عضویتتان را در طول **دوره ثبت نام آزاد** هر سال به پایان برسانید. در این مدت پوشش‌دهی سلامت و داروهایتان را در نظر داشته باشید و تصمیم بگیرید برای سال بعد از کدام پوشش طرح استفاده کنید.

- **دوره ثبت‌نام آزاد** از **15 اکتبر تا 7 دسامبر**است.
- **خودتان انتخاب کنید پوشش فعلی را حفظ کنید یا تغییراتی را برای سال آینده در پوشش طرح ایجاد کنید.** اگر تصمیم بگیرید به یک طرح جدید تغییر دهید، می‌توانید هر یک از انواع پوشش زیر را انتخاب کنید:
  - یک طرح سلامت Medicare دیگر، با یا بدون پوشش دارویی.
  - Original Medicare *با* یک طرح جداگانه داروی تجویزی Medicare
  - Original Medicare *بدون* یک طرح جداگانه داروی تجویزی Medicare.
  - در صورت واجدشرایط بودن، یک D-SNP یکپارچه که مزایا و خدمات Medicare و بیشتر یا تمام مزایا و خدمات Medicaid شما را در یک طرح ارائه می‌کند.

شما برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی خود از Medicare کمک اضافی دریافت می‌کنید: اگر به Original Medicare تغییر دهید و در یک طرح جداگانه داروی تجویزی Medicare ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر اینکه از ثبت‌نام خودکار انصراف داده باشید.

توجه: اگر از پوشش داروی تجویزی Medicare خارج شوید، دیگر کمک اضافی دریافت نکنید و به مدت 63 روز یا بیشتر به‌طور متوالی بدون پوشش معتبر دارویی باشید، در صورت پیوستن بعدی به یک طرح داروی Medicare ممکن است مجبور به پرداخت جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D شوید.

- **عضویت شما در طرح ما** زمانی پایان می‌یابد که پوشش طرح جدید شما در 1 ژانویه آغاز شود.

بخش 2.3 می توانید عضویتتان را در طول دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage پایان دهید

شما می‌توانید یک تغییر در پوشش سلامت خود در طول **دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** هر سال ایجاد کنید.

- **دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** از 1 ژانویه تا 31 مارس است و همچنین برای ذی‌نفعان جدید Medicare که در یک طرح MA ثبت‌نام شده‌اند، از ماه واجدشرایط شدن برای قسمت A و قسمت B تا آخرین روز سومین ماه واجدشرایط بودن ادامه دارد.
- **در طول دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** می‌توانید:

- به یک طرح Medicare Advantage دیگر با یا بدون پوشش دارویی تغییر دهید.
- از طرح ما خارج شوید و پوشش را از طریق Original Medicare دریافت کنید. اگر در این دوره به Original Medicare تغییر دهید، می‌توانید هم‌زمان به یک طرح جداگانه داروی Medicare نیز ملحق شوید.

- **عضویت شما** در اولین روز ماه پس از ثبت‌نام در یک طرح Medicare Advantage دیگر، یا پس از دریافت درخواست شما برای تغییر به Original Medicare، پایان می‌یابد. اگر همچنین تصمیم بگیرید در یک طرح داروی Medicare ثبت‌نام کنید، عضویت شما در طرح دارویی از اولین روز ماه پس از دریافت درخواست ثبت‌نام شما توسط طرح دارویی آغاز می‌شود.

بخش 2.4 در بعضی شرایط خاص می توانید عضویتتان را در طول دوره ثبت‌نام ویژه لغو کنید

در بعضی شرایط خاص ممکن است واجد شرایط باشید که عضویتتان را در زمان های دیگری از سال لغو کنید. به این حالت **دوره ثبت نام ویژه** گفته می‌شود.

اگر هرکدام از شرایط زیر درباره شما صدق کند **ممکن است واجد شرایط باشید عضویتتان را در طول دوره ثبت‌نام ویژه لغو کنید**. اینها فقط چند مثال هستند. برای دریافت فهرست کامل، می‌توانید با طرح ما تماس بگیرید، با Medicare تماس بگیرید یا به وب‌سایت Medicare.gov مراجعه کنید.

- معمولا وقتی حرکت می کنید
- اگر California Medi-Cal (Medicaid) داشته باشید
- اگر برای دریافت کمک اضافی جهت پرداخت هزینه پوشش دارویی Medicare واجدشرایط هستید
- اگر قراردادمان را با شما نقض کنیم
- اگر در یک مؤسسه، مانند خانه سالمندان یا بیمارستان مراقبت طولانی‌مدت (LTC)، خدمات مراقبتی دریافت می‌کنید
- اگر در برنامه مراقبت جامع سالمندان (PACE) ثبت‌نام کنید
- **توجه:** اگر در یک برنامه مدیریت دارو هستید، ممکن است فقط واجد شرایط دوره های خاص ثبت نام باشید. در فصل 5، بخش 10 درباره برنامه های مدیریت دارویی بیشتر توضیح داده شده است.
- **توجه:** در بخش 2.1 درباره دوره ثبت‌نام ویژه برای افرادی که Medicaid دارند بیشتر توضیح داده شده است.

دوره‌های زمانی ثبت‌نام بسته به شرایط شما متفاوت است.

برای اطلاع از این‌که آیا واجدشرایط دوره ثبت‌نام ویژه هستید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به دلیل یک شرایط خاص واجدشرایط پایان دادن به عضویتتان هستید، می‌توانید هم پوشش سلامت Medicare و هم پوشش داروی تجویزی خود را تغییر دهید. می‌توانید موارد زیر را انتخاب کنید:

- یک طرح سلامت Medicare دیگر، با یا بدون پوشش داروی تجویزی،
- Original Medicare *با* یک طرح جداگانه داروی تجویزی Medicare،
- Original Medicare *بدون* یک طرح جداگانه داروی تجویزی Medicare.

- در صورت واجدشرایط بودن، یک D-SNP یکپارچه که مزایا و خدمات Medicare و بیشتر یا تمام مزایا و خدمات Medicaid شما را در یک طرح ارائه می‌کند.

توجه: اگر از پوشش داروی تجویزی Medicare خارج شوید، دیگر کمک اضافی دریافت نکنید و به مدت 63 روز یا بیشتر به‌طور متوالی بدون پوشش معتبر دارویی باشید، در صورت پیوستن بعدی به یک طرح داروی Medicare ممکن است مجبور به پرداخت جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D شوید.

اگر برای پرداخت هزینه داروهای تحت پوشش خود از Medicare «کمک اضافی» دریافت می‌کنید: اگر به Original Medicare تغییر دهید و در یک طرح جداگانه داروی تجویزی Medicare ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر این‌که از ثبت‌نام خودکار انصراف دهید.

عضویت شما معمولاً در اولین روز ماه پس از دریافت درخواست شما برای تغییر طرح پایان می‌یابد.

توجه: بخش‌های 2.1 و 2.2 اطلاعات بیشتری درباره دوره ثبت‌نام ویژه برای افراد دارای Medicaid و کمک اضافی ارائه می‌کنند.

بخش 2.5 اطلاعات بیشتر درباره زمان‌هایی که می‌توانید عضویت خود را پایان دهید

اگر درباره پایان دادن به عضویت خود سؤال دارید، می‌توانید:

- **با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید.**
- اطلاعات را در دفترچه ***Medicare و شما در سال 2027*** پیدا کنید
- از طریق شماره1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با **Medicare** تماس بگیرید (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند)

بخش 3 نحوه پایان دادن به عضویتتان در طرح ما

جدول زیر توضیح می‌دهد چگونه می‌توانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید.

برای تغییر از برنامه ما به:	کارهایی که باید انجام دهید:
به یک طرح سلامت دیگر Medicare بروید	• در یک Medicare طرح سلامت جدید ثبت‌نام کنید. • هنگامی که پوشش طرح جدید شما آغاز شود، به‌طور خودکار عضویت شما در Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) لغو خواهد شد.
Original Medicare *با* یک طرح جداگانه داروی تجویزی Medicare	• در طرح جدید داروی Medicare ثبت‌نام کنید. • هنگامی که پوشش طرح دارویی جدید شما آغاز شود، به‌طور خودکار عضویت شما در Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) لغو خواهد شد.

برای تغییر از برنامه ما به:	کارهایی که باید انجام دهید:
Original Medicare *بدون* یک طرح جداگانه داروی Medicare	• **برای لغو ثبت نام آنلاین، درخواست کتبی برای ما ارسال کنید یا از وبسایت ما بازدید کنید.** اگر درباره نحوه انجام این کار به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند). • همچنین می‌توانید با **Medicare** به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید و درخواست لغو ثبت‌نام کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. • هنگامی که پوشش Original Medicare شما آغاز شود، عضویت شما در Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) لغو خواهد شد.

توجه: اگر از پوشش داروی تجویزی Medicare خارج شوید، دیگر کمک اضافی دریافت نکنید و به مدت 63 روز یا بیشتر به‌طور متوالی بدون پوشش معتبر دارویی باشید، در صورت پیوستن بعدی به یک طرح داروی Medicare ممکن است مجبور به پرداخت جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D شوید.

برای پرسیدن سؤالات مربوط به مزایای California Medi-Cal (Medicaid)، با شماره 1-800-541-5555، TTY 1-800-430-7077، ساعت 8 صبح تا 5 عصر به وقت اقیانوس آرام (PT) روزهای دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. درباره اینکه پیوستن به یک طرح دیگر یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش California Medi-Cal (Medicaid) شما تأثیر می گذارد، سؤال کنید.

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

تازمانی‌که عضویت شما پایان یابد و پوشش جدید Medicare و California Medi-Cal (Medicaid) شما آغاز شود، باید همچنان اقلام پزشکی، خدمات و داروهای تجویزی خود را از طریق طرح ما دریافت کنید.

- **همچنان برای دریافت مراقبت پزشکی از ارائه‌دهندگان شبکه ما استفاده کنید.**
- **برای دریافت داروهای تجویزی همچنان از داروخانه های شبکه ما یا سفارش پستی استفاده کنید.**
- **اگر در روز پایان عضویت خود در بیمارستان بستری باشید، اقامت شما در بیمارستان تا زمان ترخیص تحت پوشش طرح ما خواهد بود** (حتی اگر ترخیص شما پس از شروع پوشش سلامت جدیدتان انجام شود).

بخش5 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) باید به عضویت برنامه شما در شرایط خاص پایان دهد

در صورتی که هر یک از موارد زیر اتفاق بیفتد، Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) باید به عضویت شما در برنامه ما پایان دهد:

- اگر دیگر Medicare Part A و Part B ندارید.
- اگر دیگر واجد شرایط California Medi-Cal (Medicaid) نیستید. همان‌طور که در فصل 1، بخش 2.1 ذکر شده است، طرح ما برای افرادی است که واجدشرایط هر دو برنامه Medicare و California Medi-Cal (Medicaid) هستند. اگر دیگر شرایط ویژه واجدشرایط بودن برای طرح ما را نداشته باشید، عضویت شما در این طرح پس از 3 ماه پایان خواهد یافت. اما در این مدت طرح Medicare Advantage برای پوشش دهی هیچکدام از مزایای California Medi-Cal (Medicaid) که تحت طرح ایالتی Medicaid شما ارائه می شود، مسئولیتی نخواهد داشت. اعلامیه ای از ما دریافت می کنید که درباره پایان عضویتتان و گزینه هایی که دارید در آن توضیح داده شده است. اگر هرگونه سؤالی درباره واجد شرایط بودنتان دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.
  - دوره صلاحیت ادامه‌دار فرضی طرح 3 ماه است. دوره ادامه عضویت فرضی در طرح، از اولین روز ماهی آغاز می‌شود که پس از ماهی قرار دارد که در آن ایالت به ما اطلاع می‌دهد شما وضعیت نیازهای ویژه خود را از دست داده‌اید.
- در صورتی که مرتبط باشد، اگر هزینه پزشکی خود را پرداخت نکنید
- اگر از منطقه خدماتی ما خارج شوید
- اگر بیش از 6 ماه خارج از منطقه خدماتی ما باشید.
  - اگر نقل‌مکان می‌کنید یا سفر طولانی دارید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) تماس بگیرید تا بدانید محل جدید یا مقصد سفر شما در منطقه طرح ما قرار دارد یا خیر.
- اگر زندانی شوید.
- اگر دیگر شهروند یا تبعه ایالات متحده یا غیرشهروند واجد شرایط نیستید
- اگر درباره بیمه دیگری که دارید و پوشش دارویی ارائه می‌دهد، دروغ بگویید یا اطلاعات را پنهان کنید.
- اگر هنگام ثبت‌نام در طرح ما عمداً اطلاعات نادرست ارائه دهید و این اطلاعات بر واجدشرایط بودن شما برای طرح تأثیر بگذارد. (ما نمی‌توانیم به این دلیل شما را مجبور به ترک طرح کنیم، مگر اینکه ابتدا از Medicare اجازه دریافت کنیم.)
- اگر به‌طور مداوم رفتاری مختل‌کننده داشته باشید که ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای طرح ما را دشوار کند. (ما نمی‌توانیم به این دلیل شما را مجبور به ترک طرح کنیم، مگر اینکه ابتدا از Medicare اجازه دریافت کنیم.)
- اگر اجازه دهید شخص دیگری از کارت عضویت شما برای دریافت مراقبت پزشکی استفاده کند. (ما نمی‌توانیم به این دلیل شما را مجبور به ترک طرح کنیم، مگر اینکه ابتدا از Medicare اجازه دریافت کنیم.)
  - اگر عضویت شما را به این دلیل خاتمه دهیم، Medicare ممکن است ترتیب انجام تحقیقات در مورد پرونده شما را توسط بازرس کل بدهد.

اگر سؤالی دارید یا می خواهید اطلاعات بیشتری در مورد زمانی که می توانیم به عضویت شما پایان دهیم دریافت کنید، با خدمات اعضا به شماره تماس بگیرید 1-800-431-9007 (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید).

بخش 5.1 ما نمی‌توانیم به دلیل مرتبط با سلامت از شما بخواهیم طرح ما را ترک کنید.

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) مجاز نیست به دلیل مرتبط با سلامت از شما بخواهد طرح ما را ترک کنید.

در صورت بروز این مسئله باید چه کار کنید؟

اگر فکر می‌کنید به دلیلی مرتبط با وضعیت سلامتی‌تان از شما خواسته می‌شود طرح ما را ترک کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

بخش 5.2 اگر ما به عضویت شما در طرح خاتمه دهیم، حق دارید شکایت کنید

اگر ما عضویت‌تان در طرحمان را خاتمه دهیم، باید دلایل این کار را به‌صورت کتبی به شما اطلاع دهیم. همچنین باید توضیح دهیم که چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما در مورد خاتمه دادن به عضویت شما، شکایت‌نامه یا دعوی خودتان را ارائه دهید.

فصل 11:
اعلامیه‌های حقوقی

بخش 1 اعلامیه درباره قانون جاری

قانون اصلی حاکم بر این سند *شواهد پوشش* ، عنوان XVIII قانون تأمین اجتماعی و مقرراتی است که طبق قانون تأمین اجتماعی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) تدوین شده‌اند. علاوه‌براین، ممکن است سایر قوانین فدرال و، در شرایط خاص، قوانین ایالتی که در آن زندگی می‌کنید نیز اعمال شوند. این موضوع ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارد، حتی اگر این قوانین در این سند درج یا توضیح داده نشده باشند.

بخش 2 اطلاعیه درباره عدم تبعیض

طرح سلامت ما از قوانین حقوق مدنی فدرال تبعیت می کند. ما براساس نژاد، قومیت، منشأ ملی، رنگ پوست، دین، جنسیت، سن، معلولیت ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامتی، تجربه ادعاها، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، شواهد بیمه‌پذیری یا مکان جغرافیایی در محدوده منطقه خدماتی **تبعیض قائل نمی‌شویم**. همه سازمان‌هایی که مانند ما طرح‌های Medicare Advantage را ارائه می‌کنند باید از قوانین فدرال بر علیه تبعیض پیروی کنند، ازجمله عنوان VI از «قانون حقوق مدنی» مصوب 1964، «قانون بازپروری» مصوب 1973، «قانون تبعیض براساس سن» مصوب 1975، «قانون آمریکایی‌های دارای ناتوانی»، بخش 1557 از «قانون مراقبت مقرون‌به‌صرفه»، و سایر قوانینی که بر سازمان‌هایی که از طرف دولت فدرال تأمین مالی می‌شوند، و همچنین هرگونه قانون دیگریکه به هر دلیلی دیگری قابل اعمال باشد.

اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری کسب کنید یا درباره تبعیض یا رفتار ناعادلانه نگرانی دارید، با **دفتر حقوق مدنی** در وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به شماره 1-800-368-1019 (کاربران TTY با شماره 1-800-537-7697) یا دفتر حقوق مدنی محلی خود تماس بگیرید. همچنین می‌توانید اطلاعات مربوط به دفتر حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده را در HHS.gov/ocr/index.html مرور کنید.

در صورت معلولیت و نیاز به کمک در دسترسی به مراقبت، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند). اگر شکایتی درباره مسائلی مانند مشکل دسترسی به صندلی چرخدار دارید، خدمات اعضا می‌تواند کمک کند.

بخش 3 اعلامیه درباره حقوق Medicare در مورد جایگزینی پرداخت‌کننده دوم

ما حق و مسئولیت داریم هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را که Medicare پرداخت‌کننده اصلی آن‌ها نیست، وصول کنیم. طبق مقررات CMS در بخش‌های 42 CFR 422.108 و 423.462، *طرح ما* به‌عنوان یک سازمان Medicare Advantage همان حقوق وصولی را که وزیر طبق مقررات CMS در زیربخش‌های B تا D از بخش 411 عنوان 42 CFR اعمال می‌کند، اعمال خواهد کرد؛ قوانین تعیین‌شده در این بخش بر هرگونه قانون ایالتی مقدم است.

بخش 4 بازیابی مزایای پرداخت‌شده توسط طرح ما تحت طرح Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) شما

وقتی دچار جراحت می‌شوید

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 می‌کنید 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 ارائه‌دهندگان 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 نمی‌شود:

- 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 می‌کنید اعمال می‌شود، ازجمله و نه محدود به:

- پرداخت‌های 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 پرداخت‌های 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 به‌عنوان جبران خسارت در قبال اقدامات یا عذر و تقصیر طرح مسئول.

با پذیرفتن مزایا تحت 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 هر مبلغی را از طرف مسئول دریافت کرده باشید یا واجد دریافت باشید.

همچنین شما با پذیرش مزایای این طرح (i) حق خودتان را در مورد دریافت هزینه‌های پزشکی از هر طرح بیمه‌ای 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 می‌کنید و (ii) موافقت می‌کنید که طرف مسئول مستقیما از طرف شما برای بازپرداخت به طرح اقدام کند.

با پذیرفت مزایا تحت این طرح، همچنین به طرح ما حق می‌دهید 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 شده‌اند، و بدون در نظر گرفتن این مسئله که برای چنین زیان‌هایی 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 نمی‌شود، و طرح ما الزامی در پرداخت یا مشارکت در پرداخت هزینه‌های 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:

- این اطلاعات را در اختیار طرح ما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی قرار دهید: در صورت امکان و اگر نام و آدرس طرف مسئول و/یا وکیل او را می‌دانید، همچنین اگر از وکیل استفاده می‌کنید نام و آدرس وکیل خودتان، نام و آدرس هرکدام از شرکت‌های بیمه حاضر در این مسئله، و توصیفی از جراحت، بیماری، یا شرایط خاص ایجاد شده.
- تکمیل هرگونه کار اداری که طرح ما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی ممکن است به‌طور منطقی لازم داشته باشد تا بتواند حقوق خود را در مورد وصول طلب و دریافت هزینه‌ها محقق کند.
- به سرعت به پرسش‌های طرح ما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی درباره وضعیت پرونده یا دعوی پاسخ دهید و هرگونه بحث و تبادل اطلاعات درباره تسویه حساب‌ها را به اطلاع برسانید.
- اگر خودتان یا وکیلتان پولی را از طرف مسئول یا هر منبع دیگری دریافت کردید، فورا به طرح ما اطلاع دهید.
- پرداخت مبالغ مربوط به وصول طلب از هر منبعی، تسویه مالی یا جریمه مشخص شده یا از هر منبعی برای جبران خسارت، ازجمله پرداخت کلیه مبالغ بازپرداختی به دلیل این‌که طرح ما هزینه کامل مزایا را دررابطه‌با جراحت، بیماری یا شرایط خاص دیگری که در نتیجه اقدام فرد طرف مسئول ایجاد شده است به شما پرداخت کرده است؛ که در این‌جا فرقی نمی‌کند این مبالغ به‌طور خاص به‌عنوان وصول طلب برای هزینه‌های پزشکی در نظر گرفته شده باشد یا این‌که شما در قبال خسارت ایجاد شده به‌طور کامل یا جزئی جبران خسارت دریافت کرده باشید؛
- هیچ کاری در جهت پیش داوری حقوق طرح ما همانطور که در بالا عنوان شده است انجام ندهید. این مورد شامل و نه محدود به این موارد می‌شود: عدم انجام هرگونه تلاش برای کم کردن مبلغ تسویه یا مستثنی شدن از تسویه مالی یا وصول طلب برای هزینه‌های 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.

- نگه داشتن هر مبلغی که شما یا وکیلتان بر مبنای اعتماد از طرف مسئول یا از هر منبع دیگری دریافت می‌کنید، 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 پرداخت‌های اضافی با ما همکاری کنید.

بخش 5 کارت عضویت

کارت عضویت صادرشده از طرف طرح تحت این *شواهد پوشش* فقط برای شناسایی عضو است. داشتن کارت عضویت تحت این *شواهد پوشش* هیچ حقی را در مورد هیچ کدام از خدمات یا مزایا به کسی نمی‌دهد. برای اینکه واجدشرایط استفاده از خدمات یا مزایای تحت این *شواهد پوشش* باشید، دارنده این کارت باید واجدشرایط دریافت پوشش باشد و به‌عنوان عضو تحت این *شواهد پوشش* ثبت‌نام کرده باشد. هر فردی که خدمات را دریافت کند در حالی که تحت این *شواهد پوشش* واجدشرایط نباشد، مسئول پرداخت هزینه چنین خدماتی خواهد بود. عضو این طرح باید کارت عضویت طرح را هنگام دریافت خدمات ارائه کند نه کارت Medicare. اگر نیاز دارید کارت عضویتتان تعویض شود، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند) تماس بگیرید.

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. طرح ما موظف است هرگونه مورد لغو عضویت را که در نتیجه سوءاستفاده یا سوءمصرف کارت عضویت باشد به دفتر بازرسی کل گزارش دهد و ممکن است منجر به پیگرد جزایی شود.

بخش 6 پیمانکارهای مستقل

رابطه بین طرح ما و هر ارائه‌دهنده حاضر در طرح رابطه پیمانکاری مستقل است. ارائه‌دهندگان حاضر در طرح کارمندان یا نمایندگان طرح ما نیستند و نه طرح ما و نه هیچ‌یک از کارکنان طرح ما کارمند یا نماینده ارائه‌دهنده حاضر در طرح محسوب نمی‌شوند. طرح ما تحت هیچ شرایطی مسئولیت قصور، فعالیت اشتباه، یا حذف هیچ یک از طرفین شرکت‌کننده یا سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت را به عهده نمی‌گیرد. پزشکان شرکت کننده در طرح و نه طرح ما، رابطه پزشک - بیمار را با عضو حفظ می‌کنند. طرح ما ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت نیست.

بخش 7 تقلب در طرح مراقبت از سلامت

تقلب در طرح مراقبت از سلامت یعنی فریب یا جعل در طرح توسط ارائه‌دهنده، عضو، کارفرما، یا هر شخصی 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 در طرح مراقبت از سلامت شده است.

اگر درباره هرکدام از مبالغ درج شده در صورتحساب یا فرم توضیح مزایا نگرانی خاصی دارید، یا اگر از یک فعالیت غیرقانونی اطلاع پیدا کرده اید یا نسبت به آن مشکوک شده‌اید، از طریق خط ویژه کلاهبرداری به شماره 1-866-685-8664 با طرح ما تماس بگیرید (TTY: 711). خط ویژه کلاهبرداری در تمام 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته فعال است. تمام تماس‌ها کاملا محرمانه هستند.

بخش 8 شرایطی که تحت کنترل طرح نباشد

تا حدی که بلایای طبیعی، جنگ، شورش، قیام داخلی، همه‌گیری، تخریب کامل یا جزئی تأسیسات، انفجار اتمی یا انتشار انرژی هسته‌ای دیگر، ناتوانی پرسنل مهم گروه پزشکی، وضعیت اضطراری یا سایر رویدادهای مشابه که در کنترل طرح ما نیست باعث عدم دسترسی مراکز یا کارکنان طرح ما برای ارائه یا هماهنگی خدمات یا مزایای عنوان‌شده در این *شواهد پوشش* شود، تعهد طرح به ارائه چنین خدمات یا مزایایی محدود به این الزام است که طرح ما با حسن‌نیت تلاش می‌کند چنین خدمات یا مزایایی را در شرایط فعلی دسترسی به امکانات یا پرسنل خود ارائه کند یا هماهنگی لازم را انجام دهد.

فصل 12:
تعریف واژه ها

مرکز جراحی سرپایی – «مرکز جراحی سرپایی» نهادی است که صرفاً با هدف ارائه خدمات جراحی سرپایی به بیمارانی فعالیت می‌کند که نیازی به بستری شدن ندارند و مدت اقامت مورد انتظار آن‌ها در مرکز از 24 ساعت بیشتر نیست.

تجدیدنظر – درخواست «تجدیدنظر» را زمانی ارائه می‌کنید که با تصمیم ما مبنی بر رد درخواست پوشش خدمات مراقبت‌های بهداشتی یا داروهای تجویزی، یا پرداخت هزینه خدمات یا داروهایی که قبلاً دریافت کرده‌اید، مخالف باشید. همچنین اگر با تصمیم ما برای توقف خدماتی که دریافت می‌کنید مخالف باشید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید.

محصول بیولوژیک – داروی تجویزی است که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری یا مخمر ساخته شده است. محصولات بیولوژیکی پیچیده‌تر از سایر داروها هستند و نمی‌توان آن‌ها را دقیقاً کپی کرد، بنابراین اشکال جایگزین آن‌ها «بیوسیمیلار» نامیده می‌شود. (به «**محصول بیولوژیک اصل**» و «**بیوسیمیلار**») مراجعه کنید.

بیوسیمیلار – محصول بیولوژیکی است که بسیار شبیه، اما نه کاملاً یکسان، با محصول بیولوژیک اصل است. داروهای بیوسیمیلار به همان اندازه محصول بیولوژیک اصل سالم و مؤثرند. برخی محصولات بیوسیمیلار ممکن است در داروخانه بدون نیاز به نسخه جدید، جایگزین محصول بیولوژیک اصل شوند (به «**بیوسیمیلار قابل جایگزینی**») مراجعه کنید.

داروی برند – داروی تجویزی که توسط شرکت داروسازی‌ای تولید و عرضه می‌شود که در ابتدا درباره آن تحقیق و توسعه انجام داده و آن را تولید کرده است. داروهای برند حاوی همان ترکیبات فعال مانند نوع ژنریک داروها هستند. اما داروهای ژنریک توسط سایر تولیدکنندگان تولید می‌شوند و به فروش می‌رسند و معمولاً تا زمانی که حق ثبت داروی برند منقضی نشود به طور معمول قابل دسترسی نیستند.

طرح مراقبت – برنامه‌ای برای خدماتی که دریافت خواهید کرد و نحوه دریافت این خدمات. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی و خدمات بهداشتی رفتاری باشد.

تیم مراقبتی – تیم مراقبتی ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاوران یا سایر متخصصان سلامت باشد که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان حضور دارند. تیم مراقبتی شما برای ایجاد یک برنامه مراقبتی نیز به شما کمک خواهد کرد.

مرحله پوشش وضعیت بحرانی – مرحله‌ای از مزایای دارویی قسمت D که زمانی آغاز می‌شود که شما (یا سایر طرف‌های واجدشرایط از طرف شما) در طول سال تحت پوشش، مبلغ $2,400 برای داروهای تحت پوشش قسمت D پرداخت کرده باشید. در طول این مرحله پرداخت، شما برای داروهای تحت پوشش قسمت D و داروهای مستثنی که تحت مزیت ارتقایافته ما پوشش داده می‌شوند، هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) – سازمان فدرالی که Medicare را اداره می‌کند.

بیمه مشترک – مبلغی که ممکن است لازم باشد به صورت درصدی (مثلاً 20%) از مبلغ تسهیم هزینه را برای خدمات یا داروهای تجویزی پرداخت کنید.

شکایت – نام رسمی «ارسال شکایت»، «**ثبت شکایت‌نامه**» است. روند رسیدگی به شکایت ها *فقط* برای انواع خاصی از مشکلات است. این موارد شامل مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار و خدمات مشتری است که دریافت می‌کنید. همچنین شامل شکایت‌هایی می‌شود که در صورت رعایت نکردن بازه‌های زمانی تعیین‌شده در فرآیند تجدیدنظر توسط طرح ما مطرح می‌شوند.

مرکز تسهیلات جامع توانبخشی سرپایی (CORF) – این مرکز در اصل خدمات توانبخشی را بعد از بروز جراحت یا بیماری ارائه می کند، از جمله ورزش درمانی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس درمانی، درمان شغلی، گفتار درمانی و خدمات ارزیابی برای بهبود فضای خانه.

پرداخت مشترک – مبلغی که ممکن است لازم باشد به عنوان مبلغ تسهیم هزینه برای خدمات یا اقلام پزشکی مانند ویزیت پزشک، ویزیت سرپایی در بیمارستان، یا هزینه داروهای تجویزی پرداخت کنید. پرداخت مشترک مبلغی ثابت است (مثلاً 10$) و به صورت درصدی نیست.

تسهیم هزینه – «تسهیم هزینه» به مبالغی گفته می‌شود که عضو هنگام دریافت خدمات یا داروها باید پرداخت کند. تسهیم هزینه شامل هر ترکیبی از 3 نوع پرداخت زیر است: (1) هر مبلغ فرانشیزی که طرح ممکن است قبل از تحت پوشش قرار گرفتن خدمات یا داروها اعمال کند؛ (2) هر مبلغ ثابت پرداخت مشترک که طرح هنگام دریافت یک خدمت یا داروی خاص تعیین می‌کند؛ یا (3) هر مبلغ بیمه مشترک که درصدی از کل مبلغ پرداخت‌شده برای یک خدمت یا دارو است و طرح هنگام دریافت آن خدمت یا داروی خاص دریافت آن را الزامی می‌کند.

ردیف تسهیم هزینه – هر دارو در فهرست داروهای تحت پوشش در یکی از شش ردیف تسهیم هزینه قرار دارد. به‌طورکلی، هر چه ردیف تسهیم هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای دارو هم بالاتر می‌رود.

تعیین پوشش – تصمیمی درباره این‌که آیا داروی تجویزی شما تحت پوشش طرح ما قرار می‌گیرد یا خیر و در صورت وجود، چه مبلغی را باید برای نسخه پرداخت کنید. به‌طور کلی، اگر نسخه خود را به داروخانه ببرید و داروخانه به شما بگوید که نسخه تحت پوشش طرح ما نیست، این موضوع «تعیین پوشش» محسوب نمی‌شود. باید با طرح ما تماس بگیرید یا درخواست کتبی ارسال کنید تا تصمیمی رسمی درباره پوشش دریافت کنید. به موارد تعیین پوشش در این سند **تصمیم‌های پوشش‌دهی** گفته می‌شود.

داروهای تحت پوشش – اصطلاحی که برای اشاره به تمام داروهایی استفاده می‌کنیم که تحت پوشش طرح ما هستند.

خدمات تحت پوشش – اصطلاحی که برای اشاره به تمام خدمات مراقبت سلامت و لوازمی استفاده می‌کنیم که تحت پوشش طرح ما هستند.

پوشش معتبر داروهای تجویزی – پوشش داروهای تجویزی (برای مثال، از طرف کارفرما یا اتحادیه) که انتظار می‌رود به‌طور متوسط حداقل به اندازه پوشش استاندارد داروهای تجویزی Medicare هزینه‌ها را پرداخت کند. به‌طورکلی افرادی که چنین پوشش‌های بیمه‌ای دارند هنگامی که برای Medicare واجدشرایط می‌شوند می‌توانند پوشش بیمه را حفظ کنند و اگر تصمیم بگیرند بعداً در پوشش داروی تجویزی Medicare ثبت‌نام کنند، مشمول جریمه نمی‌شوند.

مراقبت حمایتی – مراقبت حمایتی، مراقبت شخصی است که در خانه سالمندان، آسایشگاه بیماران در پایان زندگی، یا سایر مراکز ارائه می‌شود، زمانی که به مراقبت پزشکی تخصصی یا مراقبت پرستاری تخصصی نیاز ندارید. مراقبت حمایتی که توسط افرادی بدون مهارت یا آموزش حرفه‌ای ارائه می‌شود، شامل کمک در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، سوار یا پیاده شدن از تخت یا صندلی، جابه‌جا شدن و استفاده از سرویس بهداشتی است. همچنین ممکن است نوعی از مراقبت مرتبط با سلامت را شامل شود که اکثر افراد خودشان انجام می دهند، مثل ریختن قطره در چشم. Medicare برای مراقبت‌های غیرپزشکی هزینه ای پرداخت نمی کند.

نرخ روزانه تسهیم هزینه – ممکن است زمانی که پزشک شما کمتر از مقدار مصرف یک ماه کامل از برخی داروها را تجویز کند و شما ملزم به پرداخت مبلغ مشترک باشید، نرخ روزانه تسهیم هزینه اعمال شود. نرخ روزانه تسهیم هزینه برابر است با مبلغ پرداخت مشترک تقسیم بر تعداد روزهای ماهی که دوز مصرفی برای آن تجویز شده است. برای مثال: اگر مبلغ پرداخت مشترک شما برای یک دوره مصرف یک‌ماهه دارو 30$ باشد و دوره مصرف یک‌ماهه در طرح ما شامل 30 روز باشد، نرخ روزانه تسهیم هزینه شما 1$ به ازای هر روز خواهد بود.

فرانشیز – مبلغی که باید برای خدمات مراقبت از سلامت یا نسخه ها قبل از پرداخت توسط طرح ما پرداخت کنید.

لغو عضویت یا **خروج از طرح** – فرایند پایان دادن به عضویت شما در طرح ما.

حق فنی – هزینه ای که هر بار داروی تحت پوشش توزیع می شود باید برای تهیه آن پرداخت کنید، مثلاً برای جبران زمانی که داروساز برای تهیه و بسته بندی داروهای تجویزی صرف می کند.

طرح‌های نیازهای ویژه برای افراد واجدشرایط دوگانه (D-SNP) – طرح‌های D-SNP افرادی را ثبت‌نام می‌کنند که هم واجدشرایط Medicare (عنوان XVIII قانون تأمین اجتماعی) و هم واجد دریافت کمک‌های پزشکی از یک طرح ایالتی تحت Medicaid (عنوان XIX) هستند. ایالت‌ها بسته به ایالت مربوطه و شرایط واجدشرایط بودن فرد، بخشی یا تمام هزینه‌های Medicare را پرداخت می‌کنند.

فرد واجدشرایط دوگانه – فردی که واجدشرایط پوشش Medicare و Medicaid است.

تجهیزات پزشکی بادوام (DME) – تجهیزات پزشکی خاصی که پزشک شما به دلایل پزشکی آن‌ها را تجویز یا درخواست می‌کند. نمونه هایی از این تجهیزات عبارتند از واکر، صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، تشک برقی، لوازم ویژه دیابتی‌ها، پمپ‌های تزریق درون رگی (IV)، دستگاه‌های تولید گفتار، وسائل و لوازم مربوط به اکسیژن، نبولایزر، یا تخت های بیمارستانی که توسط یک ارائه‌دهنده برای استفاده در خانه سفارش داده می شود.

شرایط اضطراری – وضعیت اورژانسی پزشکی زمانی است که شما یا هر فرد محتاط دیگری با دانش متوسط درباره سلامت و پزشکی، باور داشته باشید که علائم پزشکی شما به مراقبت فوری پزشکی نیاز دارد تا از مرگ (و اگر باردار هستید، ازدست‌دادن جنین)، ازدست‌دادن یکی از اندام‌ها، ازدست‌دادن عملکرد یک اندام، یا از بین رفتن یا آسیب شدید به عملکرد یکی از اعضای بدن جلوگیری شود. این علائم پزشکی ممکن است بیماری، جراحت، درد شدید یا وضعیت سلامت خاصی باشد که به سرعت وخیم‌تر می‌شود.

مراقبت‌های اورژانسی – خدمات تحت پوششی که: (1) توسط ارائه‌دهنده‌ای که واجدشرایط ارائه خدمات اورژانسی است ارائه می‌شوند؛ و (2) برای درمان، ارزیابی یا تثبیت وضعیت پزشکی اورژانسی مورد نیاز هستند.

شواهد پوشش (EOC) و افشای اطلاعات – این مدرک به همراه فرم ثبت‌نام و هرگونه مطالب الصاقی، الحاقیه یا سایر اسناد پوشش‌دهی اختیاری که پوشش شما، کارهایی که ما باید انجام دهیم، حقوق شما و آنچه را به‌عنوان عضوی از طرح ما باید انجام دهید توضیح می‌دهد.

استثنا – نوعی تصمیم پوشش‌دهی که در صورت تأیید، به شما اجازه می‌دهد دارویی را که در فهرست دارویی ما (دارونامه) نیست دریافت کنید (استثنای دارونامه)، یا داروی غیرترجیحی را با سطح پایین‌تری از تسهیم هزینه دریافت کنید (استثنای ردیف). همچنین اگر طرح ما از شما بخواهد پیش از دریافت داروی مورد درخواستتان داروی دیگری را امتحان کنید، یا اگر طرح ما برای دارویی نیاز به مجوز قبلی داشته باشد و بخواهید محدودیت مربوط به معیارهای آن لغو شود، یا اگر طرح ما مقدار یا دوز داروی مورد درخواستتان را محدود کند (استثنای فرمولاری)، می‌توانید درخواست استثنا ارائه دهید.

«کمک اضافی» – یکی از برنامه‌های Medicare برای کمک به افرادی است که درآمد و منابع کمی در اختیار دارند تا بتوانند هزینه داروهای تجویزی Medicare مانند حق بیمه، فرانشیز و بیمه مشترک را پرداخت کنند.

داروی ژنریک – داروی تجویزی که FDA آن را تأیید کرده است زیرا همان ماده یا مواد فعال داروی برند را دارد. معمولاً داروی ژنریک به همان اندازه داروی برند مؤثر بوده و عموماً ارزان‌تر است.

نارضایتی – نوعی شکایت که درباره طرح، ارائه دهندگان و داروخانه ها ارائه می کند، از جمله شکایت درباره کیفیت مراقبتتان. این مورد شامل اختلافات مربوط به پوشش‌دهی یا پرداخت نمی‌شود.

ارزیابی خطر سلامت – بررسی سابقه پزشکی و وضعیت فعلی شما. برای آگاهی از سلامتی شما و این‌که چگونه ممکن است در آینده تغییر کند استفاده می‌شود.

کمک‌یار مراقبت سلامت در منزل – فردی که خدماتی ارائه می‌دهد که به مهارت‌های پرستار یا درمانگر دارای مجوز نیاز ندارد، مانند کمک در مراقبت‌های شخصی (برای مثال حمام کردن، استفاده از سرویس بهداشتی، لباس پوشیدن یا انجام تمرینات تجویزشده).

خدمات بیماران رو به‌مرگ – نوعی مزایا که درمان های خاصی را برای اعضایی که از نظر پزشکی در مرحله نهایی و کشنده بیماری هستند، به این معنی که انتظار می رود 6 ماه یا کمتر زنده بمانند. طرح ما باید فهرستی از آسایشگاه‌های بیماران در پایان زندگی در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهد. اگر آسایشگاه بیماران در پایان زندگی را انتخاب کنید و همچنان حق بیمه‌ها را پرداخت کنید، همچنان عضو طرح ما خواهید بود. همچنان می‌توانید همه خدمات دارای ضرورت پزشکی و همچنین مزایای تکمیلی ارائه‌شده توسط ما را دریافت کنید.

بیمار بستری - بستری شدن در بیمارستان زمانی است که به طور رسمی برای خدمات پزشکی تخصصی در بیمارستان پذیرش شوید. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیماری سرپایی در نظر گرفته شوید.

مبلغ تعدیل ماهانه مرتبط با درآمد (IRMAA) – اگر درآمد ناخالص تعدیل‌شده اصلاح‌شده شما، طبق اظهارنامه مالیاتی IRS مربوط به 2 سال قبل، بیشتر از مقدار مشخصی باشد، مبلغ حق بیمه استاندارد و همچنین مبلغ تعدیل ماهانه مرتبط با درآمد (IRMAA) را پرداخت خواهید کرد. IRMAA یک هزینه اضافی است که به حق بیمه شما اضافه می‌شود. کمتر از 5% افرادی که Medicare دارند تحت تأثیر قرار می‌گیرند، بنابراین اکثر افراد حق بیمه بیشتری پرداخت نخواهند کرد.

مرحله پوشش اولیه – این مرحله پس از پرداخت فرانشیز (در صورت وجود) و پیش از رسیدن هزینه‌های پرداخت از جیب شما در سال به میزان آستانه هزینه‌های پرداخت از جیب است.

دوره ثبت‌نام اولیه – دوره‌ای که برای نخستین‌بار واجدشرایط Medicare می‌شوید و می‌توانید در Medicare Part A و Part B ثبت‌نام کنید. اگر هنگام رسیدن به 65 سالگی واجدشرایط Medicare باشید، دوره ثبت‌نام اولیه شما یک دوره 7 ماهه است که 3 ماه قبل از ماه تولد 65 سالگی آغاز می‌شود، ماهی که 65 ساله می‌شوید را شامل می‌شود و 3 ماه پس از آنکه 65 ساله می‌شوید پایان می‌یابد.

D-SNP یکپارچه – یک طرح D-SNP که برای برخی گروه‌های واجدشرایط Medicare و Medicare، Medicaid و بیشتر یا تمام خدمات Medicaid را تحت یک طرح سلامت واحد پوشش می‌دهد. این افراد همچنین به‌عنوان افراد واجدشرایط دوگانه با مزایای کامل شناخته می‌شوند.

بیوسیمیلار قابل جایگزینی – یک داروی بیوسیمیلار که می‌تواند در داروخانه بدون نیاز به نسخه جدید، به‌عنوان جایگزین محصول بیولوژیک اصلی استفاده شود، زیرا الزامات اضافی مربوط به امکان جایگزینی خودکار را برآورده می‌کند. جایگزینی خودکار در داروخانه منوط به قوانین ایالتی است.

فهرست داروهای تحت پوشش (دارونامه یا فهرست داروها) – فهرستی از داروهای تجویزی که تحت پوشش طرح ما هستند.

یارانه افراد کم‌درآمد (LIS) – به کمک اضافی مراجعه کنید.

برنامه تخفیف تولیدکنندگان – برنامه‌ای که در آن تولیدکنندگان دارو بخشی از هزینه کامل طرح ما برای داروهای برند تحت پوشش قسمت D و محصولات بیولوژیک را پرداخت می‌کنند. تخفیف‌ها براساس توافق‌های بین دولت فدرال و تولیدکنندگان دارو هستند.

حداکثر قیمت منصفانه – قیمتی که Medicare برای یک داروی منتخب با مذاکره تعیین کرده است.

حداکثر مبلغ پرداخت از جیب – بیشترین مبلغی که در طول سال تقویمی برای خدمات تحت پوشش درون‌شبکه قسمت A و قسمت B شخصاً پرداخت می‌کنید. مبالغی که برای حق بیمه Medicare Part A و Part B و داروهای تجویزی پرداخت می‌کنید، در محاسبه حداکثر مبلغ پرداخت از جیب لحاظ نمی‌شوند. (**توجه:** چون اعضای ما از Medicaid نیز کمک دریافت می‌کنند، تعداد بسیار کمی از اعضا به این حداکثر مبلغ پرداخت از جیب می‌رسند.)

Medicaid (با کمک هزینه پزشکی) – برنامه‌ای مشترک از دولت فدرال و ایالت‌ها که به برخی افراد دارای درآمد پایین و منابع محدود برای پرداخت هزینه‌های پزشکی کمک می‌کند. برنامه‌های Medicaid در هر ایالت متفاوت هستند اما اگر واجد شرایط Medicare و Medicaid باشید، اکثر هزینه‌های درمانی تحت پوشش هستند.

گروه پزشکی – انجمنی متشکل از پزشکان، از جمله PCP، پزشکان متخصص، و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت، از جمله بیمارستان‌ها که با یک طرح قرارداد دارند به ثبت‌نام کنندگان خدمات ارائه کنند. به فصل 1 بخش 4.2 مراجعه کنید.

اندیکاسیون مورد تأیید پزشکی – کاربردی از یک دارو که یا توسط FDA تأیید شده است یا توسط منابع معتبری مانند American Hospital Formulary Service Drug Information و سیستم اطلاعاتی Micromedex DRUGDEX پشتیبانی می‌شود.

دارای ضرورت پزشکی – خدمات، وسایل، یا داروهای مورد نیاز برای پیشگیری، تشخیص بیماری، یا درمان بیماری که و از استانداردهای مورد تأیید حوزه پزشکی برخوردار است.

Medicare – برنامه بیمه سلامت فدرال برای افراد 65 سال یا بیشتر، برخی افراد زیر 65 سال دارای معلولیت‌های خاص، و افراد مبتلا به بیماری کلیوی لاعلاج (End-Stage Renal Disease) (به‌طور کلی افرادی که دچار نارسایی دائمی کلیه هستند و به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارند).

دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage – دوره‌ای از 1 ژانویه تا 31 مارس که طی آن اعضای یک طرح Medicare Advantage می‌توانند ثبت‌نام خود را در آن طرح لغو کنند و به یک طرح Medicare Advantage دیگر منتقل شوند، یا پوشش خود را از طریق Original Medicare دریافت کنند. اگر در این دوره به Original Medicare جابجا شوید، می توانید در همان زمان به یک طرح داروی تجویزی Medicare دیگر نیز ملحق شوید. دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage همچنین برای مدت 3 ماه پس از اولین باری که فرد برای Medicare واجدشرایط می‌شود، دردسترس است.

طرح Medicare Advantage (MA) – گاهی اوقات به آن Medicare Part C گفته می‌شود. طرحی که توسط شرکتی خصوصی که با Medicare قرارداد ارائه می‌شود تا همه مزایای Medicare Part A و Part B را در اختیارتان قرار دهد. طرح Medicare Advantage می‌تواند 1) HMO، 2) PPO، و 3) طرح خصوصی خدمات به‌ازای هزینه (PFFS) یا 4) طرح حساب پس‌انداز پزشکی Medicare (MSA) باشد. علاوه بر انتخاب این نوع طرح‌ها، طرح HMO یا PPO مربوط به Medicare Advantage می‌توانند یک طرح نیازهای ویژه (SNP) نیز باشند. در اکثر موارد طرح‌های Medicare Advantage با عنوان Medicare Part D (پوشش داروی تجویزی) نیز شناخته می‌شوند. این طرح‌ها «**طرح‌های Medicare Advantage دارای پوشش داروهای تجویزی**» نامیده می‌شوند.

خدمات تحت پوشش Medicare – خدمات تحت پوشش Medicare Part A و Part B. تمام برنامه های بهداشتی Medicare باید تمام خدمات تحت پوشش Medicare Part A و B را پوشش دهد. اصطلاح خدمات تحت پوشش Medicare شامل مزایای اضافی مانند بینایی، دندانپزشکی یا شنوایی نیست که ممکن است یک برنامه Medicare Advantage ارائه دهد.

طرح سلامت Medicare – طرح سلامت Medicare توسط یک شرکت خصوصی ارائه می‌شود که با Medicare قرارداد دارد تا مزایای قسمت A و قسمت B را به افراد دارای Medicare که در طرح ما ثبت‌نام می‌کنند ارائه دهد. این عبارت شامل همه طرح‌های Medicare Advantage، طرح‌های پولی Medicare، طرح‌های مراقبت‌های ویژه، طرح‌های اجرایی/آزمایشی، و «برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان» (PACE) می شود.

پوشش داروی Medicare (Medicare Part D) – بیمه‌ای برای کمک به پرداخت هزینه داروهای تجویزی سرپایی، واکسن‌ها، داروهای بیولوژیک و برخی اقلامی که تحت پوشش Medicare Part A یا Part B نیستند.

برنامه مدیریت درمان دارویی (MTM) – برنامه‌ای از Medicare Part D برای افراد دارای نیازهای پیچیده سلامت که شرایط خاصی را دارند یا در برنامه مدیریت دارو قرار دارند. خدمات MTM معمولا شامل گفت‌وگو با یک داروساز یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی برای بررسی داروها می‌شود.

خط‌مشی Medigap (بیمه تکمیلی Medicare) – بیمه تکمیلی Medicare که توسط شرکت‌های بیمه خصوصی برای پوشش *شکاف‌های* موجود در Original Medicare فروخته می‌شود. خط مشی‌های Medigap فقط با Original Medicare کار می‌کنند. (طرح Medicare Advantage یک خط‌مشی Medigap نیست.)

عضو (عضو طرح ما یا عضو طرح) – فردی دارای Medicare که واجدشرایط دریافت خدمات تحت پوشش است، در طرح ما ثبت‌نام کرده است و ثبت‌نام او توسط مراکز خدمات Medicare و CMS) Medicaid) تأیید شده است.

خدمات اعضا – بخشی در طرح ما که مسئول پاسخگویی به سؤالات شما درباره عضویت، مزایا، شکایات و تجدیدنظر است.

داروخانه شبکه – داروخانه‌ای که با طرح ما قرارداد دارد و اعضای طرح ما می‌توانند مزایای داروی تجویزی را از آنجا دریافت کنند. در بیشتر موارد، نسخه‌های شما فقط زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرند که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما تهیه شوند.

ارائه‌دهنده شبکه – **ارائه‌دهنده** اصطلاحی کلی برای پزشکان، سایر متخصصان مراقبت از سلامت، بیمارستان‌ها و سایر مراکز مراقبت از سلامت است که برای ارائه خدمات مراقبت از سلامت توسط Medicare و ایالت دارای مجوز یا گواهی هستند. **ارائه‌دهندگان شبکه** با طرح ما توافق دارند که پرداخت ما را به‌عنوان پرداخت کامل بپذیرند و در برخی موارد، خدمات تحت پوشش را برای اعضای طرح ما هماهنگ کنند و ارائه دهند. ارائه‌دهندگان شبکه، **ارائه‌دهندگان طرح**نیز نامیده می‌شوند.

دوره ثبت‌نام آزاد – دوره زمانی از 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال که اعضا می‌توانند طرح سلامت یا دارویی خود را تغییر دهند یا به Original Medicare منتقل شوند.

تصمیم سازمان – تصمیم طرح ما درباره اینکه اقلام یا خدمات تحت پوشش باشند یا اینکه چه مبلغی برای اقلام یا خدمات تحت پوشش پرداخت شود. به تصمیم سازمان در این دفترچه راهنما «تصمیم پوشش‌دهی» گفته می شود.

محصول بیولوژیک اصلی – محصول بیولوژیکی که توسط FDA تأیید شده و به‌عنوان محصول مرجع برای تولیدکنندگانی که نسخه بیوسیمیلار آن را تولید می‌کنند، استفاده می‌شود. به آن محصول مرجع نیز گفته می‌شود.

Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare هزینه‌به‌ازای‌خدمت) – Original Medicare توسط دولت ارائه می‌شود و مانند طرح‌های Medicare Advantage و طرح‌های داروهای‌تجویزی، یک طرح سلامت خصوصی نیست. در Original Medicare، خدمات Medicare از طریق پرداخت به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت به میزان مشخص‌شده توسط کنگره تحت پوشش قرار می‌گیرند. می‌توانید به هر پزشک، بیمارستان یا ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت دیگری که Medicare را قبول می‌کنند مراجعه کنید. خودتان باید مبلغ فرانشیز را پرداخت کنید. Medicare سهم مبلغ مورد تأیید Medicare را پرداخت می‌کند و شما سهم خودتان را می‌پردازید. Original Medicare دارای 2 بخش است: قسمت A (بیمه بیمارستانی) و قسمت B (بیمه پزشکی) و در سراسر ایالات متحده دردسترس است.

داروخانه خارج از شبکه – داروخانه‌ای که با طرح ما قراردادی ندارد تا داروهای تحت‌پوشش را برای اعضای طرح ما هماهنگ یا ارائه کند. بیشتر داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح ما نیستند، مگر این‌که شرایط خاصی اعمال شود.

ارائه‌دهنده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه – ارائه‌دهنده یا مرکزی که با طرح ما قراردادی ندارد تا خدمات تحت‌پوشش را برای اعضای طرح ما هماهنگ یا ارائه کند. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، ارائه‌دهندگانی هستند که توسط طرح ما استخدام نشده‌اند، مالکیت آن‌ها در اختیار طرح ما نیست و توسط طرح ما اداره نمی‌شوند.

هزینه‌های پرداخت از جیب – به تعریف «تسهیم هزینه» در بالا مراجعه کنید. مبلغ تسهیم هزینه عضو که باید برای بخشی از خدمات یا داروهای دریافتی پرداخت کنید که به آن «هزینه‌های سهم بیمه‌شده» عضو نیز گفته می شود.

آستانه هزینه‌های پرداخت شخصی – حداکثر مبلغی که برای داروهای قسمت D به عنوای هزینه پرداخت شخصی می‌پردازید.

طرح PACE – طرح PACE (برنامه مراقبت جامع ویژه سالمندان) ترکیبی از خدمات پزشکی، اجتماعی و خدمات و پشتیبانی‌های طولانی مدت (LTSS) برای افراد ناتوان است تا بتوانند مستقل باشند و تازمانی‌که امکان داشته باشد در جامعه زندگی کنند (به‌جای این‌که به خانه سالمندان بروند). افرادی که در طرح‌های PACE ثبت‌نام می‌کنند، هر دو مزایای Medicare و Medicaid را از طریق طرح ما دریافت می‌کنند.

قسمت C – به طرح Medicare Advantage (MA) مراجعه کنید.

قسمت D – برنامه مزایای داروی تجویزی Medicare اختیاری.

داروهای قسمت D – داروهایی که می‌توانند تحت پوشش قسمت D باشند. ممکن است همه داروهای قسمت D را ارائه دهیم یا ندهیم. بعضی دسته های خاص دارویی توسط کنگره از پوشش قسمت D مستثنی شده اند. بعضی دسته های خاص داروهای قسمت D باید توسط هر طرح پوشش داده شوند.

جریمه دیرکرد ثبت‌نام قسمت D – مبلغی که در صورت نداشتن پوشش معتبر (پوششی که انتظار می‌رود به‌طور متوسط حداقل به‌اندازه پوشش استاندارد داروی تجویزی Medicare هزینه‌ها را پرداخت کند) برای یک دوره متوالی 63 روز یا بیشتر پس از اولین زمانی که واجدشرایط پیوستن به یک طرح قسمت D می‌شوید، به حق بیمه ماهانه طرح شما برای پوشش دارویی Medicare اضافه می‌شود. اگر کمک اضافی را از دست بدهید، درصورتی‌که 63 روز متوالی یا بیشتر بدون قسمت D یا سایر پوشش‌های معتبر داروی تجویزی باشید، ممکن است مشمول جریمه دیرکرد ثبت‌نام شوید.

تسهیم هزینه ترجیحی – تسهیم هزینه ترجیحی به معنای تسهیم هزینه کمتر برای برخی داروهای تحت پوشش قسمت D در برخی داروخانه‌های شبکه است.

حق بیمه – پرداخت دوره‌ای به Medicare که یک شرکت بیمه یا طرح مراقبت از سلامت برای پوشش داروهای تجویزی یا سلامت است.

خدمات پیشگیرانه – خدمات درمانی که به شما کمک می کند سالم بمانید، مشکلات بهداشتی را زودتر تشخیص دهید، موثرترین درمان ها را تعیین و از بعضی بیماری ها جلوگیری کنید. خدمات پیشگیرانه شامل معاینه، عکسبرداری، تست‌های آزمایشگاهی و غربالگری است. همچنین شامل برنامه هایی برای نظارت بر سلامت و مشاوره و آموزش و پرورش برای کمک به مراقبت از سلامت است.

ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) –پزشک یا سایر ارائه‌دهندگانی که برای بیشتر مشکلات سلامت خود ابتدا به آن‌ها مراجعه می‌کنید. در بسیاری از طرح‌های طرح سلامت Medicare شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت دیگری بروید ابتدا به ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه تان مراجعه کنید.

مجوز قبلی – تأیید پیشاپیش برای دریافت خدمات یا برخی داروهای خاص بر اساس معیارهای مشخص. خدمات تحت پوششی که به مجوز قبلی نیاز دارند در نمودار مزایای پزشکی در فصل 4 عنوان شده اند. داروهای تحت پوشش که نیاز به مجوز قبلی دارند در فهرست داروهای ما مشخص شده‌اند و معیارهای ما در وب‌سایت ما درج شده است.

پروتز و اورتز – دستگاه های پزشکی، از جمله و نه محدود به: ساپورت بازو، کمر و گردن؛ اعضای مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و دستگاه‌های مورد نیاز برای جایگزینی عضو داخلی یا عملکرد داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و درمان تغذیه با لوله انترال و وریدی.

سازمان بهبود کیفیت (QIO) – گروهی از پزشکان شاغل و سایر متخصصان مراقبت از سلامت که توسط دولت فدرال برای بررسی و بهبود مراقبت ارائه‌شده به بیماران Medicare پرداخت می‌شوند.

محدودیت‌های مقدار – ابزاری مدیریتی که برای محدود کردن مصرف یک دارو به دلایل کیفیت، ایمنی، یا نحوه استفاده طراحی شده است. محدودیت‌ها ممکن است در مورد مقدار دارویی باشد که برای هر نسخه یا برای دوره‌ای خاص پوشش می‌دهیم.

«ابزار مزایای لحظه‌ای» – پرتال یا برنامه رایانه‌ای که اعضا می‌توانند اطلاعات کامل، دقیق، به‌روز، از نظر بالینی مناسب و اختصاصی مربوط به خود درباره لیست دارو و مزایا را مشاهده کنند. این مورد شامل مبالغ تسهیم هزینه، داروهای جایگزین در لیست دارو که برای بیماری مشابه همان داروی تجویزی عمل می‌کنند و محدودیت‌های پوشش‌دهی (مجوز قبلی، درمان مرحله‌ای، محدودیت مقدار) است که برای داروهای جایگزین اعمال می‌شود.

ارجاع – یک دستور کتبی از پزشک مراقبت های اولیه برای مراجعه به متخصص یا دریافت خدمات پزشکی خاص. بدون ارجاع ممکن است طرح ما هزینه خدمات از یک متخصص را پرداخت نکند.

خدمات توان‌بخشی – این خدمات شامل مراقبت توان‌بخشی بستری، فیزیوتراپی (سرپایی)، گفتار و زبان‌درمانی، و کاردرمانی است.

داروی انتخابی – داروی تحت پوشش قسمت D که Medicare برای آن حداکثر قیمت منصفانه مذاکره کرد.

منطقه خدماتی – منطقه ای جغرافیایی که باید برای ملحق شدن به یک طرح سلامت خاص در آن زندگی کنید. برای برنامه‌های درمانی که پزشکان و بیمارستان هایی که می‌توانید استفاده کنید را محدود می‌کنند، این منطقه معمولاً منطقه ای است که می‌توانید خدمات معمول (غیر اضطراری) را دریافت کنید. اگر به‌طور دائمی از منطقه خدماتی طرح ما نقل‌مکان کنید، طرح ما باید عضویت شما را لغو کند.

خدمات مرکز پرستاران باتجربه (SNF) - خدمات مراقبت و توانبخشی پرستاران تخصصی که به صورت پیوسته و روزانه در یک مرکز پرستاران باتجربه ارائه می شود. نمونه هایی از این خدمات مراقبتی شامل فیزیوتراپی یا تزریق های درون وریدی است که فقط توسط پرستار یا پزشک رسمی ارائه می شود.

طرح نیازهای ویژه – نوع خاصی از طرح Medicare Advantage که خدمات مراقبت از سلامت متمرکزتری را برای گروه‌های خاصی از افراد، مانند کسانی که هم Medicare و هم Medicaid دارند، کسانی که در خانه سالمندان زندگی می‌کنند، یا کسانی که شرایط پزشکی مزمن خاصی دارند، ارائه می‌کند.

تسهیم هزینه استاندارد – تسهیم هزینه استاندارد به تسهیم هزینه‌ای به‌جز تسهیم هزینه ترجیحی که در داروخانه شبکه ارائه می‌شود گفته می‌شود.

درمان مرحله‌ای – ابزاری برای مدیریت استفاده از دارو است که شما را ملزم می‌کند پیش از این‌که ما دارویی را که پزشکتان ممکن است در ابتدا تجویز کرده باشد تحت پوشش قرار دهیم، ابتدا داروی دیگری را برای درمان وضعیت پزشکی‌تان امتحان کنید.

درآمد مکمل تأمین اجتماعی (SSI) – مزایای ماهیانه که توسط تأمین اجتماعی به افراد ناتوان، نابینا، یا 65 ساله و مسن تر که دارای درآمد و منابع محدود هستند پرداخت می‌شود. مزایای SSI مشابه مزایای تأمین اجتماعی نیستند.

خدمات فوری مورد نیاز – خدماتی تحت پوشش طرح که به مراقبت پزشکی فوری (اما نه اورژانسی) نیاز دارد و در صورتی خدمات فوری مورد نیاز محسوب می‌شود که شما به‌طور موقت خارج از منطقه خدماتی طرح ما باشید، یا با توجه به زمان، مکان و شرایط، دریافت این خدمات از ارائه‌دهندگان شبکه منطقی نباشد. نمونه‌هایی از خدمات مورد نیاز فوری بیماری‌های پیش‌بینی‌نشده پزشکی و جراحات و یا شعله‌ور شدن غیرمنتظره شرایط موجود است. بازدیدهای معمول حرفه‌ای از نظر پزشکی (مانند معاینه‌های کلی سالانه) ضروری نیست حتی اگر شما خارج از منطقه خدماتی طرح ما باشید یا شبکه ما به‌طور موقت در دسترس نباشد.

کارت Wellcare Spendables® – کارت دبیتی که توسط طرح از قبل شارژ شده است و می‌توان از آن برای کمک به پرداخت هزینه اقلامی که در نمودار مزایای پزشکی توضیح داده شده‌اند استفاده کرد.

این صفحه از عمد خالی گذاشته شده است.

این صفحه از عمد خالی گذاشته شده است.

خدمات اعضای Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

روش	خدمات اعضا - اطلاعات تماس
تلفن تماس	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترس هستند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترس هستند. لطفاً توجه داشته باشید که پس از ساعات کاری، در تعطیلات آخر هفته، و تعطیلات رسمی از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، ممکن است سیستم تلفن خودکار ما به تماس شما پاسخ دهد. اگر پیام صوتی می‌گذارید، نام و شماره تلفنتان را بگویید؛ یکی از اعضای تیم طی یک (1) روز کاری با شما تماس خواهد گرفت. خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (کاربران TTY با شماره 711 تماس می گیرند) همچنین دارای خدمات مترجم زبان رایگان برای غیر انگلیسی زبانان است.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
با این آدرس مکاتبه کنید:	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
وب‌سایت	go.wellcare.com/HealthNetCA

برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت ایالت California (HICAP)

برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت California (HICAP) یک برنامه ایالتی است که بودجه خود را از دولت فدرال دریافت می‌کند تا مشاوره رایگان محلی درباره بیمه سلامت را به افراد دارای Medicare ارائه دهد.

روش	اطلاعات تماس
تلفن تماس	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند.
با این آدرس مکاتبه کنید:	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
وب‌سایت	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

بیانیه افشای PRA *طبق قانون کاهش کاغذبازی مصوب 1995، هیچ فردی ملزم به پاسخ‌گویی به درخواست جمع‌آوری اطلاعات نیست، مگر اینکه این درخواست دارای شماره کنترل معتبر OMB باشد. شماره کنترل OMB معتبر برای جمع آوری این اطلاعات: 0938-1051. اگر نظر یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً آن را به آدرس زیر ارسال کنید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*