Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

دفترچه راهنمای اعضا

1 ژانویه تا 31 دسامبر 2027

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

مقدمه *دفترچه راهنمای اعضا*

این *دفترچه راهنمای اعضا* که با عنوان *شواهد پوشش دهی نیز* شناخته می‌شود، اطلاعات مربوط به پوشش شما تحت طرح ما را تا 31 دسامبر 2027 ارائه می‌دهد. در این دفترچه درباره خدمات مراقبت درمانی، خدمات سلامت رفتاری(سلامت روان و اختلال مربوط به اعتیاد)، پوشش دارو و خدمات و حمایت‌های بلندمدت توضیحاتی ارائه شده است. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به‌ترتیب حروف الفبا در **فصل 12** این *دفترچه راهنمای اعضا*آمده است.

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

هرگاه در این *دفترچه راهنمای اعضا* از «ما»، «به ما»، «مال ما» یا «طرح ما» استفاده شده باشد، منظور Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) است.

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

با تماس با بخش خدمات اعضاء به شماره‌ای که در پایین این صفحه است، می‌توانید این سند را به صورت رایگان در فرمت‌های دیگر دریافت کنید، مانند حروف درشت، حروف بریل، و/یا فایل صوتی. تماس رایگان است.

- در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی یا قالب‌های دیگر برایتان ارسال کنیم. این درخواست «درخواست مستمر» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.
- برای ثبت درخواست مستمر، تغییر درخواست موجود یا ثبت یک درخواست موردی (یک‌بار مصرف)، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-431-9007 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-431-9007 (TTY: 711). These services are free of charge.

Arabic

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

Armenian

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

Chinese - Simplified

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。这些服务均免费提供。

Chinese - Traditional

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。 我們也爲殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。這些服務均爲免費。

Punjabi

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

Hindi

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

Hmong

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

Japanese

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-800-431-9007（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-800-431-9007（TTY：711）にお電話ください。これらのサ ービスは無料です。

Korean

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

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

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

Farsi

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

Russian

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

Spanish

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

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

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

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

زبان‌های دیگر

می‌توانید این *دفترچه راهنمای اعضا* و سایر مطالب طرح را به‌صورت رایگان به زبان‌های دیگر نیز دریافت کنید. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)، ترجمه کتبی طرح‌های خود را به عهده مترجمان واجد شرایط می‌سپارد. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات کمک زبانی در حوزه مراقبت‌های سلامت، مانند خدمات مترجم شفاهی و ترجمه، این *دفترچه راهنمای اعضا* را مطالعه کنید.

قالب‌های دیگر

می‌توانید این اطلاعات را به‌موقع و بدون هیچ هزینه‌ای در قالب‌های دیگر، مانند خط بریل، چاپ درشت با قلم 20 نقطه‌ای، فایل صوتی و قالب‌های الکترونیکی قابل‌دسترس (CD داده) دریافت کنید. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. تماس رایگان است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

خدمات دسترسی به زبان

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) خدمات ترجمه شفاهی، ازجمله زبان اشاره، را توسط مترجمان واجدشرایط، به‌صورت 24 ساعته و بدون هیچ هزینه‌ای برای شما ارائه می‌دهد. لازم نیست از یکی از اعضای خانواده یا دوستان خود به‌عنوان مترجم شفاهی استفاده کنید. توصیه می‌کنیم، مگر در شرایط اضطراری، از اعضای خانواده یا دوستان، به‌ویژه افراد زیر سن قانونی، به‌عنوان مترجم شفاهی استفاده نکنید.
خدمات دسترسی به زبان از جمله خدمات مترجم به صورت رایگان در دسترس است. خدمات مترجم شفاهی 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته دردسترس هستند.
برای دریافت راهنمایی به زبان خود، یا دریافت این دفترچه به زبانی دیگر، با شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (TTY: 711). تماس رایگان است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 2027

دفترچه راهنمای اعضا

فهرست مطالب

فصل 1 شروع به کار به‌عنوان یک عضو 12

فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم 25

فصل 3: استفاده از پوشش بیمه طرح ما برای خدمات درمانی و سایر خدمات تحت پوشش..... 46

فصل 4: نمودار مزایا..... 72

فصل 5: دریافت داروهای سرپایی..... 152

فصل 6: هزینه‌ای که برای داروهای Medi-Cal و Medicare پرداخت می‌کنید 175

فصل 7: درخواست پرداخت سهم هزینه از مبلغ قبض‌هایی که برای داروها
یا خدمات تحت پوشش دریافت می‌کنید 188

فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما..... 196

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم پوشش‌دهی،
درخواست تجدیدنظر، شکایت) 220

فصل 10: پایان دادن به عضویتتان در طرح ما..... 272

فصل 11: اعلامیه‌های حقوقی..... 283

فصل 12: تعریف واژه‌های مهم..... 291

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

سلب مسئولیت

- Wellcare یک نام تجاری از Medicare برای Centene Corporation، یک طرح HMO و PPO و PDP دارای قرارداد با Medicare است و یک حامی تأییدشده قسمت D می‌باشد. طرح‌های D-SNP ما با برنامه ایالتی Medicaid قرارداد دارد. ثبت‌نام در طرح‌های ما به تمدید قرارداد بستگی دارد.

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

- ارائه‌دهندگان خارج از شبکه یا فاقد قرارداد، به‌جز در شرایط اضطراری، هیچ تعهدی برای ارائه خدمات به اعضای Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ندارند. جهت کسب اطلاعات بیشتر از جمله تسهیم هزینه خدمات خارج از شبکه با مرکز «خدمات اعضای» ما تماس بگیرید یا به *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- مزایای ذکرشده بخشی از مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران دارای بیماری مزمن هستند. همه اعضا واجدشرایط نیستند. علاوه بر این‌که در معرض خطر بالا هستید، باید یکی یا چند مورد از مشکلات مزمن زیر را داشته باشید: سرطان، اختلالات قلبی عروقی، شرایط مزمن و ناتوان‌کننده سلامت روان، اختلالات مزمن ریوی، دیابت. سایر شرایط برای واجد شرایط بودن ذکر نشده است. صرفاً براساس شرایط شما نمی‌توانیم واجد شرایط بودن شما برای این مزایا را تضمین کنیم. باید قبل از ارائه مزایا کلیه شرایط واجد شرایط بودن را داشته باشید. برای جزئیات بیشتر، لطفاً با ما تماس بگیرید یا به دفترچه راهنمای اعضا طرح مراجعه کنید.

- مزایا و/یا پرداخت‌های مشترک ممکن است از 1 ژانویه 2028 تغییر کنند.

- داروهای تحت پوشش، شبکه داروخانه، و/یا شبکه ارائه‌دهنده ما 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.

فصل 1: شروع به کار به‌عنوان یک عضو

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. به طرح ما خوش آمدید 14
B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal 14
B1. Medicare 14
B2. Medi-Cal 15
C. مزایای طرح ما 15
D. منطقه خدماتی طرح ما 16
E. چه چیز باعث می‌شود واجد شرایط عضویت در طرح باشید 16
F. انتظارات شما وقتی اولین‌بار عضو طرح سلامت ما می‌شوید 17
G. تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما 19
G1. تیم خدمات درمانی 19
G2. طرح خدمات درمانی 19
H. خلاصه هزینه‌های مهم 19
H1. حق بیمه طرح 20
H2. مبلغ پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare 20
I. این دفترچه راهنمای اعضا 20
J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید 20

J1. از کارت شناسایی (ID) عضویت شما 20
J2. فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها 22
J3. فهرست داروهای تحت پوشش..... 23
J4. توضیح مزایا..... 23
K. به‌روز نگه داشتن سابقه عضویت 24
K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI) 24

A. به طرح ما خوش آمدید

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

تجربه‌ای که می‌توانید روی آن حساب کنید

شما در طرح سلامت‌ای ثبت‌نام کرده‌اید که می‌توانید روی آن حساب کنید.

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

- ما به خدمات مشتریان فوق‌العاده‌مان افتخار می‌کنیم؛ این خدمات با توجه و رسیدگی دقیق، مثبت و شخصی به شما که عضو ما هستید ممکن شده‌اند. کارکنان آموزش‌دیده خدمات اعضا ما، شما را منتظر نخواهند گذاشت و می‌توانند با استفاده از خدمات ترجمه شفاهی، به چند زبان از شما پشتیبانی کنند. ما همان‌گونه که برای اعضای خانواده خود عمل می‌کنیم، به شما کمک می‌کنیم تا از مزایای خود به‌درستی استفاده کنید و پاسخ‌های مورد نیازتان را برای دسترسی به خدمات درمانی، به‌سرعت در اختیارتان قرار دهیم.
- ما حدود 25 سال است که مشغول ایجاد شبکه‌های ارزشمندی از پزشکان هستیم. پزشکان و متخصصان شبکه ما در گروه‌های پزشکی همکاری می‌کنند تا اطمینان حاصل کنند که شما مراقبت‌های لازم را هنگام نیاز دریافت کنید.
- جامعه شما، جامعه ما است – ما یک شرکت ملی با حضور محلی هستیم. بسیاری از کارکنان ما در محل سکونت شما زندگی می‌کنند.

B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare نام برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر است:

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

B2. Medi-Cal

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

هر ایالت درباره موارد زیر تصمیم‌گیری می‌کند:

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

تصمیم‌گیری در مورد اجرای برنامه‌های ایالتی تازمانی‌که تحت قوانین فدرال باشند بر عهده ایالت است.

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

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

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

C. مزایای طرح ما

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

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

- شما می‌توانید **بیشتر** نیازهای مراقبت‌های سلامت خود را از ما دریافت کنید.
- شما یک تیم مراقبت دارید که به آن‌ها کمک می‌کنید امور را سر و سامان دهند. تیم مراقبتی شما ممکن است شامل خود شما، مراقبان شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران و سایر متخصصان سلامت باشد.

- شما به یک هماهنگ‌کننده مراقبت دسترسی خواهید داشت. مدیر پرونده فردی است که با شما و با طرح ما و همچنین با تیم مراقبت شما همکاری می‌کند تا یک طرح خدمات درمانی تنظیم کنید.
- شما می‌توانید مراقبت از خودتان را با کمک تیم مراقبتی و هماهنگ‌کننده مراقبت مدیریت کنید.
- تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت با شما همکاری می‌کنند تا طرح مراقبتی تدارک شود که برای رفع نیازهای مراقبتی **شما** طراحی شده باشد. تیم مراقبت به هماهنگ‌سازی خدمات مورد نیاز شما کمک خواهد کرد. به‌عنوان‌مثال تیم مراقبت شما اطمینان حاصل می‌کند که:
  - پزشکان شما از کلیه داروهای مورد استفاده شما آگاه هستند تا اطمینان حاصل شود که داروهای صحیح را دریافت خواهید کرد و آن‌ها می‌توانند عوارض جانبی احتمالی حاصل از داروها را کم کنند.
  - نتایج آزمایش شما در صورت لزوم با همه پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان به اشتراک گذاشته می‌شود.

اعضای جدید Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): در اکثر موارد، شما از 1ین روز ماه پس از درخواست ثبت‌نام در Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) برای مزایای Medicare خود در Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ثبت‌نام خواهید شد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را ازطریق Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید از طریق شماره موجود در پایین این صفحه، با ما تماس بگیرید.

D. منطقه خدماتی طرح ما

منطقه خدماتی ما شامل این ایالت در California می‌شود: Los Angeles.

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

اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل‌مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پیامدهای نقل‌مکان به خارج از منطقه خدماتی ما، به **فصل 8** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

شما تا زمانی برای عضویت در طرح سلامت واجدشرایط هستید که:

- در منطقه خدماتی ما زندگی کنید (افراد زندانی حتی اگر از نظر فیزیکی در منطقه خدمات باشند به معنای این نیست که در این‌جا زندگی می‌کنند) **و**
- در زمان ثبت‌نام 21 ساله یا بیشتر باشید، **و**

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

- هر دو مورد Medicare Part A و Medicare Part B را داشته باشید، **و**
- اگر شهروند یا تبعه ایالات متحده یا غیرشهروند واجد شرایط هستید **و**
- درحال‌حاضر برای Medi-Cal واجدشرایط باشید.
- اگر واجد شرایط بودن خود برای Medi-Cal را از دست بدهید، اما انتظار می‌رود که ظرف سه ماه دوباره آن را به‌دست آورید، ما به ارائه تمام مزایای Medicare تحت پوشش Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ادامه خواهیم داد. وقتی پوشش Medi-Cal شما به پایان می رسد، ما هزینه مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نمی کنیم. ما تسهیم هزینه مربوط به Medicare را که اگر پوشش Medi-Cal خود را از دست نداده بودید، Medi-Cal پرداخت می‌کرد، پرداخت خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا از طریق شماره‌ای که در پایین صفحه درج شده است تماس بگیرید

  ما به شما کمک خواهیم کرد تا دوباره واجد شرایط دریافت Medi-Cal شوید. اگر در زمانی که همچنان برای پوشش Medicare خود در طرح ما ثبت‌نام هستید، صلاحیت Medi-Cal شما دوباره برقرار شود، پرداخت مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و عضویت شما در طرح ما نیز ادامه خواهد داشت. اگر نتوانید ظرف سه ماه دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید، ثبت‌نام شما در Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) را لغو خواهد شد. اگر بعد از لغو ثبت نامتان دوباره برای Medi-Cal واجد شرایط شدید، باید برای ثبت نام مجدد در برنامه با ما تماس بگیرید.

برای اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

F. انتظارات شما وقتی اولین‌بار عضو طرح سلامت ما می‌شوید

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

ما باید یک HRA را برای شما تکمیل کنیم. این HRA مبنایی برای توسعه 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 می‌توانیم HRA را از طریق دیدار حضوری، تماس تلفنی یا از طریق پست تکمیل کنیم. ما هر سال با شما تماس می گیریم تا ببینیم آیا هر یک از نیازهای شما تغییر کرده است یا خیر.

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

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

- شما، نماینده یا ارائه‌دهنده شما از ما می‌خواهید که به شما اجازه دهیم از ارائه‌دهنده فعلی خود استفاده کنید.
- ما ثابت می‌کنیم که شما با یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا تخصصی، به استثنای برخی موارد، رابطه فعلی دارید. منظور ما از «رابطه فعلی» به این معنی است که شما در خلال 12 ماه قبل از تاریخ عضویت اولیه خود در طرح ما حداقل یکبار برای ویزیت‌های غیر اضطراری به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.
    - با بررسی اطلاعات سلامت‌تان که 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. ازطریق تماس با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) می‌توانید این درخواست را ارائه دهید. اگر در خطر آسیب دیدن باشید، ما باید ظرف سه روز پاسخ دهیم.
    - وقتی درخواستی ثبت می‌کنید، شما یا خدمات‌دهنده‌تان باید اسنادی در مورد رابطه موجود را نشان دهید و با شرایط خاصی موافقت کنید.

توجه: شما می‌توانید این درخواست را برای تأمین‌کنندگان وسیله پزشکی بادوام (DME) حداقل برای 90 روز مطرح کنید تازمانی‌که ما اجاره DME جدید را تأیید کنیم و یک ارائه‌دهنده شبکه، تجهیزات اجاره‌ای را تحویل دهد. اگرچه نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان حمل‌ونقل یا سایر ارائه‌دهندگان کمکی ارائه کنید، می‌توانید درخواستی برای خدمات حمل‌ونقل یا سایر خدمات کمکی که در طرح ما نیستند ارائه کنید.

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

G. تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما

G1. تیم خدمات درمانی

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

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

G2. طرح خدمات درمانی

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

طرح خدمات درمانی شما شامل این موارد می‌باشد:

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

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

H. خلاصه هزینه‌های مهم

هزینه‌های شما ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- حق بیمه طرح (**بخش H1**)
- مبلغ طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare (**بخش H2**)

در برخی شرایط، ممکن است حق بیمه طرح شما کمتر باشد

H1. حق بیمه طرح

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

H2. مبلغ پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare

اگر شما در طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare شرکت می‌کنید، از طرح خود برای داروهای ما (به‌جای پرداخت داروخانه) صورت‌حساب 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**، 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.

I. این *دفترچه راهنمای اعضا*

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

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

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

J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید

اطلاعات مهم دیگری که به شما ارائه می‌دهیم شامل کارت شناسایی (ID) عضویت، اطلاعات نحوه دسترسی به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* و اطلاعات درباره دسترسی به *فهرست داروهای تحت پوشش* است که با عنوان *فهرست داروهای تحت پوشش* یا *لیست دارو* نیز شناخته می‌شود.

J1. از کارت شناسایی (ID) عضویت شما

شما تحت طرح ما یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود خواهید داشت که شامل «خدمات و حمایت‌های بلندمدت» (LTSS)، برخی خدمات سلامت رفتاری و داروهای نسخه‌ای می‌شود. شما این کارت را هنگام دریافت هرگونه خدمات یا داروهای تجویزی نشان می‌دهید. این یک نمونه کارت شناسایی (ID) عضویت است:

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

تا وقتی در طرح ما عضویت دارید، لزومی ندارد از کارت Medicare خود به رنگ‌های قرمز، سفید و آبی یا کارت Medi-Cal خود برای دریافت بیشتر خدمات استفاده کنید. از این کارت‌ها در محل امنی نگهداری کنید چون ممکن است بعدا به آن‌ها نیاز داشته باشید. اگر کارت Medicare خود را به جای کارت شناسایی (ID) عضویت نشان دهید، ارائه‌دهنده ممکن است به جای طرح سلامت ما برای Medicare صورت‌حساب بفرستد و شما ممکن است صورت‌حسابی را دریافت نمایید. ممکن است از شما خواسته شود کارت Medicare خود را نشان دهید اگر نیاز به خدمات بیمارستانی، خدمات آسایشگاه، یا شرکت در مطالعات تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare (که به آن کارآزمایی‌های بالینی نیز گفته می‌شود) داشته باشید. برای اطلاع از این‌که در صورت دریافت صورت‌حساب از یک ارائه‌دهنده چه کاری باید انجام دهید، به **فصل 7**، این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

- خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)
- خدمات تخصصی سلامت روان و اختلال مصرف مواد (SUD) شهرستان.
- خدمات برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)
- خدمات Rx یا ارائه‌دهندگان تحت پوشش Medi-Cal یا "Medi-Cal Rx"
- خدمات دندان‌پزشکی تحت پوشش Medi-Cal
- خدمات معافیت مبتنی بر منزل و جامعه (HCBS)
- خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS)
- مراقبت‌های طولانی‌مدت (LTC) ازجمله سوباکوت و تسهیلات مراقبت‌های متوسط

J2. *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها*

فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها، لیست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های موجود در شبکه طرح ما را نشان می‌دهد. مادامی که عضو طرح ما هستید، باید از ارائه‌دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید.

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

همچنین می‌توانید به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* در این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/2027providerdirectories.

در *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* اطلاعاتی از قبیل آدرس ها، شماره تلفن ها و ساعت های کاری ارائه شده است. همچنین توضیح می دهد آیا آن محل برای افراد دارای معلولیت امکانات مناسب‌سازی‌شده دارد یا خیر. *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* همچنین نشان می‌دهد که آیا ارائه‌دهندگان بیمار جدید می‌پذیرند و آیا به زبان‌های دیگری صحبت می‌کنند یا خیر. از طریق مرکز خدمات اعضا و این وب‌سایت می‌توانید جدیدترین اطلاعات به روز مربوط به تغییرات ایجاد شده در فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما را دریافت کنید. در صورت نیاز به کمک در یافتن ارائه دهنده یا داروخانه شبکه، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر مایل هستید *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* برای شما از طریق پست ارسال شود، می‌توانید با خدمات اعضا از طریق شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده است تماس بگیرید.

تعریف ارائه‌دهندگان شبکه

- ارائه‌دهندگان شبکه ما شامل موارد زیر می‌شوند:
  - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت از سلامت که به‌عنوان عضو طرح می‌توانید به آن‌ها مراجعه کنید؛
  - کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر مکان‌هایی که خدمات سلامت را در طرح ما ارائه می‌کنند؛ **و،**
  - خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)، خدمات سلامت رفتاری، سازمان‌های مراقبت خانگی، ارائه‌دهندگان وسیله پزشکی بادوام (DME) و سایرین که کالاها و خدماتی را ارائه می‌کنند که از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می‌کنید.

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

تعریف داروخانه‌های شبکه

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

J3. *فهرست داروهای تحت پوشش*

طرح ما شامل *فهرست داروهای تحت پوشش* می‌باشد. به این فهرست، به صورت اختصاری *فهرست داروها* می‌گوییم. این فهرست به شما می‌گوید که طرح ما کدام داروهای تجویزیرا پوشش می‌دهد. داروهای موجود در این فهرست توسط طرح ما با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب شده‌اند. *فهرست داروها* باید با الزامات Medicare مطابقت داشته باشد. داروهایی که قیمت آن‌ها براساس «برنامه مذاکره بر سر قیمت داروهای Medicare» تعیین شده است، در *فهرست داروهای* شما قرار خواهند گرفت، مگر اینکه مطابق توضیحات **فصل 5، بخش E**، از فهرست حذف و با داروی دیگری جایگزین شده باشند. Medicare فهرست داروهای Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) *را تأیید کرده است.*

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

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

J4. *توضیح مزایا*

هنگامی که از مزایای دارویی Medicare Part D استفاده می‌کنید، ما یک خلاصه برای شما ارسال می‌کنیم تا به شما کمک کند پرداخت‌های مربوط به داروهای Medicare Part D خود را درک کرده و پیگیری کنید. این گزارش خلاصه *توضیح مزایای تحت پوشش بیمه*(EOB) خوانده میشود.

EOB به شما اطلاع می‌دهد که مجموع مبلغی که شما یا دیگران به نمایندگی از شما برای داروهای Medicare Part D خود در طول ماه خرج کرده‌اید و همچنین مبلغی که ما برای هر یک از داروهای Medicare Part D شما پرداخت کرده‌ایم، چقدر است. این EOB یک صورت‌حساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری را در مورد داروهایی که مصرف می‌کنید مانند افزایش قیمت آن‌ها و سایر داروهای دارای تسهیم هزینه کمتر که ممکن است در دسترس باشد، در اختیار دارد. می‌توانید در مورد این گزینه‌های کم هزینه با تجویزکننده صحبت کنید. **فصل 6 این** *دفترچه راهنمای اعضا* شامل اطلاعات بیشتری در مورد EOB و این‌که چگونه به شما کمک می‌کند پوشش دارویی خود را پیگیری کنید است.

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

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 وب‌سایت می‌توانید درخواستتان را ارائه کنید https://www.express-scripts.com/rx. اگر انتخاب کنید که به این شکل اقدام کنید، وقتی EOB 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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

(تصاویر) از صورتحساب‌های توضیح مزایای بخش D (EOB قسمت D) چاپ‌شده هستند.

این EOB ها را نگه دارید. این‌ها مدارک مهمی در مورد هزینه‌های دارویی شما هستند.

K. به‌روز نگه داشتن سابقه عضویت

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

ما به این اطلاعات نیاز داریم تا مطمئن شویم که اطلاعات صحیحی از شما در سوابق خود داریم. 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. بهمین‌دلیل، بسیار اهمیت دارد که به ما در به‌روز نگه داشتن اطلاعات خود کمک کنید.

فورا در مورد موارد زیر به ما اطلاع دهید:

- تغییرات ایجادشده در نام، آدرس یا شماره تلفن؛
- تغییرات در هر پوشش بیمه درمانی دیگر، مانند کارفرمای شما، کارفرمای همسرتان، یا کارفرمای شریک زندگی شما، یا غرامت؛
- اگر هرگونه ادعای مسئولیت دارید، از قبیل ادعای خسارت برای حوادث رانندگی؛
- پذیرش در بیمارستان یا مرکز پرستاری؛
- مراقبت در یک بیمارستان یا اتاق اورژانس؛
- تغییرات اطلاعات فردی که از شما مراقبت می‌کند (یا هر کسی که مسئول شما است)؛ **و**،
- اگر در یک مطالعه تحقیقات بالینی شرکت کنید. (**توجه:** شما ملزم نیستید درباره مطالعه تحقیقات بالینی که قصد شرکت در آن را دارید، اطلاعاتی به شما ارائه دهید، اما شما را تشویق می‌کنیم که این کار را انجام دهید.)

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

همچنین می‌توانید با مراجعه به وبسایت ما به آدرس go.wellcare.com/HealthNetCA اطلاعات بیشتری کسب کنید. روی دکمه "Login (ورود)" کلیک کنید. وارد حساب کاربری جدید شوید یا یک حساب جدید ایجاد کنید. سپس پیام مطمئنی را برای ما بفرستید. اگر سؤالی دارید و یا نیاز به کمک دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. خدمات اعضا 27
B. هماهنگ‌کننده مراقبت شما 29
C. برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) 32
D. خط تلفن مشاوره پرستاری 33
E. خط بحران سلامت رفتاری 33
F. سازمان بهبود کیفیت (QIO) 34
G. Medicare 35
H. Medi-Cal 36
I. دفتر دادخواه Medi-Cal مراقبت‌های مدیریت‌شده و سلامت روان 37
J. خدمات اجتماعی شهرستان 37
K. دفتر خدمات سلامت رفتاری شهرستان 38
L. سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده California 39
M. سلامت ائتلاف مصرف‌کنندگان (HCA) 39
N. برنامه‌های کمک به افراد در پرداخت هزینه‌های داروهای تجویزی 39
N1. «کمک اضافی» از Medicare 40
N2. برنامه کمک‌های دارویی ایدز (ADAP) 41
N3. طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare 42
O. تأمین اجتماعی 42

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

P. هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB) 43
Q. بیمه گروهی یا سایر بیمه‌های ارائه‌شده از سوی کارفرما 43
R. برنامه دادخواه Medicare Medi-Cal 44
S. طرح دندانپزشکی Medi-Cal 44

A. خدمات اعضا

تلفن تماس	1-800-431-9007 این تماس 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. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711. این تماس 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
وب‌سایت	go.wellcare.com/HealthNetCA

برای دریافت کمک در موارد زیر با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- سؤالات مربوط به طرح
- سؤالاتی در مورد مطالبات یا صورت‌حساب
- تصمیم‌گیری درباره پوشش بیمه سلامت
  - تصمیم‌گیری درباره پوشش مراقبت درمانی شما شامل موارد زیر است:
    - مزایای شما و خدمات تحت پوشش، **یا**
    - مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می‌کنیم.
  - اگر در تصمیم‌گیری درباره پوشش در مورد مراقبت درمانی خود سؤالی دارید با ما تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش، به **فصل 9** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

- تجدیدنظر در مورد مراقبت درمانی شما

  - تجدیدنظر روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می‌باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده‌ایم و درخواست از ما برای تغییر آن اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم یا با آن مخالف هستید.

  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** ، *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

- شکایت‌های مربوط به بیمه مراقبت از سلامت

  - می‌توانید درباره ما یا هریک از ارائه‌دهندگان (شامل ارائه‌دهنده خارج شبکه یا داخل شبکه) شکایت کنید. ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح ما کار می‌کند. همچنین می‌توانید شکایتی به ما یا به سازمان بهبود کیفیت (QIO) درباره کیفیت مراقبتی که دریافت کرده‌اید ارائه کنید (به **بخش F**مراجعه کنید).

  - برای مطرح کردن شکایت خود می‌توانید با ما از طریق این شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید:

  - اگر نسبت به تصمیم‌گیری درباره پوشش طرح خدمات درمانی خود شکایت دارید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید (به بخش بالا مراجعه کنید).

  - شما می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. شما می‌توانید از فرم آنلاین در وب‌سایت www.medicare.gov/my/medicare-complaint استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست راهنمایی با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

  - می‌توانید با تماس با شماره 1-855-501-3077 از طرح ما به برنامه دادخواه Medicare Medi-Cal شکایت کنید.

  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شکایت در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود، به **فصل 9** *دفترچه راهنمای اعضا*. مراجعه کنید.

- تصمیم‌گیری درباره پوشش داروها

  - تصمیم‌گیری درباره پوشش داروهای شما شامل موارد زیر است:

    - مزایا و داروهای تحت پوشش شما، **یا**

    - مبلغی که ما برای داروهای شما می‌پردازیم.

  - داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند، مانند داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین های خاص، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به وب سایت Medi-Cal Rx به آدرس (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) رجوع کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید.

- برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص تصمیمات مربوط به داروهای‌تان، به **فصل 9** ، این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- تجدیدنظر در مورد داروهای شما.
  - تجدیدنظر راهی برای درخواست از ما برای ایجاد تغییرات در تصمیم‌گیری درباره پوشش می‌باشد.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص درخواست تجدیدنظر در مورد داروهای‌تان، به **فصل 9** ، این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- شکایت در مورد داروها.
  - شما می‌توانید در مورد ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این کار شامل شکایت در مورد داروهای تجویزی شما می‌شود.
  - اگر شکایت شما در مورد تصمیم‌گیری درباره پوشش مربوط به داروهای تجویزی است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (به بخش بالا مراجعه کنید.)
  - شما می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. شما می‌توانید از فرم آنلاین در وب‌سایت www.medicare.gov/my/medicare-complaint استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست راهنمایی با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارسال شکایت برای داروهای‌تان، به **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- پرداخت هزینه خدمات مراقبت از سلامت یا داروهایی که قبلا پرداخت شده‌اند.
  - جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص نحوه درخواست بازپرداخت هزینه یا پرداخت صورتحساب دریافتی، به **فصل 7** از *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - اگر برای پرداخت صورت‌حساب درخواست کنید و ما با هر بخشی از درخواست شما موافقت نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. به **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا*مراجعه کنید.

B. هماهنگ‌کننده مراقبت شما

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

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

- به هماهنگ‌سازی خدمات مراقبت درمانی که نیازهای مراقبت درمانی شما را برآورده می‌کنند کمک می‌کند.

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

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

تلفن تماس	1-833-340-0083 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت EST. 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. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711. این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت EST. 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
وب‌سایت	go.wellcare.com/HealthNetCA

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

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

- سؤالات مربوط به خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت (LTSS) شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS) و مراکز پرستاری (NF)

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات محلی بزرگسالان (CBAS)
- مراقبت پرستاری تخصصی
- فیزیوتراپی
- کاردرمانی
- گفتاردرمانی
- خدمات پزشکی اجتماعی
- مراقبت از سلامت در خانه
- خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS) از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستان
- گاهی اوقات می‌توانید کمک‌هایی را دررابطه‌با مراقبت از سلامت و نیازهای زندگی روزمره‌تان دریافت کنید
- خدمات پشتیبانی محلی
  - جابه‌جایی مسکن خدمات ناوبری
  - ودیعه مسکن
  - اجاره مسکن و خدمات پایدار
  - برنامه‌های تثبیت روز
  - مراقبت‌های بهبودی
  - خدمات استراحت
  - موارد سازگاری با دسترسی محیطی
  - مواد غذایی متناسب با دارو / مواد غذایی حمایتی پزشکی
  - مرکز امداد سوءمصرف الکل
  - درمان آسم
  - اجاره انتقالي

C. برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP)

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. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهد و کمک کنند بدانید برای مدیریت مشکل خود چه کار کنید. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر شهرستان دارد و خدمات رایگان ارائه می‌دهد.

HICAP یک برنامه ایالتی مستقل (که با هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت مرتبط نیست) است که از دولت فدرال بودجه دریافت می‌کند تا مشاورهرایگان بیمه سلامت محلی به افراد دارای Medicare ارائه دهد.

تلفن تماس	1-800-434-0222 از ساعت 8 صبح تا 4 بعدازظهر به وقت محلی، دوشنبه تا جمعه
TTY	1-800-735-2929
با این آدرس مکاتبه کنید:	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
وب‌سایت	www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

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

- سوالات مربوط به Medicare
- مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما درباره تغییر و جابجایی به یک طرح جدید پاسخ داده و کمکتان کنند:
  - آگاهی از حقوقتان،
  - گزینه‌های طرح خود را بدانید،
  - پاسخ به سوالات در مورد طرح‌های تعویض،
  - شکایت‌های مربوط به مراقبت بهداشتی یا درمان، **و**
  - کمک به مسائل مربوط به‌صورت‌حساب یا مطالبات.

D. خط تلفن مشاوره پرستاری

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

تلفن تماس	1-800-431-9007 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

E. خط بحران سلامت رفتاری

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) یک خط سلامت رفتاری برای اعضای نیازمند این نوع کمک ارائه می‌دهد. اعضایی که در بحران سلامت رفتاری قرار دارند، می‌توانند به‌صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با یک پزشک بالینی دارای مجوز صحبت کنند که می‌تواند به آن‌ها در دریافت خدمات مورد نیازشان کمک کند. با شماره زیر با ما تماس بگیرید.

تلفن تماس	1-800-646-5610 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، 365 روز سال. 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. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

TTY	711. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، 365 روز سال.

برای دریافت کمک با خط بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید:

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

برای سؤالات مربوط به خدمات تخصصی سلامت روان شهرستان خود، به **بخش K** مراجعه کنید.

F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی به نام «سلامت را آغاز کنید» دارد. این سازمان از گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت درمانی تشکیل شده است که به بهبود کیفیت مراقبت اعضای Medicare کمک می‌کنند. «سلامت را آغاز کنید»، سازمانی مستقل است. این هیچ ارتباطی با طرح ما ندارد.

تلفن تماس	1-877-588-1123
TTY	711
با این آدرس مکاتبه کنید:	Commence Health/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
وب‌سایت	www.commencehealthqio.cms.gov/en

برای دریافت خدمات از طریق راه‌های زیر با «سلامت را آغاز کنید» در ارتباط باشید:

- سؤال درباره حقوق خدمات درمانی
- ارسال شکایت در مورد خدمات درمانی که دریافت می‌کنید:
  - با کیفیت مراقبت از قبیل گرفتن دارو اشتباه، آزمایش‌ها یا روش‌های غیر ضروری یا تشخیص اشتباه، مشکل داشته باشید،
  - اگر فکر می‌کنید مدت زمان بستری شدن در بیمارستان بسیار زود تمام شده است، **یا**
  - اگر فکر می‌کنید خدمات مراقبت از سلامت شما در منزل، مرکز پرستاران باتجربه یا تسهیلات جامع توانبخشی سرپایی (CORF) بسیار سریع تمام شده است.

G. Medicare

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

سازمان فدرال مسئول Medicare در واقع مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS می‌باشد. این آژانس با سازمان‌های Medicare Advantage، ازجمله طرح ما، قرارداد دارد.

تلفن تماس	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته رایگان است.
TTY	1-877-486-2048. این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
گفت‌وگوی زنده	گفت‌وگوی زنده در www.Medicare.gov/talk-to-someone
با این آدرس مکاتبه کنید:	با Medicare به آدرس PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 مکاتبه کنید
وب‌سایت	www.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 غربالگری، عکسبرداری یا واکسن، و ویزیت 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.

وب‌سایت	برای ارسال شکایت برای Medicare به این وب‌سایت مراجعه کنید: www.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.

H. Medi-Cal

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

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

در Medicare و در Medi-Cal ثبت‌نام شده‌اید. اگر سؤالی درباره مزایای Medi-Cal دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت طرح خودتان تماس بگیرید. اگر سوالی درباره نام‌نویسی در طرح Medi-Cal دارید، با بخش «گزینه‌های مراقبت از سلامت» تماس بگیرید.

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

I. دفتر دادخواه Medi-Cal مراقبت‌های مدیریت‌شده و سلامت روان

دفتر رسیدگی کمک می‌کند تا مشکلات را از دیدگاه خنثی حل کنیم تا اطمینان حاصل شود که اعضای ما کلیه خدمات تحت پوشش پزشکی مورد نیاز را دریافت می‌کنند. آن‌ها گوش می‌دهند، به سوالات شما پاسخ می‌دهند، وضعیت شما را تحلیل می‌کنند، سیاست‌ها و رویه‌ها را توضیح می‌دهند، اطلاعات، مشاوره و گزینه‌ها را ارائه می‌دهند و مراجعه‌های مناسب را پیشنهاد می‌دهند. وظیفه آن‌ها کمک به ایجاد راه حل‌های منصفانه برای مشکلات در خصوص دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی است. آن‌ها با طرح ما یا هرگونه شرکت بیمه یا طرح سلامت دیگری هیچ رابطه‌ای ندارد. خدمات آن‌ها رایگان است.

تلفن تماس	1-888-452-8609 8 صبح تا 5 عصر، دوشنبه تا جمعه.
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
با این آدرس مکاتبه کنید:	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وب‌سایت	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. خدمات اجتماعی شهرستان

اگر در رابطه با مزایای خدمات پشتیبانی داخلی (IHSS) یا واجد شرایط بودن Medi-Cal به کمک نیاز دارید، با آژانس خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید.

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

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

شهرستان Los Angeles	
تلفن تماس	1-866-613-3777 این تماس رایگان است. به‌جز تعطیلات: دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 عصر.
TTY	711
با این آدرس مکاتبه کنید:	برای پیدا کردن نزدیک‌ترین دفتر خدمات اجتماعی به این وب‌سایت مراجعه کنید: https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html
وب‌سایت	dpss.lacounty.gov

K. دفتر خدمات سلامت رفتاری شهرستان

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

شهرستان Los Angeles	
تلفن تماس	خط مرکز دسترسی: 1-800-854-7771 خط ویژه مربوط به خدمات سوءمصرف مواد (SASH): این تماس رایگان است 1- 844-804-7500 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

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

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

L. سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده California

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

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

M. سلامت ائتلاف مصرف‌کنندگان (HCA)

اتحادیه مصرف‌کنندگان سلامت (HCA) یک همکاری سراسری در ایالت است که کمک‌های حقوقی رایگان به‌صورت آنلاین، تلفنی یا حضوری ارائه می‌دهد تا به ساکنان California که برای دریافت یا حفظ پوشش درمانی خود با مشکل مواجه هستند و برای حل مشکلات مربوط به طرح‌های درمانی‌شان به کمک نیاز دارند، یاری دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد HCA یا برای دریافت کمک‌های احتمالی، با شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید یا به این سایت مراجعه کنید: www.healthconsumer.org/.

N. برنامه‌های کمک به افراد در پرداخت هزینه‌های داروهای تجویزی

وب‌سایت Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) اطلاعاتی در مورد چگونگی کاهش هزینه‌های دارویی شما ارائه می‌دهد. برای افراد کم‌درآمد، برنامه‌های دیگری نیز برای کمک وجود دارند که در زیر شرح داده می‌شوند.

N1. «کمک اضافی» از Medicare

از آن‌جا که برای Medi-Cal واجدشرایط هستید، برای دریافت کمک اضافی از Medicare واجدشرایط هستید و آن را دریافت می‌کنید تا هزینه‌های طرح داروهای تجویزی‌تان را پرداخت کنید. برای دریافت این کمک اضافی لازم نیست کاری انجام دهید.

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

اگر فکر می‌کنید مبلغ نادرستی برای نسخه خود در داروخانه پرداخت می‌کنید، برنامه ما فرآیندی دارد تا به شما کمک کند شواهد مربوط به مبلغ درست پرداخت مشترک خود را جمع‌آوری کنید. اگر قبلاً شواهدی از مبلغ درست دارید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا این شواهد را با ما به اشتراک بگذارید.

- با شماره پایین صفحه با «خدمات اعضا»تماس بگیرید و به ما اطلاع دهید که فکر می‌کنید واجد شرایط 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 Medi-Cal ذی‌نفع خود را که نام و تاریخ واجد شرایطی شما طی یک ماه بعد از ژوئن سال تقویمی گذشته در آن درج شده باشد.
  - یک نسخه از سندی ایالتی که وضعیت Medi-Cal طی یک ماه بعد از ژوئن سال تقویمی گذشته در آن درج شده باشد.
  - یک نسخه چاپی از فایل ثبت‌نام الکترونیکی ایالتی که وضعیت Medi-Cal طی یک ماه بعد از ژوئن سال تقویمی گذشته در آن درج شده باشد.
  - سایر اسناد ارائه‌شده از سوی ایالت که وضعیت Medi-Cal طی یک ماه بعد از ژوئن سال تقویمی گذشته در آن درج شده باشد.
  - یک تصویر چاپی از سیستم‌های Medi-Cal که وضعیت Medi-Cal طی یک ماه بعد از ژوئن سال تقویمی گذشته در آن درج شده باشد.
  - یک نامه از طرف سازمان تأمین اجتماعی (SSA) که نشان دهد شما درآمد مکمل تأمین اجتماعی (SSI) دریافت می‌کند.

- یک درخواست ارائه شده از سوی«واجد شرایط» که تأیید می‌کند شما «... به طور خودکار واجد شرایط دریافت کمک اضافی هستید...» (نشریه SSA HI 03094.605)

- اگر شما در مؤسسه نگهداری از افراد حضور دارید و فکر می‌کنید واجد شرایط «تسهیم هزینه صفر» هستید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و به نماینده بگویید که به نظرتان واجد شرایط «کمک اضافی» هستید. ممکن است لازم باشد یکی از 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 اسناد عنوان‌شده را تهیه کنید و فکر می‌کنید واجد شرایط «کمک اضافی» هستید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید تا یکی از نمایندگان 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 بیش‌ازحد پرداخت مشترک خود را پرداخت کنید، ما آن را یا از طریق چک یا با اعتبار برای پرداخت مشترک آینده به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر داروخانه پرداخت مشترک شما را دریافت نکرده باشد و شما به آن‌ها بدهکار باشید، ممکن است ما پرداخت را مستقیماً به داروخانه انجام دهیم. اگر ایالت به نمایندگی از شما پرداخت کرده باشد، ممکن است ما پرداخت را مستقیماً به ایالت انجام دهیم. اگر سؤالی دارید، با خدمات اعضا به شماره‌ای که در پایین صفحه ذکرشده تماس بگیرید.

N2. برنامه کمک‌های دارویی ایدز (ADAP)

ADAP به افراد واجدشرایط ADAP که مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز هستند کمک می‌کند تا به داروهای نجات دهنده اچ‌آی‌وی دسترسی داشته باشند. داروهای تجویزی Medicare Part D که در لیست داروی ADAP نیز هستند، برای کمک در پرداخت مبلغ تسهیم هزینه از طریق برنامه کمک‌های دارویی ایدز (ADAP) واجدشرایط هستند. توجه: برای واجدشرایط بودن برای برنامه ADAP در ایالت شما، افراد باید معیارهای خاصی را داشته باشند، ازجمله ارائه مدرک اقامت در ایالت، وضعیت اچ‌آی‌وی، درآمد پایین (طبق تعریف ایالت)، و وضعیت بدون بیمه یا بیمه ناکافی. اگر بین طرح‌ها جابه‌جا می‌شوید، حتماً به مددکار اجتماعی مسئول ثبت‌نام ADAP محلی‌تان اطلاع دهید تا بتوانید همچنان کمک‌ها را دریافت کنید. برای اطلاع از معیارهای برخورداری از شرایط، داروهای تحت پوشش، و نحوه ثبت‌نام در برنامه، روزهای دوشنبه تا جمعه (به‌غیراز روزهای تعطیل) از 8 صبح تا 5 عصر، به وقت محلی، از طریق شماره 1-844-421-7050 (TTY 711) با برنامه کمک‌های دارویی ایدز (ADAP) تماس بگیرید.

N3. طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare

طرح پرداخت قسطی هزینه داروهای تجویزی Medicare یک گزینه پرداخت است که با پوشش دارویی فعلی شما هماهنگ است تا به شما کمک کند هزینه‌های شخصی مربوط به داروهای تحت پوشش این طرح را مدیریت کنید، با توزیع این هزینه‌ها در طول سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر). 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 باقی می‌مانید، نیازی به انجام کاری برای ادامه این گزینه ندارید.** کمک اضافی از Medicare و کمک از SPAP و ADAP، برای کسانی که واجدشرایط هستند، نسبت به مشارکت در این گزینه پرداخت، صرف‌نظر از سطح درآمد شما، مزایای بیشتری دارد و طرح‌هایی که پوشش دارویی دارند باید این گزینه پرداخت را ارائه دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این گزینه پرداخت، با خدمات اعضا به شماره تلفن درج‌شده در پایین صفحه تماس بگیرید یا به وب‌سایت www.medicare.gov مراجعه کنید.

O. تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی واجدشرایط بودن برای Medicare را تعیین می‌کند و ثبت‌نام در Medicare را مدیریت می‌کند.

اگر نقل‌مکان می‌کنید یا آدرس پستی خود را تغییر می‌دهید، مهم است که با تأمین اجتماعی تماس بگیرید و آن‌ها را مطلع کنید.

تلفن تماس	1-800-772-1213 تماس با این شماره رایگان است. از 8 صبح تا 7 شب، روزهای دوشنبه تا جمعه دردسترس است. شما می‌توانید از خدمات تلفن خودکار آن‌ها جهت دریافت اطلاعات ثبت‌شده و برخی کارها در تمام 24 ساعت شبانه‌روز استفاده کنید.
TTY	1-800-325-0778 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
وب‌سایت	www.ssa.gov

P. هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB)

RRB یک سازمان مستقل فدرال است که برنامه‌های جامع مزایا را برای کارگران راه‌آهن کشور و خانواده‌هایشان مدیریت می‌کند. اگر Medicare را از طریق RRB دریافت می‌کنید، در صورت نقل‌مکان یا تغییر آدرس پستی، آن‌ها را مطلع کنید. برای سؤالات درباره مزایای خود از RRB، با این آژانس تماس بگیرید.

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

Q. بیمه گروهی یا سایر بیمه‌های ارائه‌شده از سوی کارفرما

اگر شما (یا همسر یا شریک خانگی‌تان) طبق این طرح از کارفرما یا گروه بازنشستگانِ خودتان (یا همسرتان/شریک خانگی‌تان) مزایایی دریافت می‌کنید، در صورت داشتن هرگونه پرسش با «مدیر مزایای کارفرما/اتحادیه» یا «خدمات اعضا» با شمارهٔ تلفنی که در پایین صفحه آمده است تماس بگیرید. می‌توانید درباره مزایای سلامت کارفرما یا مزایای سلامت بازنشستگی خودتان (یا همسر یا شریک خانگی‌تان)، حق بیمه، یا دوره ثبت‌نام سؤال کنید. شما همچنین 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 دارویی کنونی‌تان چگونه با طرح ما هماهنگ می‌شود.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

R. برنامه دادخواه Medicare Medi-Cal

برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal کمک رایگان ارائه می‌دهد تا به افرادی که برای دریافت یا حفظ پوشش بهداشتی یا حل مشکلات با برنامه‌های بهداشتی خود دچار مشکل هستند، کمک کند.

اگر درخصوص موارد زیر مشکل دارید:

- Medi-Cal
- Medicare
- طرح سلامت شما
- دسترسی به خدمات پزشکی
- درخواست تجدیدنظر خدمات رد شده، داروها، وسیله پزشکی بادوام (DME)، خدمات بهداشت روان و غیره.
- صورت‌حساب پزشکی
- خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)

R. برنامه دادخواه Medicare Medi-Cal، در موضوعات مربوط به شکایت‌ها، درخواست‌های تجدیدنظر و دادرسی‌ها کمک می‌کند. شماره‌تلفن برنامه دادخواه 1-855-501-3077 است.

S. طرح دندانپزشکی Medi-Cal

برخی از خدمات دندان‌پزشکی از طریق طرح دندان‌پزشکی Medi-Cal در دسترس هستند؛ که شامل موارد زیر هستند اما محدود به آن‌ها نیستند:

- معاینات اولیه، عکسبرداری، سیلانت، جرمگیری و فلورایددرمانی
- ترمیم و روکش؛
- درمان کانال‌های ریشه دندان؛ و
- دندان مصنوعی کامل و جزئی، تنظیمات، ترمیم‌ها و ریلاین.

تلفن تماس	1-800-322-6384 تماس رایگان است. نمایندگان دندانپزشکی Medi-Cal (FFS) از 8 صبح تا 5 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند.
TTY	1-800-735-2922 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
وب‌سایت	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

به جای طرح «خدمات دندانپزشکی رایگان Medi-Cal»، می‌توانید مزایای دندانپزشکی را از طریق طرح مراقبت‌های مدیریت‌شده دندانپزشکی دریافت کنید. طرح‌های مراقبت هماهنگ دندانپزشکی در شهرستان‌های Sacramento و Los Angeles قابل ارائه هستند. اگر درباره طرح‌های دندانپزشکی اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا می‌خواهید طرح دندانپزشکی خود را تغییر دهید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 6 عصر با بخش «گزینه‌های مراقبت از سلامت» به شماره 1-800-430-4263 (شماره 1-800-430-7077 برای کاربران TTY) تماس حاصل فرمایید. این تماس رایگان است.
شماره‌های تماس مراقبت‌های دندانپزشکی مدیریت‌شده نیز در اینجا در دسترس است: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

فصل 3: استفاده از پوشش بیمه طرح ما برای خدمات درمانی و سایر خدمات تحت پوشش

مقدمه

این فصل حاوی شروط و قواعد خاصی می‌باشد که شما باید برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش طرح ما از آن‌ها مطلع باشید. همچنین به شما درباره هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان، نحوه دریافت مراقبت از انواع مختلف ارائه‌دهندگان و در شرایط خاص (ازجمله از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، اقداماتی که باید انجام دهید درصورتی‌که مستقیماً برای خدماتی که ما پوشش می‌دهیم صورت‌حساب دریافت کنید، وقوانین مربوط به مالکیت وسیله پزشکی بادوام (DME) اطلاع می‌دهد. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *دفترچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌دهندگان 48

B. مقررات دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد 48

C. هماهنگ‌کننده مراقبت 50

C1. مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت کیست 50

C2. چطور می‌توانید با هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود تماس بگیرید 50

C3. چطور می‌توانید هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود را تغییر دهید 50

D. مراقبت از سوی ارائه‌دهندگان 50

D1. مراقبت از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) 50

D2. خدمات درمانی توسط متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان شبکه 53

D3. هنگامیکه یک ارائه‌دهنده، طرح سلامت ما را ترک می‌کند 54

D4. ارائه‌دهنده خارج از شبکه: 55

E. خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS) 56

F. خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد) 56

F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح ما ارائه می‌شود 56

G. خدمات حمل‌ونقل 60
G1. حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی 60
G2. حمل‌ونقل غیرپزشکی 61
H. خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانس پزشکی، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام فاجعه 63
H1. مراقبت در وضعیت اورژانس پزشکی 63
H2. مراقبت‌های فوری ضروری 64
H3. مراقبت در شرایط بروز بلایا 66
I. اگر هزینه خدمات تحت پوشش مستقیماً برای شما صادر شود، چه می‌شود 66
I1. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد چه باید کرد 66
J. پوشش خدمات مراقبت از سلامت هنگامی که داوطلب شرکت در مطالعه تحقیقات بالینی شده‌اید 67
J1. تعریف مطالعه تحقیقات بالینی 67
J2. پرداخت هزینه خدمات زمانی که در مطالعه تحقیقات بالینی حضور دارید 67
J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی بالینی 68
K. خدمات ارائه‌شده توسط مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی چطور تحت پوشش قرار می‌گیرند 68
K1. تعریف مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی 68
K2. دریافت خدمات از مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی 68
L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME) 69
L1. DME به‌عنوان عضوی از طرح ما 69
L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare 69
L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به‌عنوان عضو طرح ما 70
L4. تجهیزات اکسیژن هنگام جابجایی به طرح Original Medicare یا طرح دیگر Medicare Advantage (MA) 70

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌دهندگان

این **خدمات** شامل مراقبت پزشکی، خدمات و حمایتهای بلندمدت (LTSS)، لوازم، خدمات سلامت رفتاری، داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه، وسیله‌های و سایر خدمات است. **خدمات تحت پوشش** هر یک از خدماتی هستند که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند. خدمات بهداشتی تحت پوشش، سلامت رفتاری و LTSS در **فصل 4** این *دفترچه راهنمای اعضا*ذکر شده‌اند. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای تجویزی و بدون نسخه در **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا*آمده است.

ارائه‌دهندگان پزشکان، پرستاران و سایر افرادی هستند که خدمات و مراقبت به شما ارائه می‌دهند و از سوی ایالت مجوز دارند. ارائه‌دهندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی در منزل، کلینیک‌ها و دیگر مکان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و برخی از LTSSها است.

ارائه‌دهندگان شبکه ارائه‌دهندگانی هستند که با طرح ما همکاری دارند. این ارائه‌دهندگان مبلغ پرداخت شده توسط ما را به‌عنوان کل مبلغ قابل پرداخت می‌پذیرند. ما ترتیب دادیم که این ارائه‌دهندگان خدمات تحت پوشش را به شما ارائه دهند. ارائه‌دهنده شبکه برای مراقبتی که به شما می‌دهند مستقیما برای ما صورت‌حساب ارسال می‌کنند. زمانی که از یک ارائه‌دهنده شبکه استفاده می‌کنید، معمولا هیچ مبلغی برای خدمات تحت پوشش آن پرداخت نخواهید کرد.

B. مقررات دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد

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

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

- مراقبتی که دریافت می‌کنید باید در نمودار مزایای پزشکی ما در **فصل 4** این *دفترچه راهنمای اعضا*ذکر شده باشد.
- خدمات درمانی باید **ضرورت پزشکی** داشته باشد. منظور ما از لحاظ پزشکی ضروری خدماتی است که برای تشخیص و درمان وضعیت سلامت شما معقول و ضروری است. مراقبت ضروری پزشکی، خدمات مهمی است که افراد را از بیماری جدی یا ناتوانی در امان نگه می‌دارد و با درمان بیماری، بیماری یا جراحت، درد شدید را کاهش می‌دهد.
- برای خدمات پزشکی، شما باید یک **ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)** در شبکه داشته باشید که مراقبت‌های شما را ارائه و بر آن نظارت کند. به‌عنوان یک عضو طرح، باید یک ارائه‌دهنده شبکه را انتخاب کنید تا PCP شما باشد (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش D1** این فصل مراجعه کنید).
  - در بیشتر موارد، PCP شبکه شما یا طرح ما باید پیش از اینکه بتوانید از یک ارائه‌دهنده استفاده کنید که PCP شما نیست یا از ارائه‌دهنده دیگری در شبکه طرح سلامت استفاده کنید به شما تأییدیه بدهد. این کار **ارجاع** نام دارد. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را تحت پوشش قرار ندهیم.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

- پزشکان PCP طرح سلامت ما به گروه‌های پزشکی مختلفی وابسته هستند. وقتی PCP خود را انتخاب می‌کنید گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. این امر بدین معنی است که PCP شما را به متخصصان و خدماتی که با گروه پزشکی آن‌ها همکاری دارند هم ارجاع خواهد داد. گروه پزشکی به گروهی متشکل از PCPها، متخصصین، و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت گفته می‌شود که با یکدیگر همکاری دارند و تحت قرارداد با طرح ما همکاری می‌کنند.

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

- **شما باید مراقبت‌های خود را از ارائه‌دهندگان شبکه دریافت کنید** (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش D** در این فصل مراجعه کنید). معمولاً ما خدمات درمانی از طرف ارائه‌دهنده‌ای را که با طرح سلامت ما همکاری ندارد نمی‌پذیریم. این بدان معناست که شما باید هزینه کامل خدمات دریافتی را مستقیما به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. در این‌جا چند مورد ذکر می‌شوند که این قاعده اطلاق‌پذیر نمی‌باشد:

  - ما مراقبت‌های اضطراری یا مراقبت‌های فوری ضروری را ازسوی ارائه‌دهنده خارج از شبکه پوشش می‌دهیم (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش H**این فصل مراجعه کنید).

  - اگر به خدمات درمانی تحت پوشش طرح ما نیاز دارید و ارائه‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند آن را در اختیار شما قرار دهند، شما می‌توانیداین خدمات درمانی را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. اگر لازم است نزد ارائه‌دهنده خارج از شبکه بروید، به مجوز قبلی (PA) نیاز خواهد بود. پس از دریافت مجوز قبلی، به ارائه‌دهنده درخواست‌کننده و ارائه‌کنندهٔ موافقت‌کننده درباره تأیید مجوز اطلاع داده خواهد شد. در این شرایط، ما خدمات درمانی را به‌صورت رایگان تحت پوشش قرار می‌دهیم. برای اطلاع از دریافت تأیید برای استفاده از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه، به **بخش D4** در این فصل مراجعه کنید.

  - هنگامی که شما برای مدت کوتاهی خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید یا زمانی که ارائه‌دهنده به‌طور موقت فعالیت نمی‌کند یا قابل دسترسی نیست، خدمات دیالیز کلیه را پوشش می‌دهیم.

  - هنگامی که برای اولین بار به طرح ما ملحق شدید، می‌توانید درخواست کنید که همچنان به مراجعه به ارائه‌دهندگان فعلی خود ادامه دهید. با در نظر گرفتن بعضی از موارد استثنا، اگر بتوانیم مشخص کنیم که شما در زمان حال با ارائه‌دهندگان مربوطه مرتبط هستید، لازم است که این درخواست را تأیید کنیم. به **فصل 1** این *دفترچه راهنمای اعضا*مراجعه کنید. اگر ما درخواست شما را تأیید کنیم، می‌توانید به رفتن نزد ارائه‌دهنده‌های کنونی خود برای حداکثر 12 ماه ادامه دهید. در طول این مدت هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت با شما تماس می‌گیرد تا در یافتن ارائه‌دهندگان موجود در شبکهٔ ما که با گروه پزشکی PCP شما همکاری دارند به شما کمک کند. بعد از 12 ماه اگر همچنان بخواهید توسط ارائه‌دهندگانی ویزیت شوید که در شبکه ما نیستند و با گروه پزشکی PCP شما همکاری ندارند، این خدمات دیگر تحت پوشش ما نخواهند بود.

سایر پوشش‌های سلامت: از آنجا که Medi-Cal پرداخت‌کننده نهایی است، اعضای Medi-Cal باید هرگاه همان خدمت تحت سایر پوشش‌های سلامت شما در دسترس باشد، پیش از Medi-Cal از تمام سایر پوشش‌های سلامت استفاده کنند. به عبارت دیگر در اکثر موارد، Medi-Cal پرداخت‌کننده ثانویه نسبت به پوشش سلامت Medicare خواهد بود و هزینه‌های مجاز پرداخت‌نشده توسط Medicare یا سایر پوشش‌های بیمه سلامت را تا سقف نرخ Medi-Cal پوشش می‌دهد.

اعضای جدید Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): در اکثر موارد، شما از 1مین روز ماه پس از درخواست ثبت‌نام در Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) برای مزایای Medicare خود در Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ثبت‌نام خواهید شد. همچنان ممکن است بتوانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود تا حداکثر دو ماه دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را ازطریق Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید از طریق شماره موجود در پایین این صفحه، با ما تماس بگیرید.

C. هماهنگ‌کننده مراقبت

C1. مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت کیست

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

C2. چطور می‌توانید با هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود تماس بگیرید

«خدمات اعضا» می‌تواند برای تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت به شما کمک کند. هماهنگ‌کننده مراقبت برای کمک به شما در ارتباط با نیازهای مراقبت از سلامتتان در دسترس است. تیم هماهنگی مراقبت ما ممکن است با شما تماس بگیرد تا بپرسد آیا مایل هستید با یک مدیر مراقبت صحبت کنید.

C3. چطور می‌توانید هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود را تغییر دهید

در صورت تمایل به تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت خود با شماره در پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

D. مراقبت از سوی ارائه‌دهندگان

D1. مراقبت از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

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. این موارد شامل پزشکان متخصص در طب خانواده، طب عمومی، طب داخلی، زنان و زایمان (OB/GYN) و طب سالمندی می‌باشد.

شما می‌توانید یک کارشناس پزشکی غیر پزشک را به‌عنوان PCP خود انتخاب کنید. متخصصان ارائه‌دهنده خدمات درمانیِ غیرپزشک شامل ماماهای دارای گواهی‌نامه، پرستاران متخصص (NP) یا دستیاران پزشک (PA) هستند. شما به PCP ناظر ارتباط داده می‌شوید، اما خدمات خود را از کارشناس غیر پزشک انتخابی خود دریافت خواهید کرد. شما اجازه دارید که با عوض کردن PCP ناظر، کارشناس انتخابی خود را تغییر دهید. نام PCP ناظر در کارت شناسایی (ID) شما چاپ خواهد شد. ممکن است بتوانید متخصصی را به‌عنوان PCP خود داشته باشید. باید آن متخصص بخواهد و قادر باشد مراقبتی که لازم دارید را ارائه کند.

علاوه بر این، خدمات شما محدود به متخصصان و تسهیلاتی است که موافقت کرده‌اید در برنامه Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) شرکت کنید. از آنجا که با انتخاب این طرح، برای دریافت خدمات مراقبتی خود ملزم به استفاده از خدمات ارائه‌دهندگان مشخص‌شده در این فهرست خواهید بود، مهم است که فهرست ارائه‌دهندگان را به‌دقت بررسی کنید تا مطمئن شوید ارائه‌دهندگانی که معمولاً از خدمات آنها استفاده می‌کنید، در این فهرست قرار دارند. فهرست ارائه‌دهندگان در وب‌سایت ما به نشانی go.wellcare.com/2027providerdirectories دردسترس است.

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

- پرتوبرداری با اشعه ایکس،
- تست‌های آزمایشگاهی،
- درمان‌ها،
- 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 ارجاع (مانند به یک متخصص) و/یا مجوز قبلی (تأییدیه قبلی) نیاز دارد. اگر خدمات مورد نیاز شما به مجوز قبلی نیاز دارند، PCP شما این اجازه را از طرح سلامت ما یا گروه پزشکی شما درخواست خواهد کرد. برای مشاهده خدمات و اقلامی که به ارجاع و/یا مجوز قبلی نیاز دارند به **فصل 4** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

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.

انتخاب PCP

وقتی در طرح ما ثبت‌نام می‌کنید، یک گروه پزشکی تحت قرارداد از شبکه ما انتخاب خواهید کرد. گروه پزشکی به گروهی متشکل از PCPها، متخصصین، و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت گفته می‌شود که با یکدیگر همکاری دارند و تحت قرارداد با طرح ما همکاری می‌کنند. یک PCP نیز از این گروه پزشکی تحت قرارداد انتخاب خواهید کرد. مراجعه به مطب پزشک اولیه شما، باید برایتان آسان باشد. می‌توانید برای یک PCPای درخواست بدهید که در فاصله 10 مایل یا 30 دقیقه از محل سکونت یا کار شما باشد. گروه‌های پزشکی (و PCP و بیمارستان‌های وابسته به آن‌ها) را می‌توانید در *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* پیدا کنید یا به وب‌سایت ما به آدرس go.wellcare.com/2027providerdirectories مراجعه کنید.

برای اطمینان از امکان دسترسی به یک ارائه‌دهنده یا اگر درباره PCP خاصی سؤال دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY:711) تماس بگیرید.

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

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

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

گزینهٔ تغییر PCP

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

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

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

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

خدماتی که بدون تأیید قبلی PCP خود می‌توانید دریافت کنید

در بیشتر موارد، پیش از استفاده از سایر ارائه‌دهندگان لازم است که از PCP خود تأییدیه بگیرید. این تأییدیه **ارجاع** خوانده می‌شود. می توانید خدماتی مانند موارد لیست شده در زیر را بدون تأییدیه قبلی PCP دریافت کنید:

- خدمات اضطراری از ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه
- خدمات تحت پوشش فوری مورد نیاز که نیاز به مراقبت‌های پزشکی فوری (اما نه اضطراری) دارند، 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. بازدیدهای معمول حرفه‌ای از نظر پزشکی (مانند چک‌آپ‌های 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 خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید. اگر قبل از خروج از منطقه خدماتی با «خدمات اعضا» تماس بگیرید می‌توانیم کمک کنیم تازمانی‌که خارج از منطقه هستید دیالیز دریافت کنید.
- واکسن‌های آنفلوآنزا و COVID-19، همچنین واکسن‌های هپاتیت B و ذات‌الریه، به شرطی که از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت شوند.
- مراقبت درمانی عادی از خانم‌ها و خدمات تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه سینه، معاینه غربالگی ماموگرام (عکسبرداری اشعه ایکس از سینه)، آزمایش پپ و آزمایش لگن خاصره می‌شود مادامی که آن‌ها را از ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید.

علاوه‌براین، اگر عضو بومیان آمریکا باشید می‌توانید «خدمات تحت پوشش» را، بدون نیاز به دریافت ارجاع از PCP یا مجوز قبلی، از ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی بومیان آمریکا که خودتان انتخاب می‌کنید دریافت کنید.

D2. خدمات درمانی توسط متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان شبکه

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

- ارائه مراقبت از سوی متخصص سرطان‌شناسی برای بیماران سرطانی.

- خدمات قلبی برای بیماران دارای مشکل قلبی.
- خدمات ارتوپدی برای بیمارانی که در قسمت استخوان، عضله یا ماهیچه دچار مشکل هستند.

برای اینکه بتوانید نزد یک متخصص بروید، معمولاً لازم است که ابتدا اجازه 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 D1** 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 کسب اطلاعات در مورد اینکه کدام خدمات نیاز به مجوز قبلی دارند به **فصل 4** این دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

هر PCP در طرح، ممکن است بیماران را به متخصصان خاصی از طرح ارجاع دهد و از بیمارستان‌های خاصی در شبکه خودش استفاده کند. به دلیل اینکه بعضی از پزشکان مراقبت‌های اولیه (PCP) در شبکه‌های ارجاع محدود یا مشخصی فعالیت می‌کنند، PCP که انتخاب می‌کنید ممکن است تعیین کند که از کدام متخصصان و بیمارستان‌ها می‌توانید استفاده کنید. اگر متخصصان یا بیمارستان‌هایی وجود دارند که می‌خواهید استفاده کنید، دریابید که آیا PCP طرح 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. ما به شما می‌گوییم چگونه PCP خود را در **بخش D1 تغییر** دهید.

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

ارائه‌دهنده شبکه که درحال‌حاضر استفاده می‌کنید ممکن است طرح سلامت ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه‌دهندگان ما از طرح ما خارج شود، شما ازحقوق و حمایت‌های زیر برخوردار هستید که به‌طور خلاصه در ادامه آمده است:

- حتی اگر شبکه ارائه‌دهندگان ما در طول سال تغییر کند، باید به شما دسترسی بی‌وقفه به ارائه‌دهندگان واجدشرایط بدهیم.
- 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 سه سال گذشته توسط او ویزیت شده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
  - اگر هرکدام از سایر ارائه‌دهندگان شما از طرح ما خارج شوند و آن ارائه‌دهنده درحال‌حاضر برای شما تعیین شده باشد، اگر درحال‌حاضر خدمات درمانی را از او دریافت می‌کنید یا اگر در سه ماه گذشته توسط او ویزیت شده اید، این مسئله را به شما اطلاع خواهیم داد.

- به شما کمک خواهیم کرد تا یک ارائه‌دهنده مجرب جدید در داخل شبکه برای ادامه مدیریت نیازهای مراقبت درمانی خود انتخاب کنید.
- اگر درحال‌حاضر تحت درمان پزشکی یا درمان‌های خاصی با ارائه‌دهنده فعلی خود هستید، شما حق دارید درخواست کنید که درمان یا درمان‌های ضروری پزشکی خود را از طریق ارائه‌دهنده دیگری در شبکه ما 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.
- اگر نتوانیم یک متخصص واجد شرایط داخل شبکه که برای شما قابل دسترس است پیدا کنیم، باید یک متخصص خارج از شبکه را ترتیب دهیم تا در صورت موجود نبودن یا ناکافی بودن یک ارائه‌دهنده یا مزایای درون شبکه برای رفع نیازهای پزشکی شما، مراقبت شما را ارائه دهد. 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.
- اگر متوجه شدید که یکی از ارائه‌دهندگان شما طرح ما را ترک می‌کند، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم در انتخاب یک ارائه‌دهنده جدید برای مدیریت مراقبت‌تان به شما کمک کنیم.
- اگر فکر می‌کنید که ارائه‌دهنده قبلی شما را با ارائه‌دهنده واجدشرایط جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را به خوبی مدیریت نمی‌کنیم، این حق را دارید که شکایت‌نامه‌ای درخصوص کیفیت مراقبت نزد QIO، اعتراضی بر کیفیت مراقبت یا هر دو را ارسال کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 9** مراجعه کنید.)

D4. ارائه‌دهنده خارج از شبکه:

می‌توانید بدون ارجاع یا مجوز قبلی برای خدمات اضطراری یا خدمات مورد نیاز فوری مورد نیاز، به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه بروید. خدمات دیالیز برای اعضای ESRD بدون مجوز قبلی پوشش داده می‌شود اگر عضو در خارج از منطقه خدماتی برنامه‌ریزی‌شده سفر کند یا اگر ارائه‌دهنده به طور موقت در دسترس نباشد. در غیر این صورت، اگر از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه استفاده می‌کنید، باید تأیید قبلی کتبی داشته باشید. ما نمی‌توانیم به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه که برای ارائه خدمات به شما تأیید نشده است، پول پرداخت کنیم. اگر تصمیم گرفتید نزد ارائه‌دهنده‌ای بروید که تأیید نشده است، باید هزینه کامل خدماتی را که دریافت می‌کنید بپردازید.

اگر از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه استفاده کنید، آن ارائه‌دهنده باید Medicare و/یا Medi-Cal را بپذیرد.

- ما نمی‌توانیم به ارائه‌دهنده‌ای که واجدشرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست، پرداختی داشته باشیم.
- اگر از ارائه‌دهنده‌ای استفاده کنید که واجدشرایط شرکت در Medicare نیست، باید هزینه کامل خدمات دریافتی را خودتان پرداخت کنید.
- ارائه‌دهندگان موظف‌اند به شما اطلاع دهند اگر واجدشرایط شرکت در Medicare نباشند.

E. خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS)

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

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

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

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

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

شما حق دارید به خدمات سلامت رفتاری ضروری پزشکی که توسط Medicare و Medi-Cal پوشش داده می‌شوند، دسترسی داشته باشید. ما دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش مراقبت‌های مدیریت شده Medicare و مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا خدمات مربوط به اختلالات مصرف مواد در سطح شهرستان را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق آژانس سلامت رفتاری محلی شهرستان شما در دسترس هستند.

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

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

- خدمات سلامت روان
- خدمات پشتیبانی دارویی

- خدمات درمان فشرده روزانه
- بازتوانی روزانه
- خدمات مداخله در بحران
- خدمات تثبیت بحران
- خدمات درمان مسکونی بزرگسالان
- خدمات درمان مسکونی در موارد بحرانی
- خدمات مرکز درمانی روانپزشکی
- خدمات روانپزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند
- بازگشت به جامعه پس از درگیری قضایی
- درمان جامعه قاطعانه (ACT)
- پزشکی قانونی آزاردهنده درمان جامعه (FACT)
- مراقبت‌های ویژه هماهنگ (CSC) برای روان پریشی اپیزود اول (FEP)
- سرویس‌های کلاب هاوس
- خدمات افزایش یافته کارکنان بهداشت جامعه (CHW)
- استخدام پشتیبانی شده
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات اجتماعی مداخله از راه دور در موارد بحرانی
- خدمات رفتار درمانی
- مراقبت سرپرستی درمانی
- هماهنگی مراقبت‌های ویژه
- خدمات ویژه در خانه

خدمات دارو Medi-Cal (DMC) که توسط نهاد شهرستانی زیر ارائه می‌شود، شامل موارد زیر است:

ناحیه	سازمان
Los Angeles	اداره سلامت روان (DMH) شهرستان Los Angeles و اداره سلامت عمومی شهرستان Los Angeles (کنترل و پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر) (DPH/SAPC)

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

اگر معیارهای دریافت این خدمات را دارید، خدمات سیستم تحویل سازمان‌یافته دارو Medi-Cal (DMC-ODS) از طریق ارائه‌دهندگان Medi-Cal خدمات در قبال هزینه (FFS) در دسترس شما است.
خدمات DMC-ODS شامل موارد زیر است:

- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- خدمات بستری شدن جزئی در بیمارستان
- داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می‌شود.)
- خدمات درمان مسکونی
- خدمات مدیریت ترک اعتیاد
- برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات بازیابی
- هماهنگی مراقبت‌ها
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات اجتماعی مداخله از راه دور در موارد بحرانی
- خدمات مدیریت وابستگی به مواد مخدر
- خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضاء زیر 21 سال)
- غربالگری دوره ای زودرس، تشخیص و درمان (برای اعضای زیر 21 سال)
- خدمات درمانی بستری

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

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

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

استثناها و محدودیت‌های خدمات سلامت رفتاری

برای مشاهده فهرست استثناها و محدودیت‌های خدمات سلامت رفتاری، لطفاً به **فصل 4**: مزایایی که توسط طرح ما Medicare یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شوند، مراجعه کنید.

رویه مورد استفاده برای تشخیص ضرورت پزشکی خدمات سلامت رفتاری

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

مراحل ارجاع بین Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) و آژانس‌های شهرستان:

ارجاع به خدمات سلامت رفتاري ممکن است بین طرح ما و ادارات شهرستان زیر صورت گیرد:

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

ناحیه	سازمان
Los Angeles	اداره سلامت روان (DMH) شهرستان Los Angeles و اداره سلامت عمومی شهرستان Los Angeles (کنترل و پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر) (DPH/SAPC)

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

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

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

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

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

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

G. خدمات حمل‌ونقل

G1. حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی

شما درصورتی‌که نیازهای پزشکی داشته باشید که مانع استفاده از خودرو، اتوبوس یا تاکسی برای رفتن به نوبت‌های پزشکی‌تان شود، حق استفاده ازحمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی (NEMT) را دارید. خدمات حمل‌ونقل پزشکی غیراضطراری (NEMT) می‌توانند برای تمام خدمات تحت پوشش Medi-Cal، از جمله نوبت‌های پزشکی، دندان‌پزشکی، سلامت روان، درمان اختلال مصرف مواد و داروخانه، ارائه شوند. اگر به حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی (NEMT) نیاز دارید، می‌توانید با PCP خود صحبت کنید و آن را درخواست کنید. PCP شما بهترین نوع حمل‌ونقل را برای رفع نیازهای شما تعیین می‌کند. اگر به حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی (NEMT) نیاز دارید، پزشک شما با تکمیل یک فرم و ارسال آن به Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) برای تأیید، آن را تجویز خواهد کرد. بسته به نیاز پزشکی شما ممکن است بتوانید تأییدی تا 12 ماه دریافت کنید. پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) شما نیاز شما به خدمات حمل‌ونقل پزشکی غیراضطراری (NEMT) را حداکثر هر 12 ماه یک‌بار دوباره ارزیابی خواهد کرد.

حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی (NEMT) آمبولانس، ون زباله، ون صندلی چرخدار یا حمل‌ونقل هوایی است. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) کم‌هزینه‌ترین شیوه حمل‌ونقل تحت پوشش و مناسب‌ترین حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی (NEMT) را برای نیازهای پزشکی شما فراهم می‌کند، زمانی که به حمل‌ونقل برای رفتن به قرار ملاقات خود نیاز دارید. به‌عنوان‌مثال، اگر از نظر جسمی یا پزشکی بتوانید با ون ویلچری جابه‌جا شوید، Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) هزینه آمبولانس راپوشش نخواهد داد. فقط زمانی می‌توانید از حمل هوایی استفاده کنید که وضعیت سلامت شما، استفاده از هر گونه وسیله نقلیه زمینی را ناممکن ساخته باشد.

NEMT باید در شرایط زیر استفاده شود:

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

برای درخواست حمل‌ونقل پزشکی که پزشک شما برای **قرارهای معمول**، تجویز کرده است، حداقل 72 ساعت قبل از قرار ملاقات خود (دوشنبه تا جمعه) با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای **قرار ملاقات‌ها**، لطفاً هرچه سریعتر تماس بگیرید. هنگام تماس کارت شناسایی (ID) عضویت خود را آماده داشته باشید. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید تماس بگیرید.

محدودیت‌های حمل‌ونقل پزشکی

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل پزشکی را پوشش می‌دهد که نیازهای پزشکی شما را از خانه‌تان تا محل نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده‌ای که با آن امکان ملاقات دارید برآورده می‌کند. اگر Medicare یا Medi-Cal خدمات را پوشش ندهند، حمل‌ونقل پزشکی ارائه نخواهد شد. اگر نوع قرار ملاقات، تحت پوشش Medi-Cal باشد اما نه از طریق طرح سلامت، Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شما کمک می‌کند تا حمل‌ونقل خود را طرح‌ریزی کنید. فهرستی از خدمات تحت پوشش در **فصل 4** این *دفترچه راهنمای اعضا* آمده است. حمل‌ونقل خارج از شبکه یا منطقه خدماتی Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) پوشش داده نمی‌شود مگر این‌که از قبل برای آن مجوز داده شده باشد.

G2. حمل‌ونقل غیرپزشکی

مزایای حمل‌ونقل غیرپزشکی (NMT) شامل رفت‌وآمد به قرار ملاقات و بازگشت از آن‌ها شما برای دریافت خدمات مجاز شناخته شده از سوی ارائه‌دهنده شما است. شما می‌توانید بدون هیچ هزینه‌ای سوار شوید، زمانی که:

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شما امکان می‌دهد از خودرو، تاکسی، اتوبوس یا سایر روش‌های عمومی/خصوصی برای رفتن به قرارهای ملاقات برای خدماتی که توسط ارائه‌دهنده شما تأیید شده‌اند، استفاده کنید. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) برای هماهنگ کردن حمل‌ونقل غیرپزشکی (NMT)، از ModivCare کمک می‌گیرید. ما کمترین هزینه و نوع حمل‌ونقل غیر پزشکی (NMT) که نیازهای شما را برآورده می‌کند، پوشش می‌دهیم.

گاهی اوقات، می‌توانید هزینه‌ای را که برای سوار شدن در یک وسیله نقلیه شخصی که خودتان ترتیب داده‌اید، صرف کرده‌اید، بازپس بگیرید. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) باید **قبل** از دریافت سرویس حمل‌ونقل، آن را تأیید کند و شما باید به ما اطلاع دهید که چرا نمی‌توانید از روش‌های دیگر مانند اتوبوس استفاده کنید. می‌توانید از طریق تماس تلفنی، ایمیل یا به‌صورت حضوری با ما در ارتباط باشید. **هزینه‌های مربوط به حمل‌ونقل خودتان بازپرداخت نمی‌شوند.**

بازپرداخت مسافت پیموده شده به تمام موارد زیر نیاز دارد:

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

جهت درخواست حمل‌ونقل برای خدماتی که تأیید شده‌اند، حداقل 72 ساعت (دوشنبه تا جمعه) قبل از قرار ملاقات خود با خدمات اعضای Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید. برای **قرار ملاقات‌های فوری**، لطفاً هرچه سریعتر تماس بگیرید. هنگام تماس کارت شناسایی (ID) عضویت خود را آماده داشته باشید. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید تماس بگیرید.

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

محدودیت‌های حمل‌ونقل غیر پزشکی

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل غیرپزشکی (NMT) که نیازهای شما را برآورده می‌کند، از خانه شما به نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده‌ای که قرار ملاقات در آن در دسترس است، فراهم می‌کند. **شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا مستقیماً بازپرداخت شوید.**

NMT اعمال **نمی‌شود** اگر:

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

H1. مراقبت در وضعیت اورژانس پزشکی

مورد اضطراری پزشکی یك وضعیت سلامت است که علائمی از قبیل بیماری، درد شدید، آسیب جدی، یا یك حالت پزشکی دارد که به‌سرعت بدتر می‌شود. یعنی وضعیت مزبور آنقدر جدی است که اگر فورا تحت مداوای پزشکی قرار نگیرید، شما یا هر شخص دارای اطلاعات درمانی و پزشکی متوسط می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

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

اگر در وضعیت اورژانس پزشکی هستید:

- **هرچه زودتر کمک دریافت کنید.** با 911 تماس بگیرید یا به نزدیک‌ترین اتاق اورژانس یا بیمارستان مراجعه کنید. در صورت لزوم برای آمبولانس درخواست کنید. نیازی به دریافت تأییدیه یا ارجاع از طرف PCP شما وجود**ندارد** . شما نیازی به استفاده از ارائه‌دهنده 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 می‌توانید خدمات اضطراری تحت پوشش را دریافت کنید حتی اگر این ارائه‌دهندگان خارج از شبکه باشند.
- **به محض اینکه برایتان امکان‌پذیر بود حتماً در مورد وضعیت اضطراری‌تان به طرح ما اطلاع دهید.** ما مراقبت‌های اضطراری شما را پیگیری می‌کنیم. شما یا شخصی دیگر باید معمولاً در مدت 48 ساعت در مورد مراقبت‌های اضطراری‌تان با ما تماس بگیرد. با این حال، در صورت تأخیر در اطلاع‌رسانی، هزینه خدمات اضطراری را پرداخت نخواهید کرد. از طریق شماره تلفن درج‌شده در پایین صفحه، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانس پزشکی

طرح ما خدمات آمبولانس در شرایطی که رسیدن به اتاق اورژانس از هر طریق دیگر سلامت شما را به خطر می‌اندازد تحت پوشش قرار می‌گیرند. خدمات پزشکی ارائه شده در شرایط اضطراری را پوشش می‌دهیم. به منظور کسب اطلاعات بیشتر، به جدول مزایا در **فصل 4** *از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه* کنید.

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

ارائه‌دهندگانی که به شما مراقبت‌های اضطراری می‌دهند تصمیم می‌گیرند که چه زمانی وضعیت شما پایدار است و وضعیت اورژانس پزشکی به پایان برسد. آن‌ها به درمان شما ادامه می‌دهند و در صورت نیاز به مراقبت‌های بعدی برای بهتر شدن، برای طرح ریزی با ما تماس خواهند گرفت.

طرح ما خدمات پیگیری مراقبت سلامت را پوشش می‌دهد. اگر مراقبت‌های اضطراری خود را از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید، ما تلاش خواهیم کرد که ارائه‌دهنده شبکه در اسرع وقت درمان شما را به عهده بگیرند. مهم است که 5 تا 7 روز بعد از دریافت مراقبت‌های اضطراری به ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه تان مراجعه کنید. از طرف تیم مراقبت ما با شما تماس گرفته می شود تا در تعیین قرار ملاقات های پیگری مورد نیاز و دسترسی به مزایای بهبودی مفید به شما کمک شود.

دریافت مراقبت‌های اضطراری درصورتی‌که وضعیت اضطراری نباشد

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

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

- به یکی از ارائه‌دهندگان شبکه مراجعه کنید، **یا**
- مراقبت اضافی که دریافت می‌کنید «مراقبت مورد نیاز فوری» محسوب می‌شود و شما از قوانین دریافت آن پیروی می‌کنید. به بخش بعد مراجعه کنید.

H2. مراقبت‌های فوری ضروری

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

مراقبت‌های فوری ضروری در منطقه خدماتی طرح ما

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

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

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

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

اگر وضعیت شما خیلی حاد نیست: با PCP یا گروه پزشکی خود تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید با آن‌ها تماس بگیرید یا فوراً به مراقبت پزشکی نیاز دارید، به نزدیک‌ترین مرکز پزشکی، مرکز مراقبت فوری یا بیمارستان مراجعه کنید.

اگر مطمئن نیستید که وضعیت‌تان اضطراری است یا به مراقبت‌های فوری نیاز دارید یا خیر، خط پرستاری ما در هر زمانی، روز یا شب، در دسترس شما است. می‌توانید با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) که 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته در دسترس است، با خط مشاوره پرستار ما تماس بگیرید.

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

مراقبت‌های فوری ضروری خارج از منطقه خدماتی طرح ما

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

طرح ما در شرایط زیر، خدمات اورژانسی و مراقبت‌های فوری را در سراسر جهان خارج از ایالات متحده و قلمروهای وابسته به آن پوشش می‌دهد.

هنگام سفر به خارج از ایالات متحده شما حداکثر تا سقف $50,000 برای مراقبت‌های فوری و اضطراری تحت پوشش خواهید بود. مبالغ بشتر از این مقدار تحت پوشش نیست.

هزینه جابجایی و برگشت به ایالات متحده از کشوری دیگر و همچنین داروهای خریداری شده در خارج از ایالات متحده تحت پوشش نیست. همچنین هزینه 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.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به «مراقبت‌های اضطراری» و «خدمات مورد نیاز فوری» در نمودار مزایای **فصل 4** این دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید یا با خدمات اعضا از طریق شماره تلفن درج‌شده در پایین صفحه تماس بگیرید.

خدمات فوری مورد نیاز که در خارج از ایالات متحده دریافت می‌شوند، ممکن است تحت پوشش مزایایاضطراری/فوری جهانی به‌عنوان یک مورد اضطراری در نظر گرفته شوند. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به «مراقبت‌های اضطراری» در نمودار مزایا در **فصل 4**، این دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

H3. مراقبت در شرایط بروز بلایا

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

لطفاً جهت کسب اطلاعات در مورد نحوه دریافت خدمات درمانی مورد نیاز در زمانی که یک فاجعه طبیعی اعلام شده است به این آدرس مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

I. اگر هزینه خدمات تحت پوشش مستقیماً برای شما صادر شود، چه می‌شود

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.

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

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

طرح ما تمام خدمات را پوشش می‌دهد اگر:

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

اگر خدماتی دریافت کنید که طرح ما آن‌ها را پوشش نمی‌دهد، **باید کل هزینه را خودتان پرداخت کنید**، مگر این‌که توسط برنامه دیگری از Medi-Cal خارج از طرح ما پوشش داده شود.

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

فصل 9 این *دفترچه راهنمای اعضا* توضیح می‌دهد که اگر می‌خواهید ما یک خدمت یا آیتم پزشکی را پوشش دهیم، چه باید بکنید. همچنین نحوه درخواست تجدیدنظر برای تصمیم‌گیری درباره پوشش ما را به شما می‌گوید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

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

J1. تعریف مطالعه تحقیقات بالینی

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

در صورت تمایل به شرکت در یک مطالعه تحقیقات بالینی مورد تأیید Medicare، نیازی **نیست** که به ما بگویید یا از ما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود تأییدیه دریافت کنید. ارائه‌دهندگانی که در چارچوب مطالعه به شما مراقبت ارائه می‌دهند، لازم **نیست** ارائه‌دهنده شبکه 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.

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

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

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

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

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

J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی بالینی

می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرکت در یک پژوهش بالینی، «Medicare و مطالعه تحقیقات بالینی» (Medicare & Clinical Research Studies) را در وب‌سایت Medicare مطالعه کنید (https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

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

K1. تعریف مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

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

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

K2. دریافت خدمات از مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

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

- منظور از خدمات درمانی «غیرمتعارف» هر نوع خدمات مراقبتی یا درمانی است که از نظر دولت فدرال، ایالت و قانون محلی **داوطلبانه و غیرضروری** تلقی می‌شوند.
- درمان پزشکی «متعارف» هر نوع خدمات مراقبتی یا درمانی است که **داوطلبانه نبوده** و تحت هرگونه قانون فدرال، ایالتی یا محلی لازم 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 خدمات دریافتی در این مؤسسه به شما ارائه شود، باید شرایط زیر محقق باشد:
  - شما باید مبتلا به یک وضعیت سلامت باشید که به شما امکان می‌دهد خدمات تحت پوشش را برای خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان یا مراقبت مرکز پرستاران باتجربه دریافت کنید.

- باید پیش از پذیرش در این موسسه از ما تأییدیه دریافت کنید، در غیر این صورت اقامت شما در آن‌جا پوشش داده **نخواهد** شد.

تازمانی‌که الزامات بالا را برآورده کنید، برای خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان پوشش نامحدود وجود دارد.

L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

L1. DME به‌عنوان عضوی از طرح ما

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

شما برخی اقلام DME مانند پروتزها را مالک هستید.

در این قسمت درباره DME اجاره‌ای توضیح داده می‌شود. شما به عنوان عضوی از طرح ما می‌توانید تا وقتی از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد و نیاز طولانی مدت داشته باشید از DME برخوردار شوید. علاوه‌براین، این اقلام باید توسط PCP شما،گروه پزشکی و/یا Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) مجاز، هماهنگ و ترتیب داده شوند. برای کسب اطلاعات درباره شرایط اجاره یا مالکیت وسیله پزشکی بادوام و اسنادی که باید ارائه کنید، با مرکز خدمات اعضای ما به شمارهٔ موجود در پایین صفحه تماس بگیرید.

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 مالک آن نخواهید شد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرایط مالکیت یا کرایه کردن DME و اسنادی که باید ارائه کنید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare

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

اگر دیگر Medi-Cal نداشته باشید، باید 13 پرداخت متوالی تحت Original Medicare انجام دهید، یا تعداد پرداخت‌های متوالی تعیین‌شده توسط برنامه MA را انجام دهید، تا مالک آیتم DME شوید، اگر:

- درحالی‌که در طرح ما بودید، مالک آیتم DME نشده‌اید، **و**
- برنامه خود را ترک کنید و مزایای Medicare را خارج از هر طرح سلامت در برنامه Original Medicare یا MA دریافت کنید.

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

- شما باید 13 پرداخت جدید متوالی تحت Original Medicare یا تعداد پرداخت‌های جدید متوالی تعیین‌شده توسط برنامه MA انجام دهید تا مالک آیتم DME شوید.
- در صورت برگشت به طرح Original Medicare یا MA هیچ استثنایی در این مورد وجود نخواهد داشت

L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به‌عنوان عضو طرح ما

اگر واجدشرایط دریافت تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare هستید، ما پوشش می‌دهیم:

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

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

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

اگر تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند و شما **از طرح ما خارج شده و به Original Medicare تغییر وضعیت داده باشید**، به مدت 36 ماه آن را از یک ارائه‌دهنده اجاره خواهید کرد. پرداخت‌های ماهانه اجاره شما تجهیزات اکسیژن و تدارکات و خدمات ذکر شده در بالا را پوشش می‌دهد. Medicare و Medi-Cal این موارد را پوشش می‌دهنداگر هنوز در Medicare و Medi-Cal ثبت‌نام کرده باشید.

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

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

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

- ارائه‌دهنده دیگر موظف نیست تا تجهیزات را در اختیار شما قرار دهد و شما می‌توانید تجهیزات جایگزین را از هر تأمین‌کننده دیگری دریافت کنید.
- یک دوره پنج ساله جدید شروع می‌شود.

- به مدت 36 ماه می‌توانید تجهیزات را از تأمین کننده اجاره کنید.
- تأمین‌کننده شما باید تجهیزات اکسیژن، وسایل و خدمات را برای 24 ماه دیگر در اختیار شما قرار دهد.
- تازمانی‌که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد، هر پنج سال یک بار چرخه جدیدی شروع می‌شود.

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

فصل 4: نمودار مزایا

مقدمه

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

اعضای جدید Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): در اکثر موارد، شما از 1مین روز ماه پس از درخواست ثبت‌نام در(Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP برای مزایای Medicare خود در(Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP ثبت‌نام خواهید شد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را ازطریق Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سوالی دارید، لطفاً با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش 74
B. مقررات مربوط به ارائه‌دهندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می‌کنند 74
C. درباره نمودار مزایای طرح ما..... 74
D. نمودار مزایای طرح ما..... 78
E. پشتیبانی‌های اجتماعی 138
F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح..... 142
F1. خدمات افراد ناتوان در California (CCT) 142
F2. طرح دندانپزشکی Medi-Cal..... 143
F3. خدمات حمایتی در خانه (IHSS)..... 144
F4. (c) 1915 طرح‌های چشم‌پوشی از خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS)..... 144
F5. خدمات سلامت رفتاری شهرستان که خارج از طرح ما ارائه می‌شود (خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد) 147
G. مزایایی که طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش نمی‌دهند 150

A. خدمات تحت پوشش

این بخش اطلاعاتی در مورد خدماتی که طرح درمانی ما پوشش می‌دهد به شما می‌گوید. در مورد خدماتی که پوشش داده نمی‌شوند هم می‌توانید یاد بگیرید. اطلاعات مربوط به مزایای دارو در **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* ارائه شده است. این فصل همچنین درباره محدودیت های بعضی از خدمات توضیحاتی ارائه کرده است.

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

اگر برای درک اینکه چه خدماتی تحت پوشش هستند کمک می‌خواهید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.

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

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

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

C. درباره نمودار مزایای طرح ما

در نمودار مزایای ذکر شده است که هزینه کدام خدمات از طرف طرح برای شما پرداخت می‌شود. (پوشش دارو در **فصل 5** توضیح داده شده است.) خدمات تحت پوشش را به ترتیب حروف الفبا فهرست کرده و توضیح می‌دهد.

ما هزینه خدمات ذکر شده در نمودار مزایا را در صورت رعایت قوانین زیر پرداخت می‌کنیم.
شما برای خدماتی که در نمودار مزایا ذکر شده‌اند، هیچ هزینه‌ای پرداخت **نمی‌کنید** به شرطی که واجد شرایط زیر باشید.

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را طبق قوانین تعیین شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌کنیم.

- این خدمات از جمله خدمات پزشکی، سلامت رفتار و سوءاستفاده از مواد، خدمات و پشتیبانی بلندمدت، امکانات، تجهیزات، و داروها باید از نظر پزشکی ضرورت داشته باشند. ضرورت پزشکی خدمات، لوازم، یا داروهایی را که برای پیشگیری، تشخیص، یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامت فعلی خود نیاز دارید توصیف می‌کند. این موضوع شامل مراقبتی می‌شود که از رفتن شما به بیمارستان یا مرکز پرستاری جلوگیری می‌کند. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته‌شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند. خدمات، زمانی از نظر «پزشکی ضروری» هستند که از نظر منطقی برای محافظت از جان شما، پیشگیری از بروز بیماری‌های حاد یا ناتوانی‌های شدید یا کاهش دردهای شدید لازم باشند.

- برای اعضای جدید ثبت‌نام‌شده، در 90 روز اول ممکن است نیازی به دریافت تأیید قبلی برای هر دوره درمانی فعال نداشته باشید، حتی اگر دوره درمانی برای خدماتی باشد که با یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه آغاز شده است.

- شما می‌توانید از ارائه‌دهنده شبکه مراقبت دریافت کنید. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری دارد. در اکثر موارد، مراقبت‌هایی که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، مگر اینکه مراقبت‌های فوری ضروری یا اورژانسی مورد نیاز باشد، یا این‌که طرح شما یا ارائه‌دهنده شبکه به شما ارجاع داده باشد. این بدان معناست که شما باید هزینه کامل خدمات خارج از شبکه را به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. **فصل 3** این دفترچه *راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری در مورد استفاده از ارائه‌دهندگان شبکه و خارج از شبکه ارائه می‌دهد.

- شما یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) یا یک تیم مراقبت دارید که مراقبت‌های شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در اکثر موارد، PCP شما باید قبل از این‌که بتوانید از ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP خود یا سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح ما استفاده کنید، تأییدیه بدهد. این کار ارجاع نام دارد. **فصل 3**، این‌دفترچه *راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری در مورد دریافت ارجاع و مواقعی که به آن نیاز **ندارید**ارائه می‌دهد.

- ما برخی از خدمات ذکر شده در نمودار مزایا را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک یا ارائه‌دهنده شبکه دیگر ابتدا تأییدیه ما را دریافت کند. به این کار دریافت مجوز قبلی (PA) گفته می‌شود. ما خدمات تحت پوشش در نمودار مزایا را که نیاز به PA دارند با فونت مورب می‌نویسیم.

- اگر طرحتان تأیید درخواست PA 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.

- 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 www.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.)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

- 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 شما در دوره 3 ماهه صلاحیت ادامه دار طرح Medi-Cal ما هستید، ما به ارائه تمام مزایای Medicare تحت پوشش طرح Medicare Advantage ادامه خواهیم داد. با این حال ممکن است پوشش Medi-Cal شما زودتر از پوشش Medicare تمام شود. وقتی پوشش Medi-Cal شما به پایان می رسد، ما هزینه مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نمی کنیم. ما هزینه‌های مربوط به Medicare را که اگر پوشش Medi-Cal خود را از دست نداده بودید، Medi-Cal پرداخت می‌کرد، پرداخت خواهیم کرد. برای اطلاعات تکمیلی، با خدمات اعضا از طریق شماره‌ای که در پایین صفحه درج شده است تماس بگیرید.

ما به شما کمک خواهیم کرد تا دوباره واجد شرایط دریافت Medi-Cal شوید. اگر در زمانی که همچنان برای پوشش Medicare خود در طرح ما ثبت‌نام هستید، صلاحیت Medi-Cal شما دوباره برقرار شود، پرداخت مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و عضویت شما در طرح ما نیز ادامه خواهد داشت. اگر بعد از اینکه ما شما را از پوشش Medicare خارج کردیم دوباره برای Medi-Cal واجد شرایط شدید، باید برای ثبت‌نام مجدد در برنامه با ما تماس بگیرید.

اطلاعات مهم مربوط به مزایا برای اعضای دارای عارضه‌های مزمن خاص.

- 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.

همه خدمات پیشگیری رایگان هستند. این سیب 🍎 خدمات پیشگیرانه را در نمودار مزایا نشان می‌دهد.

D. نمودار مزایای طرح ما

	خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
🍎	**غربالگری آنوریسم آئورت شکمی** ما هزینه یک بار سونوگرافی غربالگری برای افراد در معرض خطر پرداخت خواهیم کرد طرح ما فقط در صورتی هزینه این غربالگری را پوشش می‌دهد که دارای عوامل خطر مشخصی باشید و اگر از پزشک، دستیار پزشک (PA)، پرستار متخصص (NP) یا متخصص پرستاری بالینی (CNS) خود ارجاع داده شوید.	$0
	طب سوزنی ما تا سقف دو بار برای هر ماه تقویمی هزینه‌های سرپایی طب سوزنی بیماران را پرداخت می‌کنیم، و در صورتی تعداد دفعات بیشتری را پوشش می‌دهیم که این جلسات از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد. اگر کمر درد مزمن دارید که به‌صورت زیر تعریف می‌شود، ما هزینه 12 جلسه طب سوزنی در مدت 90 روز را هم پرداخت می‌کنیم: • 12 هفته یا بیشتر ادامه داشته باشد؛ • خاص نباشد (بدون علت سیستمی قابل شناسایی، مانند مواردی که مربوط به بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی نباشد)؛ **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
طب سوزنی • مربوط به عمل جراحی نباشد؛ • مربوط به بارداری نباشد. علاوه بر آن، اگر درد مزمن کمر شما تا حدودی بهبود پیدا کند، هزینه هشت جلسه طب سوزنی دیگر نیز پرداخت می‌شود امکان این وجود ندارد که در هر سال بیش از 20 جلسه درمان طب سوزنی برای درد پایین کمر دریافت کنید. درصورتی‌که بهتر نشدید یا بدتر شدید، درمان طب سوزنی باید متوقف 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. پس از اینکه تمام مزایای Medicare خود را مصرف کردید، خدمات به حداکثر 2 خدمت در ماه محدود می‌شود، یا ترکیبی از 2 خدمت در ماه از میان خدمات زیر: طب سوزنی، کایروپراکتیک، کاردرمانی، آسیب‌شناسی گفتار، شنوایی‌شناسی یا طب پا. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	طب سوزنی **طرح ما همچنین خدمات تکمیلی طب سوزنی (تحت پوشش طرحی بجز Medicare) را تا مجموع 24 بار در سال پوشش می دهد.** در بیشتر موارد، برای دریافت خدمات تحت پوشش باید از یک ارائه‌دهنده تحت قرارداد استفاده کنید. اگر در مورد نحوه استفاده از این مزایا سؤالی دارید، لطفاً با طرح ما تماس بگیرید. چند نمونه از خدمات تحت پوشش عبارتند از: • یک معاینات بیمار جدید یا معاینات بیمار که برای اولین ارزیابی بیمار با یک مشکل جدید سلامت یا دوره جدید عود بیماری تنظیم شده است • انجام معاینات بیمار (در مدت 3 سال پس از معاینات جدید) • جلسه معاینات پیگیری در مطب - ممکن است شامل خدمات طب سوزنی یا معاینات مجدد باشد • نظر دوم از ارائه‌دهنده متفاوت در شبکه • خدمات فوری و اضطراری برای کمک در یافتن ارائه دهنده شبکه می توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.	
	مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل ما هزینه یک بار غربالگری سوء مصرف الکل (SABIRT) را برای افراد بزرگسالی که سوء مصرف الکل دارند، اما به الکل وابسته نیستند، پرداخت می‌کنیم. این موضوع شامل زنان باردار می‌شود. اگر معاینه تشخیصی شما برای اعتیاد به الکل مثبت باشد، می‌توانید حداکثر چهار جلسه کوتاه مشاوره رو در رو در سال را با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) یا کاروری در محیط مراقبت‌های اصلی دریافت کنید (اگر در طول مشاوره قادر و هشدار باشید).	$0

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	خدمات آمبولانس خدمات آمبولانس تحت‌پوشش چه برای وضعیت اضطراری و چه برای شرایط غیراضطراری، ازجمله خدمات زمینی یا هوایی (هواپیما و بالگرد). آمبولانس شما را به نزدیکترین محلی خواهد برد که بتوان به شما مراقبت ارائه کرد. عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای سلامتی یا جان شما خطرناک باشد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد (غیراضطراری) باید به تأیید ما برسد. در مواردی که اضطراری نمی‌باشند، ما ممکن است هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای زندگی یا سلامتی شما خطرناک باشد.	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
	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
	ویزیت تندرستی سالانه شما می‌توانید یک معاینه چک آپ سالانه را دریافت کنید. این معاینه برای ایجاد یا بروز رسانی طرح پیشگیری براساس عوامل مخاطره آمیز فعلی شما می‌باشد. ما هر 12 ماه یک بار این هزینه را پرداخت خواهیم کرد. **توجه**: معاینه تندرستی سالانه شما نمی‌تواند دیرتر از 12 ماه پس از ویزیت **به Medicare خوش آمدید** شما انجام شود. با وجود این، برای دریافت معاینه تندرستی سالانه پس از گذراندن قسمت B به مدت 12 ماه، نیازی به ویزیت **به Medicare خوش آمدید** ندارید.	$0

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	خدمات پیشگیرانه آسم شما می‌توانید آموزش آسم و ارزیابی محیط خانه را برای محرک‌هایی که معمولا در خانه افراد مبتلا به آسم که به خوبی کنترل نشده یافت می‌شود، دریافت کنید.	$0
🍎	**سنجش تراکم استخوان** ما هزینه برخی ارزیابی‌های خاص را برای اعضای واجدشرایط (معمولا فردی که در معرض خطر از دست دادن حجم توده استخوان یا پوکی استخوان باشد) پرداخت خواهیم کرد. این روال‌ها توده استخوان را شناسایی کرده، از دست رفتن استخوان را پیدا کرده یا کیفیت استخوان را مشخص می‌کند. ما هر 24 ماه یک بار یا در صورت ضرورت پزشکی در فواصل زمانی کوتاهتر، این هزینه را پرداخت می‌کنیم . همچنین ما هزینه پزشک را برای بررسی و نظردهی درباره نتایج پرداخت خواهیم کرد.	$0
🍎	**غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی)** ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • یک ماموگرام خط مبنا بین 35 و 39 سالگی • یک معاینه غربالگری ماموگرام هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا • معاینات بالینی سینه هر 24 ماه	$0
	خدمات توانبخشی قلبی (مربوط به قلب) ما هزینه‌های مربوط به خدمات توانبخشی قلب مانند ورزش، آموزش و مشاوره را پرداخت می‌کنیم. اعضا باید شرایط خاصی داشته باشند و ارجاع پزشک را داشته باشند. اگر حداقل یکی از این شرایط را داشته باشید، ما این برنامه های جامع را پوشش می دهیم: اگر حداقل یکی از این شرایط را داشته باشید، ما این برنامه های جامع را پوشش می دهیم: **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0 *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	خدمات توانبخشی قلبی (مربوط به قلب) • 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 دو جلسه در روز (هر کدام به مدت یک 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.	
	ویزیت کاهش خطر بیماری قلب و عروق (درمان بیماری قلبی) برای کمک به کاهش احتمال بروز بیماری‌های قلبی، هزینه ویزیت را یک بار در سال، یا بیشتر در صورت ضرورت پزشکی، برای ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) پرداخت می‌کنیم. در طول این ویزیت، پزشک شما ممکن است: • استفاده از آسپیرین را توصیه کند، • فشار خون شما را کنترل کند، **و/یا** • به شما راهنمایی‌هایی ارائه کند تا مطمئن شود غذاهای سالم می‌خورید.	$0

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
آزمایش بیماری قلب و عروق ما هزینه آزمایشات خون برای کنترل بیماری قلب و عروق را هر پنج سال یک‌بار (60 ماه) پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات خون، نارسائی‌های مربوط به افزایش خطر بیماری قلبی را نیز کنترل می‌کنند.	$0
غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • برای همه زنان: آزمایشات پاپ اسمیر و معاینات لگن خاصره هر 24 ماه یکبار • برای زنانی که احتمال بروز سرطان دهانه رحم یا واژن در آن‌ها زیاد است: هر 12 ماه یک تست پاپ اسمیر • برای زنانی که نتیجه تست پاپ اسمیر آن‌ها در سه سال گذشته غیرطبیعی بوده است و در سن بارداری هستند: هر 12 ماه یک تست پاپ اسمیر • برای زنان بین 30 تا 65 سال: آزمایش پاپیلومای انسانی (HPV) یا آزمایش پاپ اسمیر به علاوه HPV هر پنج سال یک‌بار	$0
خدمات کایروپراکتیک ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • میزان سازی ستون فقرات برای تصحیح همترازی به‌استثنای اعضایی که باردار هستند یا در مراکز پرستاری ماهر یا مراکز مراقبت طولانی‌مدت اقامت دارند، مزایای کایروپراکتیک شامل دستکاری دستی ستون فقرات برای اصلاح پیچ‌خوردگی، کشیدگی یا دررفتگی ستون فقرات یا گردن فقط برای اعضای Medi-Cal و تنها زمانی تحت پوشش است که این خدمات توسط ارائه‌دهندگان کایروپراکتیک طرف قرارداد ارائه شود. برای FQHC، RHCs و IHCPهای خارج از شبکه ممکن است مراجعه لازم باشد. خدمات کایروپراکتیک عبارتند از: **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	خدمات کایروپراکتیک • محدود به حداکثر دو سرویس در هر ماه، در ترکیب با سمعی، طب سوزنی، کاردرمانی و خدمات گفتاردرمانی. در مورد اعضایی که کودکان زیر 21 سال، حامله یا ساکن مرکز پرستاری باتجربه یا مراقبت‌های طولانی‌مدت هستند، محدودیت‌ها اعمال نمی‌شود. • محدود به درمان ستون فقرات با استفاده از دستکاری دستی (فقط زمانی درمان دستکاری کایروپراکتیک قابل بازپرداخت است که توسط همان ارائه‌دهنده، برای همان گیرنده خدمات و تاریخ خدمت انجام شود). مراقبت نگهدارنده از نظر پزشکی معقول و ضروری تلقی نمی‌شود، بنابراین تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. پوشش خدمات کایروپراکتیک محدود به خدمات انجام‌شده توسط پزشک کایروپراکتیک، استئوپاتی یا پزشکی است که دارای مجوز ایالت California است.	
	غربالگری سرطان روده بزرگ ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • برای انجام کولونوسکوپی هیچ محدودیتی برای حداقل یا حداکثر سن وجود ندارد و هر 120 ماه (ده 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. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
غربالگری سرطان روده بزرگ • 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 ماهی انجام شده باشد که در آن آخرین غربالگری توموگرافی کامپیوتری انجام شده، یا زمانی که 47 ماه پس از ماهی که آخرین غربالگری انعطاف‌پذیر سیگموئیدوس یا غربالگری کولونوس انجام شده، گذشته باشد. برای بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال، می‌توان برای غربالگری کولونوگرافی توموگرافی محاسبه شده که پس از حداقل 23 ماه پس از گذشت ماه که در آن آخرین غربالگری کولونوگرافی توموگرافی محاسباتی یا آخرین کولونوسکوپی غربالگری انجام شد، پرداخت کرد. • سیگموئیدوسسهم 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 سه سال یک بار. • آزمایش بیومارکر مبتنی بر خون برای بیماران 45 تا 85 ساله و کسانی که علائمی پرخطری را ندارند. هر سه سال یک بار. • اگر نتیجه آزمایش تحت پوشش Medicare برای غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد از طریق مدفوع و به‌صورت غیرتهاجمی مثبت باشد، غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد شامل یک غربالگری کولونوسسهم بیمه‌گذار پیگیری خواهد بود. • 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 تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	خدمات محلی بزرگ‌سالان (CBAS) CBAS برنامه بهداشتی روزانه و محلی است که به سالمندان و بزرگ‌سالان مبتلا به بیماری‌های مزمن، عارضه‌های شناختی یا روانی، و/یا معلولیت که احتمال ضرورت درمان بیمارستانی آن‌ها وجود دارد خدمات ارائه می‌دهد. برنامه CBAS جایگزینی برای مراقبت‌های سازمانی برای ذینفعان Medi-Cal است که می‌توانند با کمک خدمات بهداشتی، توانبخشی، مراقبت شخصی و اجتماعی مناسب در خانه زندگی کنند. برنامه CBAS در تلاش برای حفظ استقلال شخصی، بر مشارکت با فرد شرکت‌کننده، خانواده و/یا مراقب، پزشک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه و جامعه تاکید می‌کند. خدمات ارائه شده در این مرکز عبارتند از: • خدمات پرستاری حرفه‌ای • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • خدمات سلامت روان • فعالیت‌های درمانی • خدمات اجتماعی • مراقبت شخصی • غذاهای گرم و مشاوره تغذیه • انتقال به محل سکونت فرد شرکت‌کننده یا انتقال از آن **توجه:** اگر مرکز CBAS دردسترس نباشد، می‌توانیم این خدمات را به‌صورت جداگانه ارائه کنیم.	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
	خدمات دندان‌پزشکی ما هزینه خدمات خاص دندان‌پزشکی ازجمله اما نه محدود به تمیز کردن، پر کردن و دندان مصنوعی را پرداخت می‌کنیم. آنچه که ما پوشش نمی‌دهیم از طریق دندان‌پزشکی Medi-Cal در دسترس است که در **بخش F2** در زیر شرح داده شده است. ما هزینه برخی از خدمات دندان‌پزشکی را زمانی پرداخت می‌کنیم که این خدمات بخش یکپارچه ای از درمان خاص وضعیت سلامت اولیه شخص باشد. 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. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات دندان‌پزشکی شامل آزمایش‌های فک و دهان و دندان قبل از پیوند اندام می‌شود. به‌عنوان یک عضو Medi-Cal، بسیاری از خدمات دندان‌پزشکی استاندارد از طریق دندان‌پزشکی Medi-Cal در دسترس هستند که شامل، اما نه محدود به، موارد زیر است: • معاینات دندان‌پزشکی (هر 12 ماه یک‌بار) • تمیز کردن دندان (هر 12 ماه یک‌بار) • پوسته شدن و صاف کردن ریشه • وارنیش فلوراید (هر 12 ماه یک‌بار) • اشعه ایکس • پر کردن • روکش • کانال‌های ریشه • پروتزهای جزئی و کامل • خطوط دندان مصنوعی • برداشتن دندان • خدمات اضطراری جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای در دسترس از طریق دندان‌پزشکی Medi-Cal، یا در صورت نیاز به یافتن دندان‌پزشکی که Medi-Cal را می‌پذیرد، لطفاً با «مرکز خدمات تلفنی» به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با 1-800-735-2922 تماس بگیرند). تماس رایگان است. نمایندگان دندان‌پزشکی Medi-Cal 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. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات دندانپزشکی علاوه بر مزایای دندانپزشکی Medi-Cal، طرح ما خدمات و اقدامات دندانپزشکی تکمیلی را نیز پوشش می‌دهد. این خدمات ممکن است شامل موارد زیر باشد، اما محدود به آن‌ها نیست: • **مراقبت‌های دندانپزشکی جامع** خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌باشد ○ خدمات ترمیمی – 1 مورد برای هر دندان در هر 7 سال طرح تحت پوشش است ○ پروتزهای دندانی متحرک - بسته به نوع خدمت، 1 مورد برای هر قوس دندانی هر 2 تا 3 سال طرح تحت پوشش هستند ○ پروتزهای دندانی ثابت – 1 مورد برای هر دندان هر 7 سال طرح تحت پوشش است ○ خدمات عمومی کمکی – 1 مورد در سال تحت پوشش 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	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
غربالگری افسردگی ما هر سال یک بار هزینه غربالگری افسردگی را پرداخت می‌کنیم. این غربالگری باید در یک محیط مراقبت‌های درمانی اولیه انجام شود که بتواند درمان و ارجاعات بعدی را ارائه کند.	$0
غربالگری دیابت اگر هرکدام از عوامل خطر زیر را داشته باشید، ما هزینه این غربالگری (ازجمله آزمایش قند ناشتا) را پرداخت می‌کنیم: • فشار خون بالا • تاریخچه میزان غیرعادی کلسترول و تری گلیسیرید • چاقی • تاریخچه قند خون بالا (گلوکز) آزمایشات ممکن است در برخی موارد دیگر از قبیل این‌که مبتلا به اضافه وزن و تاریخچه خانوادگی دیابت باشید تحت پوشش باشند. ممکن است واجدشرایط حداکثر دو غربالگری دیابت در هر 12 ماه، پس‌از تاریخ آخرین آزمایش غربالگری دیابت خودتان، باشید.	$0
آموزش، خدمات و لوازم کنترل شخصی دیابت ما هزینه خدمات زیر را برای تمام افرادی که بیماری دیابت دارند پرداخت می‌کنیم (چه از انسولین استفاده کنند یا خیر): • لوازم کنترل و نظارت بر قند خون شامل موارد زیر: ○ دستگاه کنترل و نظارت بر گلوکز/قند خون ○ نوارهای آزمایش گلوکز/قند خون ○ تیغ و وسیله‌های مربوطه ○ محلول‌های کنترل گلوکز برای کنترل دقت نوارهای آزمایش و دستگاه‌های کنترل **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0 *ممکن است پیش‌تأییدیه لازم باشد* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	آموزش، خدمات و لوازم کنترل شخصی دیابت • برای افراد مبتلا به دیابت که بیماری‌های شدید ناشی از دیابت در ناحیه پای خود دارند، ما هزینه موارد زیر را پرداخت می‌کنیم: ○ یک جفت کفش سفارشی طبی (شامل قالب) به همراه خدمات اندازه کردن کفش‌ها و دو جفت قالب اضافی در هر سال تقویمی، **یا** ○ یک جفت کفش عمق‌دار، به همراه خدمات اندازه کردن کفش و سه جفت قالب در سال (شامل قالب‌های برداشتنی غیرسفارشی نمی‌شود که به همراه این کفش‌ها ارائه می‌شوند) • در برخی موارد، ما هزینه آموزش برای کمک به مدیریت دیابت خود را پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید. 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. 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. در صورت خرید لوازم تست دیابتی در داروخانه خرده فروشی باید کارت Medi-Cal BIC خود را نیز به داروساز ارائه دهید تا آن‌ها بتوانند طرح ما و همچنین Medi-Cal Rx را به درستی صورت‌حساب دهند.	.
	خدمات همراه زائو برای افرادی که باردار هستند، ما هزینه نه ویزیت با همراه زائو در دوران قبل از زایمان و پس از زایمان و همچنین حمایت در طول زایمان و درد زایمان را پرداخت می‌کنیم. تا نه پست اضافی نیز ممکن است ارائه شود.	$0

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
وسیله پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه برای تعریف «وسیله پزشکی بادوام (DME)» به **فصل 12**در دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید. ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم: • صندلی چرخ‌دار ازجمله صندلی چرخ‌دار برقی • عصای زیر بغل • سیستم خوشخواب برقی • پد فشار خشک برای تشک • لوازم دیابت • تخت‌های بیمارستان که توسط ارائه‌دهنده برای استفاده در خانه خود سفارش داده می‌شوند • پمپ و پل تزریق درون وریدی (IV) • دستگاه‌های تولید گفتار • تجهیزات و لوازم اکسیژن • نبولایزر • واکر • عصای خمیده استاندارد یا واکر و وسایل جایگزین • لوازم و تجهیزات • نگهدارنده گردن (بر روی در) • محرک استخوان • تجهیزات مراقبت دیالیز اقلام دیگری ممکن است تحت پوشش باشند. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	وسیله پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه ما هزینه DME کلیه ضرورت‌های پزشکی که معمولا تحت پوشش Medicare و Medi-Cal است را پرداخت می‌کنیم. درصورتی‌که تأمین‌کننده ما در منطقه شما محصول یک برند یا تولیدکننده را نداشت، می‌توانید سؤال کنید که آیا می‌توانند آن را برای شما سفارش دهند یا خیر. لطفاً برای دریافت کمک در یافتن ارائه‌دهندهدیگری که ممکن است وسیله مورد نظر را داشته باشد، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. وسیله پزشکی بادوام که تحت پوشش Medicare نبوده و برای خارج خانه استفاده می‌شوند نیز تحت پوشش هستند.	
	مراقبت‌های اضطراری مراقبت‌های اضطراری یعنی خدماتی که: • ارائه شده توسط ارائه دهنده ای که در زمینه خدمات مراقبت اورژانسی تعلیم دیده است، • برای درمان وضعیت اورژانس پزشکی لازم هستند. وضعیت اورژانس پزشکی بیماری، جراحت، درد شدید یا وضعیت سلامت خاصی است که به سرعت وخیم‌تر می‌شود. یعنی وضعیت مزبور آنقدر جدی است که اگر فورا تحت مداوای پزشکی قرار نگیرید، هر شخصی با دانش متوسط بهداشتی و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود: • خطر جدی برای سلامت شما یا جنین متولدنشده وجود داشته باشد؛ **یا** • عملکردهای بدن آسیب جدی می‌بینند؛**یا** • عملکرد یکی از اعضا یا قسمت‌های بدن با اختلال جدی روبرو می‌شود؛ **یا** • از دست دادن عضو یا از دست دادن عملکرد یک عضو. • در مورد زنان باردار در حال وضع حمل، در شرایط زیر: **ادامه این مزایا در صفحه بعد**.	$0 اگر مراقبت‌های اضطراری را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید و پس از اینکه وضعیت اضطراری شما ثبات پیدا کرد به مراقبت بیماران بستری نیاز داشته باشید، برای اینکه پرداخت هزینه مراقبت شما ادامه پیدا کند باید به یک بیمارستان شبکه منتقل شوید. فقط درصورتی‌که طرح تأیید کند می‌توانید در بیمارستانی که خارج از شبکه است برای دریافت مراقبت بستری بمانید.

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	مراقبت‌های اضطراری ○ وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد. ○ انتقال به بیمارستان دیگر برای سلامت و امنیت شما یا جنین‌تان را در خطر قرار دهد پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان. به‌صورت مراقبت فوری، اضطراری، و پس از تثبیت که خارج از ایالات متحده آمریکا دریافت میشود. • فقط محدود به خدماتی است که اگر در آمریکا ارائه شوند به‌صورت مراقبت‌های اضطراری، دارای نیاز فوری یا پس از تثبیت طبقه‌بندی می‌شوند. • خدمات آمبولانس در شرایطی که رسیدن به اتاق اورژانس از هر طریق دیگر سلامت شما را به خطر می‌اندازد تحت پوشش قرار می‌گیرند. • مالیات و هزینه‌های خارجی (ازجمله، تبدیل ارز و انتقال وجه) پوشش داده نمی‌شوند. منظور از آمریکا، 50 ایالت، District of Columbia، Puerto Rico، Virgin Islands، Guam، Northern Mariana Islands و American Samoa است.	$115 پرداخت مشترک در صورت بستری شدن برای خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان، سهم هزینه ویزیت اتاق اورژانس با پوشش سراسر جهان/ خدمات مورد نیاز فوری لغو نمی‌شود. سقف سالانه برای پوشش بیمه اضطراری / فوری در سرتاسر جهان $50,000 تعیین شده است.
	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما امکان می‌دهد برای برخی از خدمات تنظیم خانواده ارائه‌دهنده شبکه دلخواهتان را انتخاب کنید - چه ارائه‌دهنده داخل شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه. بدین معنی که هر پزشک، درمانگاه، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • معاینه تنظیم خانواده و درمان پزشکی • آزمایشگاه تنظیم خانواده و آزمایشات تشخیص **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	خدمات تنظیم خانواده • روش‌های تنظیم خانواده (IUD/IUC، کاشت ضد بارداری، تزریق، قرص‌های ضد بارداری، پچ، یا حلقه) • لوازم تجویزی تنظیم خانواده (کاندوم، اسفنج، کف، فیلم، دیافراگم، کلاهک) • خدمات محدود باروری ازجمله مشاوره و آموزش درباره روش‌های آگاهی از باروری و/یا مشاوره سلامت قبل از بارداری، آزمایش و درمان بیماری‌های مقاربتی (STIs) • مشاوره و آزمایش برای اچ‌آی‌وی و ایدز و سایر عوارض مربوط به اچ‌آی‌وی • جلوگیری از بارداری دائمی (باید برای انتخاب این روش تنظیم خانواده 21 سال یا بیشتر داشته باشید. باید حداقل 30 روز اما کمتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی فرم فدرال رضایت عقیم‌سازی امضا کنید.) • مشاوره ژنتیک همچنین ما هزینه برخی از خدمات تنظیم خانواده دیگر را نیز پرداخت می‌کنیم. بااین‌حال، برای خدمات زیر باید به یک ارائه‌دهنده در شبکه ارائه‌دهنده ما مراجعه کنید: • مداوا برای عوارض پزشکی ناباروری (این خدمات شامل روش‌های مصنوعی باردار شدن نمی‌شود.) • مداوا برای ایدز و سایر عوارض مربوط به اچ‌آی‌وی • آزمایش ژنتیک	
	برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی ما برنامه‌های زیادی را عرضه می‌کنیم که بر روی عوارض درمانی خاصی تمرکز دارند. اینها عبارتند از: • کلاس‌های آموزش‌های بهداشتی؛ • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • ترک سیگار و قطع مصرف دخانیات؛ **و** **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی • خط تلفن پرستاری ○ 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. • مزایای ورزش و بدنسازی ○ طرح ما یک برنامه تناسب اندام فراهم می‌کند که امکان دسترسی به مکان‌های تناسب اندام را در سراسر کشور فراهم می‌کند. ○ برای کمک به حمایت از یک سبک زندگی فعال و سالم، بدون هیچ هزینه ای به امکانات زیر دسترسی دارید: ■ عضویت در مرکز تناسب اندام: از میان شماره مراکز تناسب اندام حضوری که در شبکه تناسب اندام شرکت می‌کنند، انتخاب کنید. عضویت شامل دسترسی به باشگاه تناسب اندام استاندارد یا خدمات استودیوی تناسب اندام و همچنین کلاس‌های تمرین گروهی ارائه شده است. شما می‌توانید به یک یا چند سالن ورزشی در شبکه تناسب اندام دسترسی داشته باشید. ■ کیت‌های تناسب اندام خانه: می‌توانید از انواع کیت‌های تناسب اندام خانگی انتخاب کنید. شما می‌توانید تا حداکثر 1 کیت در هر سال مزایا دریافت کنید. ■ برنامه تناسب اندام دیجیتال: از میان هزاران فیلم تمرین براساس تقاضا از طریق کتابخانه دیجیتال، دسترسی به کلاس‌های مجازی و یک اپلیکیشن موبایل انتخاب کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره مکان‌های مورد تأیید طرح، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات شنوایی ما هزینه آزمایشات شنوایی و توازن انجام شده توسط ارائه‌دهنده شما را پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات به شما می‌گویند که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید. وقتی این آزمایش‌ها را از یک پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه‌دهندگان واجدشرایط دریافت می‌کنید، تحت پوشش مراقبت سرپایی هستند. همچنین هزینه سمعک را درصورت تجویز پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان واجدشرایط پرداخت می‌کنیم، ازجمله برای: • قالب، لوازم و جاسازی • تعمیرات • یک مجموعه باتری‌های اولیه • شش بازدید برای آموزش، تنظیمات و جاگذاری با همان فروشنده بعد از اینکه سمعک را دریافت می‌کنید. • دوره اجاره آزمایشی سمعک • دستگاه‌های شنیداری کمکی، دستگاه‌های شنوایی هدایت استخوانی که از سطح ساییده می‌شوند • خدمات سمعک و پس از ارزیابی مربوط به سمعک 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. • 1 سمعک غیرقابل کاشت تا سقف $750 برای هر گوش در سال. محدود به 2 سمعک غیرقابل کاشت در سال. مزایا شامل 3 سال ضمانت ازجمله بابت مفقود شدن یا آسیب دیدن و تأمین باتری است.	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

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

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	درمان با تزریق خانگی طرح سلامت هزینه‌های مربوط به درمان با تزریق خانگی را پرداخت خواهد کرد، تزریقات به معنی تزریق داروها یا مواد بیولوژیکی است که باید داخل ورید یا زیر پوست تزریق شود و در منزل به شما ارائه می‌شود. برای انجام انفوزیون و تزریق خانگی به موارد زیر نیاز است: • یک دارو یا ماده بیولوژیک، برای مثال یک آنتی‌ویروس یا گلوبولین ایمنی؛ • تجهیزات، از قبیل پمپ؛ **و** • لوازم مورد نیاز مثل لوله و سوند. طرح ما خدمات تزریقات در منزل را که شامل موارد زیر می‌شود ولی محدود به این موارد نیست، پوشش می‌دهد: • خدمات حرفه‌ای، ازجمله خدمات پرستاری، که براساس طرح مراقبتی شما ارائه می‌شوند؛ • آموزش و تمرین عضو که از قبل در مزایای DME قید نشده است؛ • نظارت از راه دور؛ **و** • نظارت روی خدمات مربوط به مفاد درمان با تزریق خانگی و داروهای با تزریق خانگی که از سوی ارائه‌دهنده درمان با تزریق خانگی واجد صلاحیت آماده شده است.	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*
	آسایشگاه بیماران رو به مرگ اگر ارائه‌دهنده شما و متخصص و مدیر امور آسایشگاه بیماران رو به مرگ پیش‌بینی کنند که بیماری شما لاعلاج است، حق این را دارید که اقامت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب کنید. این یعنی بیماری لاعلاجی دارید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر از زندگی شما باقی مانده باشد. می‌توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. طرح ما باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاه دارای مجوز Medicare را در منطقه خدماتی طرح پیدا کنید، ازجمله برنامه‌هایی که ما مالک آن‌ها هستیم، کنترل می‌کنیم یا در آن‌ها منافع مالی داریم. پزشک آسایشگاهی شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده در شبکه یا خارج از شبکه باشد. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
آسایشگاه بیماران رو به مرگ چند نمونه از خدمات تحت پوشش: • داروهای درمان علائم بیماری و درد • مراقبت تنفسی کوتاه مدت • مراقبت در منزل **وقتی در یك آسایشگاه بیماران رو به مرگ پذیرفته می‌شوید، حق دارید در طرح ما بمانید.** **خدمات آسایشگاه بیماران رو به مرگ و خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B که مرتبط با بیماری لاعلاج شما است، برای Medicare صادر می‌شوند.** • Original Medicare (به جای طرح ما) به ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما برای خدمات آسایشگاهی و هرگونه خدمات قسمت A یا B مرتبط با بیماری لاعلاج 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. **برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما است اما تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B نیست:** • طرح ما خدماتی را پوشش می‌دهد که تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B نیستند. ما خدمات را پوشش می‌دهیم، چه به تشخیص بیماری لاعلاج شما مربوط باشد یا نباشد. شما هزینه بابت این خدمات پرداخت می‌کنید. **برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای Medicare Part D طرح ما قرار گیرند:** • داروها هرگز به‌طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و طرح ما نیستند. برای کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	آسایشگاه بیماران رو به مرگ **توجه:** اگر بیماری جدی داشته باشید، ممکن است واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید که مراقبت‌های تیمی بیمار و خانواده‌محور را برای بهبود کیفیت زندگی‌تان ارائه می‌دهد. ممکن است همزمان با مراقبت‌های درمانی/معمول، مراقبت‌های تسکینی را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش «مراقبت تسکینی» در زیر مراجعه کنید. **توجه**: اگر به مراقبتی غیر از مراقبت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ نیاز دارید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید تا این خدمات تدارک شود. مراقبت آسایشگاه بیماران رو به مرگ، مراقبتی است که به پیش‌آگهی بیماری نهایی شما **مرتبط نمی‌شود** . طرح ما خدمات مشاوره بیماری لاعلاج را برای عضو مبتلا به بیماری لاعلاج که مزایای آسایشگاه بیماران در پایان زندگی را انتخاب نکرده تحت پوشش قرار می‌دهد (فقط یک بار).	
	واکسیناسیون ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • واکسن‌های ذات‌الریه • واکسن آنفولانزا، یک بار در هر فصل شیوع آنفولانزا در پاییز و زمستان، همراه با واکسن اضافی آنفولانزا در صورت ضرورت پزشکی • 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 • واکسن ویروس پاپیلوم انسانی (HPV) • سایر واکسن‌ها درصورتی‌که در معرض خطر باشید و معیارهای پوشش Medicare Part B را برآورده کنند ما هزینه سایر واکسن‌های مطابق با قوانین پوشش Medicare Part D را پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 6** این دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.	$0

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در این‌جا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم: • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر از نظر پزشکی ضروری باشد) • خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری عادی • هزینه بخش‌های مراقبت ویژه از قبیل بخش مراقبت‌های ویژه یا بخش‌های مراقبت از قلب • داروها • تست‌های آزمایشگاهی • اشعه ایکس و خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی موردنیاز • وسایلی از قبیل صندلی چرخدار • خدمات اتاق جراحی و ریکاوری • فیزیو، کار و گفتاردرمانی • خدمات اعتیاد بیماران بستری • در برخی موارد، پیوند اندام‌های زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/اندام‌های داخلی. اگر به پیوند عضو نیاز دارید، یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare پرونده شما را بررسی می‌کند و تصمیم می‌گیرد که آیا شرایط پیوند را دارید یا خیر. ارائه‌دهندگان پیوند عضو می‌توانند محلی یا خارج از منطقه خدماتی باشند. اگر ارائه‌دهندگان خدمات پیوند عضو تمایل داشته باشند نرخ Medicare را بپذیرند، می‌توانید خدمات پیوند را به‌صورت محلی یا خارج از الگوی درمان انجمن‌تان دریافت کنید. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0 برای بستری شدن در یک بیمارستان خارج از شبکه پس از این‌که شرایط اضطراری شما ثابت شده است، باید از طرف طرح ما تأییدیه دریافت کنید. *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان اگر طرح ما خدمات پیوند عضو را در خارج شبکه ارائه‌دهنده خدمات درمانی به جامعه محلی ما ارائه کند و شما تصمیم بگیرید که پیوند عضو خود را در آن‌جا دریافت کنید، ما مقدمات اقامت و رفت و آمد شما و یک شخص دیگر را فراهم می‌کنیم و یا هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد • خون، شامل ذخیره و تزریق. پوشش دهی خدمات مربوط به خون کامل و پک های گلبول قرمز (خون) با اولین نیاز شما به خون شروع می شود. همه سایر اجزای خون از اولین واحد خون تحت پوشش قرار می‌گیرند. • 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 بیمار 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 اگر خدمات بهداشت روان به بستری شدن در بیمارستان نیاز داشته باشد، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد • اگر نیازمند بستری در یک بیمارستان روانپزشکی مستقل باشید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می‌کنیم. پس از آن مؤسسه بهداشت روان شهرستان محلی هزینه خدمات روانپزشکی همراه با بستری را که از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد پرداخت می‌کند. تأیید دریافت خدمات درمانی پس از 190 روز با هماهنگی مؤسسه بهداشت روان شهرستان محل شما انجام می‌گیرد. ○ یک اندام داخلی بدن (ازجمله بافت همجوار)، **یا** **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	خدمات بستری در بیمارستان روانی ○ محدودیت 190 روزه در مورد خدمات بهداشت روان ارائه شده به بیماران بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان‌های عمومی اعمال **نخواهد شد**.[1] • اگر سن شما 65 سال یا بیشتر است، ما هزینه خدماتی که در مؤسسه بیماری‌های روانی (IMD) دریافت کرده‌اید را پرداخت می‌کنیم.	
	اقامت بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاران باتجربه (SNF) به هنگام بستری بدون پوشش اگر از تمام مزایای بستری خود استفاده کرده باشید یا اگر اقامت معقول و از نظر پزشکی ضروری نباشد، ما هزینه اقامت شما را پرداخت نمی‌کنیم. ولی در شرایط خاصی که خدمات درمانی بیمار بستری تحت پوشش نباشد، ما هنوز ممکن است که هزینه خدماتی که در حین اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری دریافت می‌کنید را پرداخت کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در این‌جا فهرست نشده‌اند: • خدمات دکتر • آزمایشات تشخیص، از قبیل تست‌های آزمایشگاهی • پرتوبرداری اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ درمانی شامل مواد و خدمات تکنسین • پانسمان جراحی • تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسیله‌های استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی • وسیله‌های پروتز و ارتوتیک به غیر از دندان‌پزشکی شامل جایگزینی یا تعمیر چنین وسیله‌هایی. اینها دستگاه‌هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می‌شوند: **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	اقامت بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاران باتجربه (SNF) به هنگام بستری بدون پوشش ○ یک اندام داخلی بدن (ازجمله بافت همجوار)، **یا** ○ عملکرد یک اندام داخلی بدن که عمل نمی‌کند یا بد کار می‌کند. • ساپورت پا، بازو، کمر و گردن، فتق بند، پا، بازو و چشم مصنوعی. این شامل پوششدهی هزینه تنظیم، تعمیر و جایگزینی در صورت لزوم به دلیل شکستگی، خرابی، گم شدن یا تغییر در شرایط بیمار نیز می‌باشد. • فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی	
	خدمات و لوازم بیماری کلیه ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • خدمات آموزشی بیماری‌های کلیه برای آموزش نحوه مراقبت از کلیه و کمک به اعضا برای تصمیم گیری مناسب درباره نیازهای مراقبتی خود. شما باید مبتلا به مرحله IV بیماری مزمن کلیه باشید و پزشک باید شما را ارجاع کرده باشد. ما شش جلسه خدمات آموزشی بیماری کلیه را تحت پوشش قرار می‌دهیم. • درمان‌های دیالیز سرپایی، ازجمله درمان‌های دیالیز زمانی که به‌طور موقت خارج از منطقه خدماتی انجام شوند، همان‌طور که در **فصل 3** این *دفترچه راهنمای اعضا*، توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده این خدمات به‌طور موقت دردسترس نباشد یا غیرقابل دسترسی است. • درمان‌های دیالیز بیماران سرپایی اگر به‌عنوان بیمار برای درمان‌های خاص در بیمارستان بستری شده‌اید • آموزش دیالیز توسط بیمار، شامل آموزش برای شما و هر کسی که به شما در مورد مداواهای دیالیز در منزل کمک می‌کند • وسیله‌ها و لوازم دیالیز در منزل • برخی خدمات حمایتی در منزل از قبیل ویزیت‌های ضروری توسط مددکاران آموزش‌دیدهٔ دیالیز برای کنترل دیالیز خانگی شما، برای کمک در موارد اضطراری و برای کنترل وسایل دیالیز و ذخیره آب شما. مزایای دارویی Medicare Part B هزینه بعضی از داروهای دیالیز را پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به «داروهای تجویزی Medicare Part B» در این جدول مراجعه کنید.	$0 *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
غربالگری سرطان ریه با توموگرافی کامپیوتری با دوز پایین (LDCT) اگر واجدشرایط زیر باشید، طرح سلامت هر 12 ماه هزینه غربالگری سرطان ریه را پرداخت می‌کند: • بین 50 تا 77 سال سن داشته باشید، **و** • با پزشک‌تان یا خدمات‌دهنده مورد تأیید دیگری مشورت کرده باشید و به تصمیم مشترکی رسیده باشید، **و** • حداقل به مدت 20 سال روزی یک پاکت سیگار کشیده‌اید و هیچ علائمی از سرطان ریه ندارید یا این‌که درحال حاضر سیگار می‌کشید یا در 15 سال گذشته سیگار کشیدن را ترک کرده‌اید. پس از غربالگری نخست، طرح سلامت هزینه غربالگری دیگری را هر سال با توصیه کتبی پزشک شما یا ارائه‌دهنده واجدشرایط دیگر پرداخت خواهد کرد. اگر یک ارائه‌دهنده تصمیم بگیرد برای غربالگری سرطان ریه، جلسه مشاوره و تصمیم‌گیری مشترک برگزار کند، آن ویزیت باید معیارهای Medicare را برای این‌گونه ویزیت‌ها برآورده کند.	$0
درمان تغذیه پزشکی این مزایا برای اشخاصی است که به دیابت یا بیماری کلیه بدون دیالیز مبتلا هستند. همچنین بعد از پیوند کلیه و در صورت تجویز شدن توسط پزشک چنین حالتی وجود دارد. ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره حضوری در نخستین سال دریافت خدمات درمانی تغذیه پزشکی تحت Medicare در اختیار شما قرار می‌دهیم. ممکن است در صورت ضرورت پزشکی خدمات اضافی را تأیید کنیم. ما هر سال هزینه دو ساعت خدمات مشاوره فردی را پس از آن پرداخت می‌کنیم. اگر وضعیت، درمان یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعات درمان بیشتری را با دستور پزشک دریافت کنید. درصورتی‌که درمان در سال بعدی نیز لازم باشد، پزشک باید این خدمات را تجویز کند و هر سال مجددا آن را توصیه کند. ممکن است در صورت ضرورت پزشکی خدمات اضافی را تأیید کنیم.	$0

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (MDPP) طرح ما برای خدمات MDPP برای افراد واجدشرایط پرداخت می‌کند. MDPP به شما کمک می‌کند رفتارهای سالمی را در خودتان ارتقا دهید. آموزش‌های عملی را در زمینه‌های زیر ارائه می‌کند: • تغییر بلندمدت رژیم غذایی، **و** • افزایش فعالیت فیزیکی، **و** • روش‌هایی برای حفظ وزن کاهش‌یافته و سبک زندگی سالم.	$0
	داروهای Medicare Part B این داروها تحت پوشش Medicare Part B هستند. طرح ما برای داروهای زیر هزینه می‌پردازد: • داروهایی که معمولا خودتان نمی‌توانید مصرف کنید، و در هنگام مراجعه به پزشک، در بیمارستان به‌صورت سرپایی یا در مرکز خدمات جراحی سیار به شما تزریق یا وارد بدن شما می‌شود. • انسولین در کنار تجهیزات پزشکی بادوام (مثل پمپ انسولین که از نظر پزشکی ضروری است) ارائه می شود • سایر داروهایی که با استفاده از وسیله پزشکی بادوام (مانند نبولایزر) مصرف می‌کنید که طرح ما مجاز شمرده است • داروی داروی آلزایمر Leqembi® (نام ژنریک: لکانماب (lecanemab)) به‌صورت داخل‌وریدی (IV) تجویز می‌شود. علاوه بر هزینه دارو، ممکن است پیش و/یا در طول درمان به انجام اسکن‌ها و آزمایش‌های اضافی نیاز داشته باشید. 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 **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
داروهای Medicare Part B • 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. Medicare Part D داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی را درصورتی پوشش می‌دهد که قسمت B آن‌ها را پوشش نمی‌دهد • داروهای تزریقی پوکی استخوان. اگر خانه نشین هستید، شکستگی استخوان دارید که پزشک تأیید می‌کند مربوط به پوکی استخوان پس از یائسگی است و نمی‌توانید خودتان دارو را تزریق کنید، ما هزینه این داروها را می‌پردازیم. • برخی از آنتی‌ژن‌ها: Medicare آنتی‌ژن‌ها را در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک آن‌ها را آماده کرده باشد و فردی که به‌درستی آموزش دیده است (که می‌تواند خود بیمار باشد) آن‌ها را تحت نظارت مناسب استفاده کند. • برخی داروهای ضدسرطان خوراکی: Medicare برخی از داروهای سرطان دهانی را که به روش خوراکی مصرف می‌کنید درصورتی پوشش می‌دهد که همان دارو به شکل تزریقی موجود باشد یا دارو پیش‌دارو (شکل خوراکی دارویی که پس‌از مصرف، به همان مواد تشکیل‌دهنده فعالی تجزیه می‌شود که در داروی تزریقی یافت می‌شود) باشد. با دردسترس قرار گرفتن داروهای خوراکی جدید برای درمان سرطان، قسمت B ممکن است آن‌ها را پوشش دهد. اگر قسمت B آن‌ها را پوشش ندهد، قسمت D پوشش می‌دهد • داروهای ضدتهوع خوراکی: Medicare داروهای ضدتهوع خوراکی را که به‌عنوان بخشی از رژیم شیمی‌درمانی ضدسرطان استفاده می‌کنید پوشش می‌دهد اگر قبل، همزمان، یا طی 48 ساعت پس از شیمی‌درمانی تجویز شده باشند یا به‌عنوان جایگزین درمانی کامل برای داروی ضدتهوع داخل وریدی استفاده شوند • برخی داروهای خوراکی بیماری کلیوی لاعلاج (ESRD) تحت پوشش Medicare Part B قرار دارند. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	داروهای Medicare Part B • داروهای کالسیمیمتیک و فسفات‌بایندر تحت سیستم پرداخت ESRD، شامل داروی تزریقی Parsabiv® و داروی خوراکی Sensipar می‌شوند • بعضی از داوهای خاص برای دیالیز در منزل، ازجمله هپارین، آنتیدوت برای هپارین (اگر از نظر پزشکی ضروری باشد)، و بی‌حسی موضعی • عوامل تحریک‌کننده اریتروپوئیز: Medicare داروی اریتروپوئتین (erythropoietin) را به‌صورت تزریقی پوشش می‌دهد، اگر به ESRD (بیماری کلیوی لاعلاج) مبتلا باشید یا برای درمان کم‌خونی مرتبط با برخی شرایط دیگر به این دارو نیاز داشته باشید (مانند Retacrit®) • گلوبولین ایمنی IV برای درمان خانگی بیماری‌های نارسایی ایمنی اولیه • تغذیه با لوله انترال و پارنترال (تغذیه IV و لوله‌ای) لینک زیر شما را به فهرستی از داروهای Medicare Part B که ممکن است تحت درمان مرحله‌ای قرار گیرند، هدایت می‌کند: go.wellcare.com/CAStepTherapy. همچنین بعضی از واکسن‌های تحت Medicare Part B ما و بیشتر واکسن‌های بزرگسالان را تحت مزایای داروهای تجویزی Medicare Part D پوشش می‌دهیم. **فصل 5**، این *دفترچه راهنمای اعضا* مزایای داروی ما را توضیح می‌دهد. این بخش مقرراتی که باید برای پوشش داروهای تجویزی پیروی کنید را توصیف می‌کند. **فصل 6**این *دفترچه راهنمای اعضا* توضیح می‌دهد که برای داروهای خود از طریق طرح ما چه مقدار باید پرداخت کنید.	
	مراقبت در مرکز پرستاری مرکز پرستاری (NF) محلی است که برای اشخاصی که نمی‌توانند در خانه مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند، مراقبت ارائه می‌دهد. خدماتی که هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کنیم شامل موارد زیر ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود: **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مراقبت در مرکز پرستاری • اتاق‌های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی درصورتی‌که از نظر پزشکی لازم باشد) • خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • تنفس‌درمانی • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح سلامت به شما داده می‌شود. (این داروها شامل موادی می‌شوند که به‌طور طبیعی در بدن وجود دارند، از قبیل عوامل لخته کننده خون.) • خون، شامل ذخیره و تزریق • لوازم پزشکی و جراحی که معمولا در مراکز پرستاری داده می‌شوند • تست‌های آزمایشگاهی که معمولا توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولا در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • استفاده از وسیله‌هایی از قبیل صندلی چرخدار که معمولا در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/کارور پزشکی • وسیله پزشکی بادوام • خدمات دندان‌پزشکی شامل دندان مصنوعی • مزایای بینایی • معاینات شنوایی • مراقبت کایروپراکتیک • خدمات پاپزشکی **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	مراقبت در مرکز پرستاری شما معمولا خدمات مراقبتی خود را از مراکز شبکه دریافت می‌کنید. ولی ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی دریافت کنید که در شبکه ما نمی‌باشد. شما می‌توانید مراقبت را در صورتی در محل‌های زیر دریافت کنید که آن‌ها مبالغی که طرح ما پرداخت می‌کند را قبول کنند. • آسایشگاه یا گروه مراقبت مستمر بازنشستگی که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آن‌جا زندگی می‌کردید (تا وقتی مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند). • مرکز پرستاری که همسر شما یا همخانه قانونی‌تان در وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید در آن‌جا زندگی می‌کند.	
	غربالگری و درمان چاقی برای حفظ وزن مناسب اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر است، ما هزینه مشاوره برای کاهش وزن شما را پرداخت می‌کنیم. شما باید این مشاوره را در یک مرکز مراقبت‌های درمانی اصلی دریافت کنید. بدین ترتیب، می‌توان آن را با طرح پیشگیری کامل شما مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود صحبت کنید.	$0
	خدمات برنامه درمان اعتیاد به مواد افیونی (OTP) طرح ما برای خدمات زیر برای درمان اختلال استفاده از مواد مخدر (OUD) از طریق OTP که شامل خدمات زیر است، پرداخت می‌کند: • فعالیت‌های مصرفی • ارزیابی‌های دوره‌ای • داروهای دارای مجوز Food and Drug Administration (سازمان غذا و دارو، FDA) و در صورت مصداق، مدیریت و ارائه این داروها به شما • مشاوره درباره مصرف مواد • درمان انفرادی و گروهی • انجام آزمایش تشخیص مواد مخدر یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم‌شناسی)	*$0* *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	آزمایش‌های تشخیصی و خدمات و لوازم درمانی ب بیماران سرپایی ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در این‌جا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم: • اشعه ایکس • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم فنی • لوازم جراحی مانند پانسمان • تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسیله‌های استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی • تست‌های آزمایشگاهی • خون، شامل ذخیره و تزریق • تست‌های تشخیصی غیر آزمایشگاهی مانند CT اسکن، MRIها، EKGها و PET اسکن زمانی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به آن‌ها دستور درمان یک وضعیت سلامت را می‌دهند، انجام می‌شود • سایر آزمایش‌های تشخیصی سرپایی	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
	معاینات بیمارستانی سرپایی خدمات معاینات به خدمات بیمارستانی سرپایی گفته می‌شود که برای تعیین نیاز شما به بستری شدن یا ترخیص انجام می‌شود. خدمات باید معیارهای Medicare را رعایت کرده و معقول و لازم تلقی شود. خدمات معاینات فقط زمانی تحت پوشش هستند که بیمار به دستور پزشک یا فرد دیگری که براساس قوانین صدور مجوز ایالتی و آیین نامه پرسنل بیمارستان مجاز به ارائه خدمات باشد در بیمارستان بستری شود، یا دستور انجام آزمایش‌های بستری را داده باشد. **توجه:** در شرایطی‌که ارائه‌دهنده خدمات درمانی دستور کتبی مبنی بر پذیرش شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما یک بیمار سرپایی محسوب می‌شوید. 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	$0 *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی ما هزینه خدمات ضروری پزشکی که در بخش بیماران سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحت دریافت می‌کنید را می‌پردازیم؛ نظیر: • خدمات در بخش اضطراری یا درمانگاه بیماران سرپایی از قبیل جراحی سرپایی یا خدمات نظارتی • صورت‌حساب بیمارستان برای آزمایشگاه و آزمایش‌های تشخیصی • مراقبت سلامت روان شامل مراقبت در برنامه نیمه بستری درصورتی‌که پزشک تأیید کند که مداوا به‌صورت بیمار بستری بدون آن لازم خواهد بود. • صورت‌حساب بیمارستان برای پرتوبرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم پزشکی از قبیل تخته شکسته بندی و گچ گیری • بعضی داروهایی که نمی توانید مصرف کنید	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
	مراقبت از سلامت روان به‌صورت سرپایی ما هزینه خدمات بهداشت روان ارائه شده توسط مراجع زیر را پرداخت می‌کنیم: • روانپزشک یا پزشکی که جواز ایالتی دارد • روانشناس بالینی • مددکار اجتماعی بالینی (CSW) • متخصص پرستاری بالینی (CNS) • مشاور حرفه‌ای دارای مجوز (LPC) • متخصص ازدواج و درمانگر خانواده (LMFT) • پرستار مجاز (NP) • دستیار پزشک (PA) **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	مراقبت از سلامت روان به‌صورت سرپایی • هر متخصص مراقبت سلامت روان دارای مجوزMedicare دیگری که تحت قوانین ایالتی مربوطه مجوز دریافت کرده باشد. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در این‌جا فهرست نشده‌اند: • خدمات درمانگاه • مداوا در طول روز • خدمات توانبخشی روانی-اجتماعی • بستری شدن جزئی در بیمارستان یا برنامه‌های سرپایی فشرده • ارزیابی و درمان سلامت روان به‌طور فردی و گروهی • آزمایش روان‌شناسی وقتی برای ارزیابی نتیجه سلامت روان بالینی ایجاب نماید • خدمات بیماران سرپایی برای نظارت بر درمان دارویی • آزمایشگاه، دارو، لوازم، و مکمل‌های بیماران سرپایی • مشاوره روانپزشکی	
	خدمات توانبخشی بیماران سرپایی ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی را پرداخت می‌کنیم. شما می‌توانید خدمات توانبخشی بیماران سرپایی را از بخش‌های بیماران سرپایی بیمارستان، مطب درمانگران مستقل، مراکز جامع توانبخشی بیماران سرپایی (CORF) و سایر مراکز دریافت کنید.	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

	خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	خدمات سرپایی سوءمصرف مواد ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در این‌جا فهرست نشده‌اند: • مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل • درمان سوء استفاده دارویی • مشاوره توسط درمانگر واجدشرایط به‌صورت فردی یا گروهی • سم زدایی نیمه حاد در برنامه اعتیاد مسکونی • خدمات مربوط به الکل و/یا موادمخدر در مرکز درمانی ویژه بیماران سرپایی • مداوا به‌صورت پیوسته رهش با نالترکسون (ویویترول) (vivitrol)	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
	جراحی سرپایی ما هزینه جراحی و خدمات سرپایی در مراکز سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی را پرداخت می‌کنیم. **توجه:** اگر در بیمارستان جراحی دارید، باید درباره این‌که بیمار سرپایی یا بستری محسوب می‌شوید با ارائه‌دهنده خدماتتان صحبت کنید. مگر این‌که ارائه‌دهنده سفارش بفرستد که شما را به‌عنوان یک بیمار بستری در بیمارستان بستری کند، شما سرپایی هستید. حتی اگر در طول شب در بیمارستان بمانید، ممکن است بیماری سرپایی در نظر گرفته شوید.	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
	مراقبت تسکینی طرح ما مراقبت تسکینی را پوشش می‌دهد. مراقبت تسکینی برای افراد مبتلا به بیماری‌های جدی است. در این نوع، مراقبت بیمار و خانواده‌محور ارائه می‌شود که با پیش‌بینی، پیشگیری، و درمان رنج کیفیت زندگی را بهبود می‌دهد. مراقبت تسکینی آسایشگاه بیماران رو به مرگ **نیست**، بنابراین برای واجد شرایط بودن برای مراقبت تسکینی لازم نیست امید به زندگی شما شش ماه یا کمتر باشد. مراقبت تسکینی همزمان با مراقبت‌های درمانی/معمول ارائه می‌شود. • مراقبت تسکینی شامل موارد زیر است: **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	مراقبت تسکینی • برنامه‌ریزی مراقبت از قبل • ارزیابی و مشاوره مراقبت تسکینی • طرح مراقبت شامل تمام مراقبت‌های تسکینی و درمانی مجاز، ازجمله سلامت روان و خدمات اجتماعی پزشکی • خدماتی که تیم مراقبت تعیین‌شده برای شما ارائه می‌دهد • هماهنگی مراقبت‌ها • مدیریت درد و علائم اگر سن شما بیشتر از 21 سال باشد، ممکن است آسایشگاه بیماران رو به مرگ و مراقبت‌های تسکینی را همزمان دریافت نکنید. اگر مراقبت تسکینی دریافت می‌کنید و واجدشرایط مراقبت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ هستید، هر زمان بخواهید می‌توانید درخواست مراقبت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ بدهید.	
	خدمات بستری شدن جزئی در بیمارستان و خدمات سرپایی جامع بستری شدن جزئی در بیمارستان یک برنامه ساختاریافته درمان روانپزشکی فعال است. این خدمات به‌صورت سرپایی بیمارستانی یا توسط یک مرکز سلامت روان جامعه ارائه می‌شود که شدت بیشتری نسبت به مراقبت‌هایی دارد که در مطب پزشک، درمانگر، متخصص ازدواج و درمانگر خانواده (LMFT) یا مشاور حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید. این طرح می‌تواند به شما کمک کند تا لازم نباشد در بیمارستان بستری شوید. خدمات سرپایی فشرده یک برنامه ساختاریافته از درمان فعال سلامت رفتاری (روانی) است که به صورت خدمات سرپایی بیمارستانی، در یک مرکز سلامت روان جامعه، مرکز بهداشتی فدرال یا درمانگاه بهداشت روستایی ارائه می‌شود. این خدمات از مراقبت‌هایی که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر ازدواج و خانواده دارای مجوز (LMFT) یا مشاور حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید، شدیدتر است، اما کمتر از بستری جزئی شدت دارد. **توضیح:** از آن‌جایی که هیچ مرکز بهداشت روان محلی در شبکه ما وجود ندارد، ما بستری شدن جزئی در بیمارستان را فقط به‌عنوان خدمات سرپایی بیمارستان پوشش می‌دهیم.	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، ازجمله ویزیت‌های مطب پزشک ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • خدمات مراقبت درمانی یا جراحی که ضرورت پزشکی داشته و در محل‌هایی از این قبیل ارائه می‌شوند: ○ مطب پزشک ○ مرکز جراحی سرپایی مجاز ○ بخش بیماران سرپایی بیمارستان ○ هر مکان دیگری • مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص • معاینات شنوایی و توازن اولیه که ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما ارائه می‌دهد، اگر پزشک شما توصیه کرده باشد این ارزیابی‌ها انجام شود تا مشخص شود که آیا به درمان نیاز هست یا نه • برخی خدمات سلامت از راه دور، از جمله: خدمات مورد نیاز فوری، مراقبت در منزل، پزشک مراقبت‌های اولیه، کاردرمانی، متخصص، جلسات فردی و گروهی سلامت روان، خدمات پاپزشکی، سایر متخصصان مراقبت سلامت، جلسات فردی و گروهی روان‌پزشکی، فیزیوتراپی و آسیب‌شناسی گفتار و زبان، جلسات فردی و گروهی درمان سرپایی سوءمصرف مواد و آموزش خودمدیریتی دیابت. ○ شما می‌توانید این خدمات را از طریق مراجعه حضوری یا از راه دور دریافت کنید. اگر انتخاب کنید که یکی از این خدمات مشاوره را از طریق تلفنی دریافت کنید، باید از یکی از ارائه‌دهندگان شبکه استفاده کنید که این خدمات را به روش «سلامت از راه دور» ارائه می‌دهد. • طرح ما 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، دسترسی مجازی به پزشکان دارای مجوز بورد از طریق Teladoc را برای کمک به رسیدگی به طیف گسترده ای از نگرانی‌ها/سؤالات بهداشتی ارائه می‌دهد. خدمات تحت پوشش شامل پزشکی عمومی، سلامت رفتاری، پوست و غیره است. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، ازجمله ویزیت‌های مطب پزشک • ویزیت مجازی (که با عنوان مشاوره از راه دور نیز شناخته می‌شود) ویزیت توسط پزشک از طریق تلفن یا اینترنت با استفاده از تلفن هوشمند، تبلت یا رایانه است. برخی از انواع ویزیت‌ها ممکن است به اینترنت و یک دستگاه مجهز به دوربین نیاز داشته باشند. • برخی از خدمات سلامت از راه دور عبارت‌اند از مشاوره، تشخیص و درمان توسط پزشک یا متخصص برای بیماران در برخی مناطق روستایی یا سایر مکان‌های مورد تأیید Medicare • خدمات سلامت از راه دور برای بازدیدهای ماهانه مربوط به بیماری کلیوی لاعلاج (ESRD) برای اعضای دیالیز خانگی در یک مرکز دیالیز کلیوی مستقر در بیمارستان یا دسترسی حیاتی، مرکز دیالیز کلیوی، یا در خانه • خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم یک حمله قلبی • خدمات سلامت از راه دور برای اعضای مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد مخدر یا اختلال سلامت روان به صورت همزمان، بدون در نظر گرفتن مکان شما • خدمات سلامت ازراه‌دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان • خدمات درمانی از راه دور برای ویزیت‌های سلامت روان که توسط کلینیک‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی درمانی مورد تأیید فدرال ارائه می‌شود. • پذیرش مجازی (مثلا از طریق تلفن یا گفتگوی ویدیویی) با پزشک برای پنج تا ده دقیقه، **اگر** ○ بیمار جدید نباشید **و** ○ پذیرش با یک ویزیت حضوری در هفت روز گذشته مربوط نباشد **و** ○ پذیرش منجر به ویزیت مطب در مدت 24 ساعت یا نزدیک‌ترین زمان ملاقات موجود نشود **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، ازجمله ویزیت‌های مطب پزشک • ارزیابی ویدیو و/یا تصاویر ارسالی شما برای پزشک و توضیح و پیگیری از سوی پزشک تا 24 ساعت طول می‌کشد، **اگر:** ○ بیمار جدید نباشید و ○ ارزیابی با یک ویزیت حضوری در هفت روز گذشته مربوط نباشد **و** ○ ارزیابی به یک ویزیت حضوری در 24 ساعت پس از آن یا نزدیکترین وقت ملاقات موجود منتهی نشود • مشورت پزشک شما با سایر پزشکان از طریق تلفن، اینترنت یا دستگاه ضبط الکترونیک سلامتی، اگر بیمار جدید نباشید • نظر ثانویه توسط یک ارائه‌دهنده شبکه دیگرِ شبکه قبل از انجام عمل	
	خدمات پاپزشکی ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی مصدومیت و بیماری پا (از قبیل انگشت چکشی یا خار پاشنه پا) • مراقبت‌های پا برای اعضای مبتلا به عوارضی که روی پا تأثیر می‌گذارند، از قبیل دیابت پس از اتمام مزایای Medicare، خدمات به حداکثر دو خدمت در هر ماه تقویمی محدود می‌شود، مگر اینکه مجوز دریافت خدمات اضافی اخذ شود.	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه 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 هشت جلسه مشاوره فردی (شامل ارزیابی خطر اچ‌آی‌وی، کاهش خطر اچ‌آی‌وی، و پایبندی به دارو) در هر 12 ماه. • تا هشت غربالگری اچ‌آی‌وی در هر 12 ماه. • یک‌بار غربالگری ویروس هپاتیت B.	$0
	معاینات تشخیص سرطان پروستات برای مردان 50 ساله و بالاتر، ما هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یک‌بار پرداخت می‌کنیم: • معاینه انگشتی راست روده • آزمایش آنتی‌ژن ویژه پروستات (PSA)	$0
	دستگاه‌های پروتز و اورتز و لوازم مربوطه پروتز جایگزین همه یا بخشی از قسمت‌ها یا عملکرد یک اندام می‌شود. شامل، اما نه محدود به، این موارد است: • آزمایش، تنظیم، یا آموزش استفاده از دستگاه‌های پروتز و اورتز • کیسه کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی • تغذیه با لوله و وریدی، شامل کیت‌های تأمین غذا، پمپ، لوله و آداپتور تزریق، محلول‌ها و منابع برای تزریق توسط خود **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	دستگاه‌های پروتز و اورتز و لوازم مربوطه • ضربان ساز • اتل • کفش پروتزی • بازو و پای مصنوعی • پروتز سینه (شامل سینه‌بند بعد از جراحی پستان برداری) • پروتز برای جایگزینی تمام یا قسمتی از قسمت خارجی بدن که در نتیجه بیماری، آسیب یا نقص مادرزادی برداشته شده یا آسیب دیده است. • کرم و پوشک بی‌اختیاری ادرار و مدفوع هزینه برخی از لوازم مربوط به دستگاه‌های پروتز و اورتز را پرداخت می‌کنیم. همچنین هزینه تعمیر و یا تعویض دستگاه‌های پروتز و اورتز را پرداخت می‌کنیم. ما برخی هزینه‌ها را بعد از برداشت آب مروارید یا جراحی آب مروارید پوشش می‌دهیم. برای جزئیات به «مراقبت بینایی» در ادامه این نمودار مراجعه کنید.	
	خدمات توانبخشی ریوی ما هزینه برنامه‌های توانبخشی ریوی را برای اعضایی که بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) متوسط تا بسیار شدید دارند، پرداخت می‌کنیم. شما باید یک ارجاع برای توانبخشی ریوی از سوی پزشک یا ارائه‌دهنده معالج COPD داشته باشید.	$0 *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
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 • قبل از سال 1992 شما یک انتقال خون داشتید. • شما بین سال‌های 1945 تا 1965 به دنیا آمده اید. اگر شما بین 1945-1965 سالگی متولد شده اید و ریسک بالایی در نظر گرفته نشده اید، یک بار برای غربالگری هزینه می‌کنیم. 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.	
معاینه تشخیصی و مشاوره برای بیماری‌های مقاربتی (STI) هزینه غربالگری کلامیدیا، سوزاک، سفلیس، و هپاتیت B را پرداخت می‌کنیم. این غربالگری‌ها برای زنان باردار و برخی اشخاصی که در معرض خطر فزاینده STI قرار دارند تحت پوشش است. ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه باید دستور آزمایش‌ها را بدهد. ما هزینه این آزمایشات را هر 12 ماه یا در زمان‌های خاص در طول بارداری پوشش می‌دهیم. ما همچنین هر سال حداکثر دو جلسه حضوری مشاوره رفتاری فشرده را برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی هستند، می‌پردازیم. هر جلسه ممکن است 20 تا 30 دقیقه طول بکشد. ما هزینه این جلسات مشاوره را به‌عنوان یک خدمات پیشگیرانه فقط در صورتی پرداخت می‌کنیم که توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه ارائه شود. این جلسات باید در یک مرکز مراقبت‌های درمانی اولیه از قبیل مطب پزشک باشند.	$0

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	مراقبت در مرکز پرستاران باتجربه (SNF) برای تعریف مراقبت از مرکز پرستاران باتجربه، به **فصل 12** مراجعه کنید. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در این‌جا فهرست نشده‌اند: • اتاق نیمه خصوصی یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی داشته باشد • خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری تخصصی • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح مراقبتی خود دریافت می‌کنید، شامل موادی که به‌طور طبیعی در بدن وجود دارند از قبیل عوامل لختگی خون • خون، شامل ذخیره و تزریق • لوازم پزشکی و جراحی که در SNF داده می‌شوند • تست‌های آزمایشگاهی که توسط SNF داده می‌شوند • پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • وسیله‌هایی از قبیل صندلی چرخدار که معمولا در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/ارائه‌دهنده شما معمولا خدمات مراقبتی SNF خود را از مراکز شبکه دریافت می‌کنید. تحت شرایط خاصی ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی دریافت کنید که در شبکه ما نمی‌باشد. شما می‌توانید مراقبت را در صورتی در محل‌های زیر دریافت کنید که آن‌ها مبالغی که طرح ما پرداخت می‌کند را قبول کنند. • آسایشگاه یا گروه مراقبت مستمر بازنشستگی که قبل از رفتن به بیمارستان در آن‌جا زندگی می‌کردید (تا وقتی مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند) • مرکز پرستاری که همسر شما یا همخانه قانونی‌تان وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید در آن‌جا زندگی می‌کند	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
ترک سیگار و قطع مصرف دخانیات مشاوره ترک سیگار و مصرف دخانیات به صورت سرپایی و بستری برای افرادی که شرایط زیر را دارند تحت پوشش قرار می گیرد: • 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 دو تلاش برای ترک در سال را پوشش می‌دهیم (هر تلاش می‌تواند شامل حداکثر چهار جلسه متوسط یا فشرده باشد، با حداکثر هشت جلسه در سال).	$0
پلتفرم حمایت اجتماعی طرح ما یک پلتفرم پشتیبانی اجتماعی آنلاین ارائه می‌دهد تا به بهبود سلامت کلی شما کمک کند. این پلتفرم شامل تعاملات اجتماعی، فعالیت‌های درمانی و منابع حمایت‌شده توسط طرح است تا به مدیریت استرس و اضطراب کمک کند. 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. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	پلتفرم حمایت اجتماعی • 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 مقالاتی با بازبینی بالینی دسترسی پیدا کنید و بر اساس تعاملات و نیازهای شناسایی‌شده خود، پیشنهادهای شخصی‌سازی‌شده‌ای برای خدمات بیشتر Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 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 go.wellcare.com/member یا با تماس با خدمات اعضای Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) در شماره پایین صفحه به این 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.	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
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 قلبی‌عروقی؛ اختلال مصرف مزمن الکل و سایر اختلالات مصرف مواد (SUDs)؛ بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده سلامت روان؛ بیماری‌های مزمنی که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی را مختل می‌کنند؛ بیماری‌های مزمن گوارشی؛ نارسایی مزمن قلبی؛ بیماری مزمن کلیه (CKD)؛ اختلالات مزمن ریوی؛ شرایط مرتبط با اختلالات شناختی؛ شرایطی که برای حفظ یا بازگشت توانایی‌های عملکردی افراد، به خدمات درمانی مداوم نیاز دارند؛ شرایط همراه با چالش‌های عملکردی؛ زوال عقل؛ دیابت شیرین؛ اچ‌آی‌وی/ایدز؛ نقص ایمنی و اختلالات سرکوب‌کننده سیستم ایمنی؛ اختلالات عصبی؛ اضافه‌وزن، چاقی و سندرم متابولیک؛ پس از پیوند عضو؛ اختلالات شدید خونی؛ سکته مغزی. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره معیارهای واجدشرایط بودن، به **فصل 4، بخش C** 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 خدمات مزایای Wellcare Spendables®جهت خرید اقلام بدون نسخه (OTC) نیز استفاده می‌شود.** **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مزایای مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن **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 کسب اطلاعات بیشتر، به بخش مزایای ®Wellcare Spendables در این نمودار مراجعه کنید.** • **پرداخت هزینه سوخت در پمپ بنزین** می‌توانید از کارتتان برای پرداخت مستقیم هزینه بنزین در پمپ‌بنزین‌های شرکت‌کننده در طرح استفاده کنید. از این کارت 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: ○ 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 **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
مزایای مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن • **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. 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. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	مزایای مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن • **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 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) ما هزینه SET را برای اعضایی پرداخت می‌کند که بیماری سرخرگ محیطی (PAD) علامت‌دار دارند و از طرف پزشک معالج PAD برای درمان PAD ارجاع شده‌اند. طرح ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند: • تا 36 **جلسه** در مدت زمان 12 هفته درصورتی‌که همه پیش‌نیازهای SET را داشته باشید **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0 *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	ورزش‌درمانی تحت نظارت (SET) • تعداد 36 جلسه اضافی دیگر به مرور زمان اگر ارائه‌دهنده خدمات مراقبت درمانی آن را از نظر پزشکی ضروری بداند برنامه SET باید: • حاوی جلسه‌های 30 تا 60 دقیقه ای برنامه ورزش درمانی برای PAD برای اعضایی باشد که به خاطر جریان خون نامناسب دچار مشکل «لنگیدن» هستند • در مرکز بیماران سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک ارائه شود • درمان توسط پرسنل مورد تأیید انجام شود و اطمینان حاصل شود که مزایای این کار بیشتر از ضرر آن برای بیمار است، همچنین این افراد باید در زمینه فیزیوتراپی برای PAD آموزش دیده باشند • تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک (PA) یا پرستار متخصص (NP)/متخصص پرستاری کلینیک (CNS) باشد که برای روش‌های احیای اولیه و پیشرفته آموزش دیده باشند	
	حمل‌ونقل: حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی این مزیت امکان حمل‌ونقل پزشکی را برای خدماتی که تحت پوشش برنامه و Medicare شما قرار دارد، فراهم می‌کند. این موارد عبارت‌اند از: خدمات حمل‌ونقل پزشکی با آمبولانس، ون برانکارد، ون جابه‌جایی صندلی چرخدار، و هماهنگی برای حمل‌ونقل نیمه‌عمومی. زمانی این نوع حمل‌ونقل اجازه داده می‌شود که: • پزشک شما تعیین می‌کند که وضعیت پزشکی **و/یا** فیزیکی شما اجازه سفر با اتوبوس، ماشین مسافربری، تاکسی یا هر نوع دیگری از حمل و نقل عمومی یا خصوصی را نمی دهد، و مجوز قبلی لازم است و شما باید با برنامه خود تماس بگیرید تا بتوانید سوار وسیله نقلیه شوید. با شماره تلفن موجود در پشت کارت شناسایی (ID) اعضا تماس بگیرید تا زمان سوار شدن را مشخص کنید.	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	حمل و نقل: حمل و نقل غیرپزشکی این مزایا امکان حمل و نقل به خدمات پزشکی توسط اتومبیل مسافربری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی/خصوصی را می‌دهد. حمل و نقل به منظور دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز تحت پوشش Medi-Cal، از جمله سفر به قرار ملاقات‌های دندان‌پزشکی و تحویل گرفتن داروها مورد نیاز است. حمل‌ونقل برای خدمات دوگانه تحت پوشش Medi-Cal و Medicare می‌باشد. با شماره تلفن موجود در پشت کارت شناسایی (ID) اعضا تماس بگیرید تا زمان سوار شدن را مشخص کنید.	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.* *ممکن است ارجاعیه لازم باشد.*
	مراقبت‌های فوری ضروری مراقبت‌های فوری ضروری برای درمان موارد زیر: • مورد غیراضطراری که به مراقبت درمانی فوری نیاز دارد، **یا** • بیماری پیش‌بینی‌نشده، **یا** • یک آسیب دیدگی، **یا** • عارضه‌ای که فورا به مراقبت نیاز دارد. اگر به مراقبت‌های فوری ضروری نیاز دارید، باید ابتدا تلاش کنید که آن را از یک ارائه‌دهنده داخل شبکه دریافت کنید. بااین‌حال، می‌توانید ازارائه‌دهندگانخارج از شبکه استفاده کنید زمانی که به دلیل محدودیت‌های زمانی، مکانی یا شرایط خاص، دسترسی به ارائه‌دهنده شبکه ممکن نباشد یا منطقی به نظر نیاید (مثلاً، وقتی خارج از منطقه خدماتی طرح هستید و به خدمات فوری پزشکی برای یک وضعیت غیرمنتظره نیاز دارید، اما این یک مورد اورژانس پزشکی نیست). پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان: به‌صورت مراقبت فوری، اضطراری، و پس از تثبیت که خارج از ایالات متحده آمریکا دریافت میشود. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0 $115 پرداخت مشترک

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	مراقبت‌های فوری ضروری • فقط محدود به خدماتی است که اگر در آمریکا ارائه شوند به‌صورت مراقبت‌های اضطراری، دارای نیاز فوری یا پس از تثبیت طبقه‌بندی می‌شوند. • خدمات آمبولانس در شرایطی که رسیدن به اتاق اورژانس از هر طریق دیگر سلامت شما را به خطر می‌اندازد تحت پوشش قرار می‌گیرند. • مالیات و هزینه‌های خارجی (ازجمله، تبدیل ارز و انتقال وجه) پوشش داده نمی‌شوند. منظور از آمریکا، 50 ایالت، District of Columbia، Puerto Rico، Guam، Virgin Islands، Northern Mariana Islands و American Samoa است.	در صورت بستری شدن برای خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان، سهم هزینه ویزیت اتاق اورژانس با پوشش سراسر جهان/ خدمات مورد نیاز فوری لغو نمی‌شود. سقف سالانه برای پوشش بیمه اضطراری / فوری در سرتاسر جهان $50,000 تعیین شده است.
	مراقبت‌های بینایی ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • یک معاینه چشم معمول در هر سال؛ **و** • تا $100 برای عینک (قاب و لنز) یا تا $100 برای لنزهای تماسی هر دو سال یک‌بار. ما هزینه خدمات پزشک سرپایی را برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و آسیب‌های چشمی پرداخت می‌کنیم. به‌عنوان‌مثال درمان دژنراسیون ماکولا مرتبط با سن. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0 *ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.*

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	مراقبت‌های بینایی برای افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به گلوکوم یا آب سیاه هستند، ما هزینه یک غربالگری آب سیاه را در هر سال پرداخت می‌کنیم. اشخاص زیر در معرض افزایش خطر آب سیاه قرار دارند: • اشخاصی که تاریخچه خانوادگی آب سیاه دارند • اشخاصی که دیابت دارند • آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار که سن آن‌ها 50 سال یا بیشتر است • آمریکایی‌های اسپانیایی‌تبار با سن 65 سال به بالا برای مبتلایان به دیابت سالانه یک بار برای غربالگری رتینوپاتی دیابتی هزینه می‌کنیم. پس از هر بار جراحی آب مروارید که پزشک لنز داخل چشم شما می‌گذارد، ما هزینه یک عینک و یک جفت لنز تماسی را پرداخت می‌کنیم. اگر دو جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید یک عینک پس از هر جراحی دریافت کنید. پس از جراحی دوم نمی‌توانید دو عینک بگیرید حتی اگر پس از جراحی اول عینک نگرفته باشید.	
	علاوه بر این، طرح ما خدمات بینایی تکمیلی (به عنوان مثال، خدمات بینایی معمول) زیر را پوشش می‌دهد: • 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. • 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. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	

خدمات تحت پوشش		شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
	مراقبت‌های بینایی • 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. پوشش خدمات معمول بینایی یک مزیت مکمل ارائه شده توسط این طرح است.	
	ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» ما هزینه یک بار ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» را پوشش می‌دهیم. این ویزیت شامل: • بررسی وضعیت سلامتی شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیری مورد نیاز شما (شامل معاینات تشخیص و واکسن‌ها)، **و** • ارجاع برای سایر مراقبت‌ها در صورت نیاز. **نکته:** ما فقط طی 12 ماه اولی که شما Medicare Part B دارید هزینه ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» را پوشش میدهیم. وقتی وقت ویزیت میگذارید، به مطب پزشک خود بگویید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» وقت بگیرید.	$0

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
Wellcare Spendables® مجموعاً **$113 هر ماه** به‌صورت از پیش شارژشده روی کارت Wellcare Spendables® شما قرار می‌گیرد تا برای اقلام بدون نسخه (OTC)، خدمات دندان‌پزشکی، بینایی و شنوایی و در صورت واجدشرایط بودن، SSBCI هزینه کنید. • کمک‌هزینه ماهانه شما **در صورت استفاده‌نشدن به ماه بعد منتقل می‌شود و در پایان سال طرح منقضی خواهد شد.** **کمک هزینه اضافه شده به کارت را می‌توانید برای موارد زیر مصرف کنید:** **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 از اسکنر بارکد درون برنامه‌ای برای پیدا کردن اقلام مورد تأیید در فروشگاه‌ها استفاده کنید و به پورتال عضویتتان وارد 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 خرج کردن کمک هزینه OTC خود برای این موارد، از مزایای پزشکی طرح ما استفاده کنید. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	$0

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
Wellcare Spendables® **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 مزیت مکمل ویژه مزمن بیماری مزمن (SSBCI) در این نمودار مراجعه نمایید. **<u>نحوه استفاده از کارت:</u>** 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. 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. **ادامه این مزایا در صفحه بعد.**	

خدمات تحت پوشش	شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید
Wellcare Spendables® **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. • 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 استثنائات اعمال شود. فقط موارد تأییدشده تحت پوشش قرار می‌گیرند. • این نوعی از مزایای Medicaid نیست. **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 عبارت اند 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	

E. پشتیبانی‌های اجتماعی

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

نمونه‌هایی از پشتیبانی‌های اجتماعی که ارائه می‌دهیم عبارت‌اند از: غذا و وعده‌های غذایی حمایتی پزشکی یا وعده‌های غذایی متناسب‌سازی شده پزشکی، کمک به شما یا مراقب شما، یا دستگیره حمام سالمند و سطوح شیب‌دار.

اگر به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید بدانید کدام «پشتیبانی‌های اجتماعی» ممکن است برای شما دردسترس باشد، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) یا با ارائه‌دهنده مراقبت از سلامت خود تماس بگیرید.

خدمات مربوط به مشکلات مسکن و بی‌خانمانی:

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

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

خدمات بازیابی سلامت:

پشتیبانی‌های اجتماعی	خدماتی که می‌توانید دریافت کنید
مراقبت برای بازیابی سلامت (فرجه پزشکی)	**تأمین مسکن کوتاه‌مدت برای افرادی که دیگر نیاز نیست در بیمارستان بستری باشند اما همچنان باید جراحت یا بیماری آن‌ها بهبود پیدا کند.** خدمات در برخی کشورها در دسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • در خطر بستری شدن قرار دارید یا دوران بهبود پس‌از بستری شدن را سپری می‌کنید. • تنها زندگی می‌کنید و هیچ پشتیبانی رسمی‌ای ندارید. • با عدم قطعیت در تأمین مسکن مواجه شده‌اید یا مسکنی دارید که اگر تغییری در آن ایجاد نشود، سلامت و ایمنی‌تان را به خطر می‌اندازد.
مراقبت فرجه‌ای	**مراقبت‌کنندگان از افرادی که به مراقبت یا حمایت کوتاه‌مدت نیاز دارند، دوره فراغت کوتاه‌مدتی دریافت می‌کنند.** خدمات در تمام کشورها در دسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • در مکانی زندگی می‌کنید که فعالیت روزانه‌تان را محدود می‌کند. • به مراقبت‌کننده‌ای نیاز دارید که بخش اعظم حمایت از شما را انجام دهد. • برای جلوگیری از بستری شدن در خانه سالمندان یا مکان‌های مشابه، به فرجه پزشکی برای مراقبت‌کنندگان نیاز دارید.
مرکز امداد سوءمصرف الکل	**مکانی که در آن می‌توانید درباره الکل یا مشکلات مربوط به مصرف الکل کمک بگیرید، به‌جای این‌که به بخش اضطراری یا زندان منتقل شوید.** خدمات در برخی کشورها در دسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • افرادی که 18 سال یا بیشتر دارند و مست هستند. • به بخش اضطراری یا زندان منتقل شده‌اند. • به بخش اضطراری منتقل شده‌اند و شرایط انتقال به مرکز امداد سوءمصرف الکل را دارند.

خدمات سلامتی طولانی مدت در شرایط مشابه با خانه:

پشتیبانی‌های اجتماعی	خدماتی که می‌توانید دریافت کنید
درمان آسم	**جابه‌جایی به خانه‌ای برای دوری از عوامل مضر تشدیدکننده آسم.** خدمات در تمام کشورها در دسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر:** • کنترل آسم نامناسب طی 12 ماه گذشته به‌ترتیب زیر: ○ به بخش اضطراری رفته‌اید. ○ در بیمارستان بستری شده‌اید. ○ دو دفعه به دلیل بیماری یا نیاز به مراقبت‌های فوری معاینه شده‌اید. • در آزمایش کنترل آسم امتیاز شما 19 یا کمتر است.
توانبخشی روزانه	**برنامه‌هایی که به شما کمک می‌کنند مهارت‌های لازم را برای زندگی کردن در محیط‌های مشابه خانه بیاموزید.** این طرح‌ها ممکن است شامل آموزش استفاده از وسایل حمل‌ونقل عمومی یا نحوه تهیه غذا باشند. خدمات در تمام کشورها در دسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر**: • بی‌خانمان شده‌اید. • دیگر بی‌خانمان نیستید و در 24 ماه گذشته در خانه ساکن شده‌اید. • در معرض خطر بی‌خانمان شدن قرار دارید. یا شرایط مشابه به خانه‌تان می‌تواند بهبود پیدا کند.
سازگاری با دسترسی محیطی	**برای حفظ سلامتی و امنیت‌تان، تغییراتی در خانه‌تان ایجاد می‌کنید**. همچنین تغییراتی که به شما اجازه می‌هد آزادانه در خانه فعالیت کنید. این تغییرات ممکن است شامل سطح‌شیب‌دار و نرده‌های کمکی باشد. خدمات در تمام کشورها در دسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر**: • در معرض انتقال به خانه سالمندان باشید.

پشتیبانی‌های اجتماعی	خدماتی که می‌توانید دریافت کنید
وعده‌های غذایی پزشکی	**غذاهایی که به خانه‌تان ارسال می‌شود و براساس نیازهای سلامتی و رژیم غذایی شما تهیه و طبخ می‌شوند**. شامل وعده‌های غذایی موردنیاز پس‌از مرخص شدن از بیمارستان می‌شود. خدمات در تمام کشورها در دسترس است. **ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید، اگر**: • شرایط مزمن دارید. • از بیمارستان یا خانه سالمندان تخصصی مرخص شده‌اید. • به احتمال زیاد در معرض بستری شدن در بیمارستان یا خانه سالمندان قرار دارید. • نیازهای جدی برای مدیریت مراقبت دارید. • متخصص تغذیه رسمی یا متخصص تغذیه دارای مجوز، شما را ارزیابی کرده است.

اگر به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید بدانید کدام پشتیبانی‌های اجتماعی ممکن است برای شما دردسترس باشد، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) یا با ارائه‌دهنده مراقبت از سلامت خود تماس بگیرید.

F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح

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

F1. خدمات افراد ناتوان در California (CCT)

برنامه انتقال به جامعه California (CCT) از سازمان‌های پیشرو محلی استفاده می‌کند تا به دریافت‌کنندگان واجدشرایط Medi-Cal، که حداقل 60 روز متوالی در یک مرکز بستری اقامت داشته‌اند، کمک کند تا به یک محیط اجتماعی بازگردند و به سلامت در آنجا بمانند. برنامه CCT هزینه خدمات هماهنگ کردن انتقال را در دوره پیش از انتقال و تا 365 روز بعد از انتقال می‌پردازد تا به ذی‌نفعان برای بازگشت به محیط اجتماع کمک شود.

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

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT:

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

برای خدماتی که با انتقال CCT شما مرتبط نیستند

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

با این که شما خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما برای خدمات فهرست شده در نمودار مزایا در **بخش D** هزینه را پرداخت می‌کنیم.

عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی

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

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

F2. طرح دندانپزشکی Medi-Cal

خدمات دندانپزشکی مشخصی از طریق دندانپزشکی Medi-Cal در دسترس هستند.

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

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

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای در دسترس در دندانپزشکی Medi-Cal، یا در صورت نیاز به یافتن دندانپزشکی که Medi-Cal را می‌پذیرد، لطفاً با «تلفن خدمات مشتریان» به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با 1-800-735-2922 تماس بگیرند). تماس رایگان است. نمایندگان دندانپزشکی Medi-Cal از 8 صبح تا 5 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در دسترسند. همچنین، برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید به وب‌سایت smilecalifornia.org/ نیز مراجعه کنید.

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

www.hpsm.org/dental

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

F3. خدمات حمایتی در خانه (IHSS)

- برنامه IHSS به ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی ثبت شده برای خدماتی که به شما ارائه می‌دهند، کمک می‌کند تا بتوانید با خیال راحت در خانه بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از خانه، مانند مراکز پرستاری یا مراکز اسکان و مراقبت در نظر گرفته می‌شود.
- برای دریافت خدمات ارزیابی انجام می‌شود تا مشخص شود که برای هر شرکت‌کننده براساس نیاز آن‌ها چه نوع خدمات ممکن است مجاز باشد. انواع خدمات که ممکن است از سوی IHSS تأیید شوند، عبارتند از تمیزکاری منزل، کمک در تهیه غذا، لباسشویی، خرید سوپرمارکت، خدمات مراقبت شخصی (مانند کمک در رفتن به توالت، حمام کردن، آراستگی و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای ملاقات پزشکی، و نظارت مراقبتی برای افراد معلول ذهنی.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند برای IHSS با آژانس خدمات اجتماعی شهرستان خود درخواست دهید. برای آگاهی از اطلاعات تماس مؤسسه خدمات اجتماعی شهرستان، به **فصل 2**، مراجعه کنید.

F4. طرح‌های چشم‌پوشی از خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS) 1915 (c).

چشم‌پوشی با زندگی همراه با کمک (ALW)

- چشم‌پوشی با زندگی همراه با کمک (ALW) به ذینفعان واجدشرایط Medi-Cal این امکان را می‌دهد که یک محیط زندگی همراه با کمک را به‌عنوان جایگزینی برای استقرار طولانی‌مدت در یک مرکز پرستاری انتخاب کنند. هدف ALW تسهیل انتقال مرکز پرستاری به یک محیط خانگی و محلی یا جلوگیری از پذیرش پرستاران ماهر برای ذینفعانی است که نیاز فوری به استقرار در مرکز پرستاری دارند.
- اعضایی که در ALW ثبت‌نام کرده‌اند می‌توانند در ALW باقی بمانند و درعین‌حال مزایای طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس هماهنگی مراقبت ALW شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید همکاری می‌کند.

- ALW در حال حاضر فقط در شهرستان زیر موجود است: Los Angeles.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند برای ALW درخواست دهید. برای دریافت فهرست فعلی مؤسسات هماهنگی مراقبت ALW عضو به این نشانی بروید https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx.

معافیت HCBS برای ساکنین California دارای ناتوانی‌های رشد (HCBS-DD)

چشم‌پوشی از برنامه خود تعیینی California (SDP) برای افراد دارای ناتوانی‌های رشد

- دو چشم‌پوشی (c) 1915 وجود دارد، چشم‌پوشی HCBS-DD و چشم‌پوشی SDP، که خدماتی را به افرادی ارائه می‌دهد که دارای ناتوانی رشد هستند که قبل از سالروز تولد 18 سالگی فرد شروع می‌شود و انتظار می‌رود تا مدت نامحدود ادامه یابد. هر دوی این معافیت‌ها راهی برای تأمین مالی خدمات خاصی است که به افراد دارای معلولیت رشد امکان می‌دهد، به جای اقامت در مرکز بهداشتی دارای مجوز، در خانه یا اجتماع زندگی کنند. هزینه‌های این خدمات به‌طور مشترک توسط طرح Medicaid دولت فدرال و ایالت California تأمین می‌شود. هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما در اتصال شما به خدمات چشم‌پوشی DD کمک کند.

چشم‌پوشی جایگزین مبتنی بر خانه و محیط محلی (HCBA).

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

برنامه چشم‌پوشی Medi-Cal (MCWP)

- برنامه چشم‌پوشی Medi-Cal (MCWP) به عنوان جایگزینی برای مراقبت از مرکز پرستاری یا بستری شدن در بیمارستان، خدمات مراقبت جامع و مراقبت مستقیم را به افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی ارائه می‌دهد. مدیریت پرونده یک رویکرد تیمی مبتنی بر فرد عضو و متشکل از یک پرستار ثبت‌نام شده و مدیر پرونده مددکاری اجتماعی است. مدیران پرونده با فرد عضو و ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه، خانواده، مراقب(ها)، و سایر ارائه‌دهندگان خدمات همکاری می‌کنند تا نیازهای مراقبت را برای نگه داشتن فرد عضو در خانه و اجتماع ارزیابی کنند.

- اهداف MCWP عبارتند از: (1) ارائه خدمات خانگی و اجتماع‌محور به افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی که ممکن است به خدمات سازمانی نیاز داشته باشند؛ (2) کمک به اعضا در مدیریت سلامت اچ‌آی‌وی؛ (3) بهبود دسترسی به حمایت از سلامت اجتماعی و رفتاری؛ و (4) هماهنگ کردن ارائه‌دهندگان خدمات و حذف خدمات تکراری.

- اعضایی که برای معافیت MCWP ثبت‌نام کرده‌اند می‌توانند همچنان در معافیت MCWP باقی بمانند و در عین حال مزایای طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با مؤسسه چشم‌پوشی MCWP شما همکاری می‌کند تا خدماتی را که دریافت می‌کنید هماهنگ کند.

- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند برای MCWP درخواست دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وب‌سایت زیر مراجعه کنید https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx.

برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) خدمات مدیریت مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی را برای کمک به افراد برای ماندن در خانه‌ها و محیطهای محلی خود ارائه می‌دهد.

- درحالی‌که اکثر شرکت‌کنندگان در برنامه از خدمات حمایتی در منزل نیز استفاده می‌کنند، برنامه MSSP هماهنگی مداوم مراقبت را فراهم می‌کند، شرکت‌کنندگان را به سایر خدمات و منابع مورد نیاز جامعه متصل می‌کند، با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگی می‌کند و برخی خدمات مورد نیاز که درغیراین‌صورت در دسترس نیستند را خریداری می‌کند تا از بستری شدن در مؤسسات جلوگیری کند یا آن را به تأخیر بیندازد. مجموع هزینه ترکیبی سالانه مدیریت مراقبت و سایر خدمات باید کمتر از هزینه دریافت مراقبت در یک مرکز پرستاران باتجربه باشد.

- تیمی از متخصصان خدمات بهداشتی و اجتماعی برای هر شرکت‌کننده MSSP ارزیابی کامل سلامت و روانی اجتماعی را برای تعیین خدمات مورد نیاز ارائه می‌دهند. سپس تیم با شرکت‌کننده MSSP، پزشک، خانواده و دیگران برای ایجاد یک طرح مراقبت فردی همکاری می‌کند. خدمات عبارتند از:
  - مدیریت مراقبت
  - مراقبت روزانه بزرگسالان

- تعمیر/نگهداری جزئی خانه
- خدمات تکمیلی در خانه، مراقبت شخصی و نظارت حفاظتی
- خدمات استراحت
- خدمات حمل‌ونقل
- خدمات مشاوره‌ای و درمانی
- خدمات وعده غذایی
- خدمات ارتباطی

- اعضایی که برای معافیت MSSP ثبت‌نام کرده‌اند می‌توانند همچنان در معافیت MSSP باقی بمانند و در عین حال مزایای طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با ارائه‌دهنده MSSP شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید همکاری می‌کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند برای MSSP درخواست دهید.

اطلاعات تماس آژانس

- شهرستان Los Angeles:
  - انجمن خدمات انسانی، تلفن: 1185-358-626-1 (TTY-711)
  - بیمارستان Huntington، تلفن: 3110-397-626-1 (TTY-711)
  - خدمات خانواده یهودیان لس‌آنجلس، تلفن: 0864-247-310-1 (TTY-711)
  - Partners in Care، تلفن: 3775-837-818-1 (TTY-711)
  - Scan Independence at Home، تلفن: 1964-421-866-1 (TTY-711)

F5. خدمات سلامت رفتاری شهرستان که خارج از طرح ما ارائه می‌شود (خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد)

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

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

- خدمات سلامت روان
- خدمات پشتیبانی دارویی
- خدمات درمان فشرده روزانه
- بازتوانی روزانه
- خدمات مداخله در بحران
- خدمات تثبیت بحران
- خدمات درمان مسکونی بزرگسالان
- خدمات درمان مسکونی در موارد بحرانی
- خدمات مرکز درمانی روانپزشکی
- خدمات روانپزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات اجتماعی مداخله از راه دور در موارد بحرانی
- خدمات رفتار درمانی
- مراقبت سرپرستی درمانی
- هماهنگی مراقبت‌های ویژه
- خدمات ویژه در خانه
- بازگشت به جامعه پس از درگیری قضایی
- درمان جامعه قاطعانه (ACT)
- پزشکی قانونی آزاردهنده درمان جامعه (FACT)
- مراقبت‌های ویژه هماهنگ (CSC) برای روان پریشی اپیزود اول (FEP)
- سرویس‌های کلاب هاوس
- خدمات افزایش یافته کارکنان بهداشت جامعه (CHW)

اگر معیارهای دریافت این خدمات را دارید، خدمات سیستم تحویل سازمان‌یافته Drug Medi-Cal (DMC) از طریق مؤسسه سلامت رفتاری شهرستان‌تان در دسترس شما است.

- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- درمان اختلال سوءمصرف مواد در دوره بارداری در محل سکونت
- خدمات درمانی سرپایی
- برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می‌شود.)
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات اجتماعی مداخله از راه دور در موارد بحرانی
- خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضاء زیر 21 سال)
- غربالگری دوره ای زودرس، تشخیص و درمان (برای اعضای زیر 21 سال)

خدمات سیستم تحویل سازماندهی شده Drug Medi-Cal (DMC-ODS) عبارتند از:

- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- خدمات بستری شدن جزئی در بیمارستان
- داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می‌شود.)
- خدمات درمان مسکونی
- خدمات مدیریت ترک اعتیاد
- برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات بازیابی
- هماهنگی مراقبت‌ها
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات اجتماعی مداخله از راه دور در موارد بحرانی
- خدمات مدیریت وابستگی به مواد مخدز
- خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضاء زیر 21 سال)
- غربالگری دوره ای زودرس، تشخیص و درمان (برای اعضای زیر 21 سال)
- خدمات درمانی بستری

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

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

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

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

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

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

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

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» تلقی نمی‌شوند، مگر این‌که این خدمات به‌عنوان خدمات تحت پوشش فهرست شده باشند.
- درمان‌های پزشکی و جراحی تجربی، اقلام و داروها، مگر این‌که Medicare، یک مطالعه تحقیقات بالینی مورد تأیید Medicare یا طرح ما آن‌ها را پوشش دهد. برای کسب اطلاعات در مورد مطالعات پژوهش بالینی به **فصل 3**، از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. منظور از درمان و اقلام آزمایشی، آن مواردی است که مورد پذیرش عموم جامعه پزشکی نیست.
- درمان جراحی برای چاقی مرضی، مگر در مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشد و Medicare هزینه آن را پرداخت کند.
- اتاق خصوصی در یک بیمارستان، مگر در موارد ضروری پزشکی.
- پرستار شخصی.
- اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری، مانند تلفن یا تلویزیون.

- مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل شما
- هزینه‌های اخذ شده از بستگان نزدیک شما یا اعضای خانواده‌تان.
- تحویل غذا درب منزل شما
- روال‌ها یا خدمات انتخابی یا داوطلبانه بهبود (شامل کاهش وزن، رشد مو، کارایی جنسی، کارایی ورزشی، زیبایی، ضدپیری و عملکرد ذهنی)، مگر ضرورت پزشکی داشته باشند.
- جراحی زیبایی یا روش‌های زیبایی دیگر مگر این‌که به خاطر مصدومیت ناشی از تصادف یا برای بهبود ظاهر بخشی از بدن که شکل خوبی ندارد، ضروری باشد. بااین‌حال، ما هزینه بازسازی سینه پس از ماستکتومی و درمان سینه دیگر را برای مطابقت با آن می‌پردازیم.
- مراقبت کایروپراکتیک، به جز دستکاری ستون فقرات سازگار با رهنمودهای پوشش.
- مراقبت‌های پا به طور منظم، به جز مواردی که در خدمات پاپزشکی در نمودار مزایای **بخش D** از مزایا توضیح داده شده است.
- کفش ارتوپدی، مگر این‌که کفش بخشی از ساپورت پا بوده و در هزینه ساپورت منظور شده باشد یا کفش‌هایی که برای اشخاص مبتلا به دیابت پا می‌باشند.
- وسایل حمایت‌کننده پاها، به غیر از کفش‌های ارتوپدی یا طبی برای اشخاصی که به بیماری پای دیابتی مبتلا هستند.
- کراتوتومی رادیال یا برش شعاعی قرنیه، جراحی لازیک (LASIK) و سایر وسایل کمکی کم بینایی.
- عمل برگشت عقیم‌سازی
- خدمات نچروپاتی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین).
- خدمات ارائه‌شده به کهنه‌سربازان در مراکز امور کهنه‌سربازان (VA). ولی وقتی کهنه‌سرباز خدمات اضطراری را در بیمارستان VA دریافت می‌کند و تسهیم هزینه VA بیش از تسهیم هزینه طرح ما باشد،تسهیم هزینهرا به کهنه‌سرباز بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان بابت مبلغ تسهیم هزینه خودتان مسئول هستید.

فصل 5: دریافت داروهای سرپایی

مقدمه

این بخش مقررات دریافت داروهای نسخه‌دار بیماران سرپایی شما را توصیف میکند. این‌ها داروهایی هستند که ارائه‌دهنده شما برای شما سفارش می‌دهد تا از داروخانه یا توسط سفارش پستی دریافت کنید. این شامل داروهای تحت پوشش Medicare Part D و Medi-Cal می‌شود. در **فصل 6** این *دفترچه راهنمای اعضا* عنوان شده است که برای این داروها چه مبلغی باید پرداخت کنید. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *دفترچه راهنمای اعضا* آمده است.

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

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

قوانین پوشش دارویی سرپایی طرح ما

ما معمولا تازمانی‌که از قوانین این بخش پیروی کنید، داروهای شما را تحت پوشش قرار می‌دهیم.

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

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

برای دریافت نسخه تان به طور کلی باید از داروخانه شبکه استفاده کنید (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش A1** مراجعه کنید). یا می‌توانید نسخه‌تان را ازطریق خدمات سفارش پستی طرح دریافت کنید.

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

- اگر دارویی در *فهرست داروها* نباشد، ممکن است آن را با قید استثنا بتوانیم تحت پوشش قرار دهیم.
- به منظور کسب اطلاعات در مورد درخواست برای استثنا به **فصل 9** مراجعه کنید.
- لطفاً همچنین توجه داشته باشید که درخواست برای پوشش داروی تجویزی شما به موجب استاندارد Medicare و Medi-Cal هر دو، ارزیابی خواهد شد.

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

داروی شما ممکن است قبل از این‌که ما آن را پوشش دهیم، به تأیید طرح ما نیاز داشته باشد. (به **بخش C** این فصل مراجعه کنید.)

فهرست مطالب

A. دریافت نسخه 155
A1. پیچیدن نسخه شما در داروخانه شبکه 155
A2. استفاده از کارت شناسایی (ID) عضویت هنگام دریافت نسخه 155
A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دهید باید چه کار کنید؟ 155
A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند باید چه کار کنید 156
A5. استفاده از داروخانه تخصصی 156
A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها 156
A7. دریافت ذخیره بلندمدت داروها 159
A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست 159
A9. بازپرداخت به شما اگر هزینه نسخه را پرداخت کرده باشید 161
B. *فهرست داروهای* طرح ما *161*

B1. داروهای موجود در *فهرست داروها* *161*
B2. نحوه پیدا کردن دارو در *فهرست داروهای ما* *162*
B3. داروهایی که در *فهرست داروهای* ما نیستند 162
B4. ردیف‌های تسهیم هزینه *فهرست داروها* *163*
C. محدودیت‌های برخی داروها 164
D. دلایل احتمالی عدم پوشش دارو 166
D1. می‌توانید تأمین داروی موقت دریافت کنید 166
D2. درخواست تأمین داروی موقت 168
E. تغییرات پوشش برای داروهای شما 168
F. پوشش دارویی در موارد خاص 171
F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاران باتجربه برای اقامتی که طرح ما آن را پوشش می‌دهد ... 171
F2. در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت 171
F3. در یک طرح آسایشگاه بیماران رو به مرگ دارای مجوز Medicare 171
G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها 172
G1. برنامه‌هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها 172
G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود 172
G3. برنامه مدیریت دارو (DMP) برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروهای مخدر 173

A. دریافت نسخه

A1. پیچیدن نسخه شما در داروخانه شبکه

در بیشتر موارد، ما هزینه نسخه را تنها زمانی پرداخت می‌کنیم که از یکی از داروخانه‌های شبکه‌مان تهیه شود. داروخانه شبکه یک داروخانه است که موافقت کرده است نسخه‌ها را برای اعضای طرح ما تأمین کند. شما می‌توانید از هر کدام از داروخانه‌های شبکه ما استفاده کنید. (برای کسب اطلاعات در مورد زمان پوشش نسخه‌های تهیه‌شده در داروخانه‌های خارج از شبکه، به **بخش A8** مراجعه کنید.)

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

A2. استفاده از کارت شناسایی (ID) عضویت هنگام دریافت نسخه

برای دریافت نسخه، **کارت ID عضویت** را به داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه سهم ما را از کل هزینه داروی تجویزی تحت پوشش برایمان به‌صورت قبض صادر می‌کند. هنگام دریافت داروی نسخه‌ای خود باید سهم بیمه‌گذار را به داروخانه پرداخت کنید.

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

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

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

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

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

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

اگر برای تغییر داروخانه شبکه به کمک نیاز دارید می‌توانید با مرکز خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان تماس بگیرید.

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

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

برای یافتن داروخانه شبکه می‌توانید به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید، به وب‌سایت ما مراجعه کنید یا با «خدمات اعضا»، یا هماهنگ‌کننده مراقبت تماس بگیرید.

A5. استفاده از داروخانه تخصصی

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

- داروخانه‌هایی که داروهایی را برای درمان با تزریق خانگی تأمین می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهایی را برای ساکنین مرکز مراقبت طولانی‌مدت از قبیل مرکز پرستاری تأمین می‌کنند.
  - مراکز مراقبت بلندمدت معمولا داروخانه‌های خودشان را دارند. اگر ساکن یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت هستید، اطمینان حاصل می‌کنیم که می‌توانید داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه مرکز تهیه کنید.
  - اگر داروخانه مرکز مراقبت طولانی‌مدت شما در شبکه ما نیست یا در دریافت داروهای خود در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت مشکل دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروخانه‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی بومیان آمریکا (IHCP). اعضای بومی آمریکایی و بومی Alaska تا جایی که یک داروخانه خرده‌فروشی ثبت‌شده در دسترس باشد، به داروخانه‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بومیان (IHCP) دسترسی دارند. اگر شما از بومیان آمریکایی یا بومیان Alaska نیستید، همچنان می‌توانید در شرایط اضطراری یا درصورتی‌که به یک کلینیک ارجاع داده شده باشید، از داروخانه‌های خرده‌فروشی در مراکز بهداشتی IHCP خدمات دریافت کنید.
- داروخانه‌هایی که داروهایی را که توسط FDA محدود شده‌اند به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا داروهایی که نیاز به رسیدگی خاص، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد استفاده از آن‌ها دارند. (توجه: این حالت به ندرت اتفاق می‌افتد.)
- برای یافتن داروخانه تخصصی، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید، از وب‌سایت ما بازدید کنید، یا با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها

برای انواع خاصی از داروها می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما استفاده کنید. به‌طور کلی داروهای ارائه شده از طریق پست داروهایی است که شما آن‌ها را به‌صورت مداوم جهت درمانی وضعیت سلامت مزمن یا بلند مدت مصرف می‌کنید. داروهایی که از طریق **خدمات سفارش پستی** طرح ما در دسترس نیستند، در *فهرست داروهای* ما 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. سهم بیمه‌گذار برای ذخیرهٔ -100 روزه با سهم بیمه‌گذار برای ذخیرهٔ یک ماهه یکسان است.

سفارش داروی تجویزی از طریق پست

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.

معمولاً داروی تجویزی سفارش پستی ظرف 14 روز به دست شما می‌رسد.. 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.

روند ارسال پستی دارو

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

1. **نسخه‌های جدیدی که داروخانه از سوی شما دریافت می‌کند**

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

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

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

   - شما در گذشته از خدمات سفارش پستی با طرح ما استفاده کرده اید،**یا**
   - شما برای تحویل خودکار تمام نسخه‌های جدیدی که مستقیما از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی دریافت می‌کنید ثبت‌نام کرده باشید. می‌توانید همین حالا یا هر زمان دیگری با تماس با Express Scripts® به شماره 1-833-750-0201 (TTY: 711)، به‌صورت 24 ساعته، 7 روز در هفته، درخواست ارسال خودکار همه نسخه‌های جدید خود را ثبت کنید. یا در این وب‌سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx.

اگر نسخه‌ای را که نمی‌خواهید به صورت خودکار از طریق پست دریافت کنید و قبل از ارسال با شما تماس گرفته نشده است تا مشخص شود که آیا آن را می‌خواهید یا خیر، ممکن است واجد شرایط دریافت بازپرداخت 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 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 پیچیدن خودکار نسخه‌های جدید گرفته‌اید، داروخانه هر بار که نسخه جدیدی از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی دریافت می‌کند با شما تماس می‌گیرد تا بفهمد آیا می‌خواهید دارو فورا تکمیل و ارسال شود یا خیر.

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

برای انصراف از تحویل خودکار نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از دفتر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی خود دریافت می‌کنید، از طریق تماس با Express Scripts® Pharmacy به شماره 1833-750-0201 با (TTY: 711) در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با ما تماس بگیرید. یا در این وب‌سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx.

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

برای انصراف از برنامه ما که به‌طور خودکار پر کردن مجدد سفارش‌های پستی را آماده می‌کند، با خدمات اعضا سفارش پستی از طریق شماره 1-833-750-0201، (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. یا در این وب‌سایت وارد سیستم شوید: express-scripts.com/rx.

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

A7. دریافت ذخیره بلندمدت داروها

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

برخی داروخانه‌های شبکه به شما اجازه می‌دهند تا ذخیره بلندمدت داروهای حفظ سلامت را دریافت کنید. سهم بیمه‌گذار برای ذخیرهٔ 100- روزه با سهم بیمه‌گذار برای ذخیرهٔ یک ماهه یکسان است. *فهرست خدمات‌دهندگان و داروخانه‌ها* حاوی اطلاعات در مورد داروخانه‌هایی است که می‌توانند ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامت را به شما بدهند. برای اطلاعات بیشتر همچنین می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضاء تماس بگیرید.

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

A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست

به‌طور کلی ما هزینه داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شود را فقط در صورتی پرداخت می‌کنیم که شما قادر به استفاده از داروخانه شبکه نباشید. در خارج منطقه خدماتی‌مان، چند داروخانه شبکه در دسترس هستند که می‌توانید نسخه‌های خود را به‌عنوان عضو طرح ما از آنجا دریافت کنید. در این شرایط، لطفاً ابتدا با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید تا مطمئن شوید داروخانه شبکه نزدیکتان هست.

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

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 شما هنگام تهیه داروهای نسخه خود باید کل هزینه را پرداخت 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**، از این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه فرمایید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

- 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 شما هنگام تهیه داروهای نسخه خود باید کل هزینه را پرداخت 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**، از این دفترچه *راهنمای اعضا* **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. جهت اطلاع از نحوه ارائه مطالبات بازپرداخت، به **فصل 7**، از این دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه فرمایید.

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

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

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

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این موضوع، به **فصل 7** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. *فهرست داروهای* طرح ما

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

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

ما معمولاً دارویی را که در *فهرست داروهای* طرح ما قرار دارد، در صورتی تحت پوشش قرار می‌دهیم که قوانین توضیح‌داده‌شده در این فصل را رعایت کنید.

B1. داروهای موجود در *فهرست داروها*

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

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

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

داروی برند، دارویی 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 داروهای* ما، وقتی به «داروها» اشاره می‌کنیم، این می‌تواند به معنای دارو یا محصول بیولوژیکی باشد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

داروهای ژنریک حاوی ترکیبات فعال مشابه داروهای برند هستند. محصولات بیولوژیکی جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. به‌طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی اثر می‌کنند و معمولا هزینه کمتری دارند. برای بسیاری از داروهای برند، داروی ژنریک جایگزین و برای محصولات بیولوژیکی اصلی جایگزین‌های بیوسیمیلار وجود دارد. برخی از بیوسیمیلارها قابل جایگزینی‌اند و بسته به قوانین ایالتی، ممکن است در داروخانه بدون نیاز به نسخه‌ای جدید جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می‌توانند جایگزین داروهای برند شوند.

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

B2. نحوه پیدا کردن دارو در *فهرست داروهای ما*

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

- به وب‌سایت طرح ما به آدرس زیر مراجعه کنید go.wellcare.com/HealthNetCA. *فهرست داروها* در وب سایت ما همیشه به روزترین لیست است.
- برای اطلاع از وجود یک دارو در *فهرست داروهای*ما یا درخواست کپی از فهرست، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- داروهایی که تحت پوشش قسمت D نیستند ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، وب‌سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) را ببینید.
- از «ابزار مزایای لحظه‌ای» ما در نشانی go.wellcare.com/HealthNetCA استفاده کنید تا داروهای موجود در *فهرست داروها* را جستجو کنید، برآوردی از مبلغی که باید پرداخت کنید به دست آورید و بررسی کنید آیا داروهای جایگزینی در *فهرست داروها* وجود دارند که بتوانند همان بیماری را درمان کنند. همچنین می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضاء تماس بگیرید.

B3. داروهایی که در *فهرست داروهای* ما نیستند

ما همه داروهای تجویزی را پوشش نمی‌دهیم.

- برخی داروها در *فهرست داروهای* ما قرار ندارند، زیرا قانون اجازه نمی‌دهد آن داروها را تحت پوشش قرار دهیم.
- در موارد دیگر، ما تصمیم گرفته‌ایم دارویی را در *فهرست داروهای* خود 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.

برنامه ما هزینه انواع داروهایی را که در این بخش شرح داده شده است، به جز داروهایی که تحت پوشش داروهای پیشرفته ما قرار گرفته‌اند، پرداخت نمی‌کند. این‌ها داروهای **مستثنی** هستند. اگر نسخه‌ای

برای یک داروی مستثنی شده دریافت می‌کنید که تحت پوشش طرح ما نیست، ممکن است لازم باشد هزینه آن را خودتان بپردازید. اگر فکر می‌کنید که به دلیل شرایط شما باید برای یک داروی مستثنی شده هزینه بپردازیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، **فصل 9** *دفترچه راهنمای اعضا* را ببینید.

سه مورد از مقررات عمومی برای داروهای حذف‌شده:

1. پوشش دارویی سرپایی طرح ما (که شامل Medicare Part D می‌شود) نمی‌تواند برای دارویی که Medicare Part A یا Medicare Part B قبلا پوشش می‌داده، هزینه پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B را به‌صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها بخشی از مزایای داروهای تجویزی سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
2. طرح ما دارویی که در خارج آمریکا و قلمرو آن خریده شده باشد را پوشش نمی‌دهد.
3. مورد مصرف دارو باید توسط FDA یا مراجع پزشکی خاص به عنوان درمان بیماری شما تأیید شود. پزشک شما یا هر ارائه‌دهنده دیگر ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان این بیماری تأیید نشده باشد. این کار «استفاده خارج از برچسب» نام دارد. طرح سلامت ما معمولا داروهایی که برای استفاده خارج از برچسب تجویز شده باشند را پوشش نمی‌دهد.

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

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

*ممکن است Medi-Cal هزینه بعضی از محصولات را پوشش دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وب‌سایت Medi-Cal Rx به آدرس (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید.

B4. ردیف‌های تسهیم هزینه *فهرست داروها*

هر دارویی در *فهرست داروها* ما در یکی از این شش ردیف قرار دارد. هر ردیف، گروهی از داروها است که معمولا از یک نوع هستند (برای مثال داروهای برند، ژنریک، یا بدون نسخه (OTC)). به‌طورکلی، هر چه 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.
- 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.
- 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.

برای کسب اطلاعات در مورد ردیف تسهیم هزینه داروهای خودتان، دارو را در *فهرست داروها* جستجو کنید.

فصل 6 این *دفترچه راهنمای اعضا* میزان پرداختی شما برای داروها در هر سطح را مشخص می‌کند.

C. محدودیت‌های برخی داروها

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

لطفاً توجه داشته باشید که گاهی ممکن است دارویی بیش از یک بار در *فهرست داروهایمان ذکر 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 (مثلا 10 mg یا 100 mg؛ یک بار در روز یا دو بار در روز؛ قرص یا شربت).

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

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست استثناها، به **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

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

- معمولاً هزینه داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصل را چنانچه نوع ژنریک آن در دسترس باشد، پرداخت نمی‌کنیم.
- با وجود این، اگر ارائه‌دهنده شما دلیل پزشکیِ عدم مؤثر بودن داروی ژنریک یا نوع بیوسیمیلار قابل جایگزینی برای شما را به ما گفته باشد، یا در نسخه‌تان برای یک داروی برند ***یا*** محصول بیولوژیکی اصل نوشته باشد «بدون جایگزین»، ***یا*** دلیل این موضوع را به ما گفته باشد که نه داروی ژنریک، نه بیوسیمیلار قابل جایگزینی، و نه داروهای تحت پوشش دیگر که همان بیماری را درمان می‌کنند برای شما مفید نخواهند بود، در این صورت ما داروی برند را پوشش می‌دهیم.
- سهم بیمه‌گذار ممکن است برای داروی برند یا محصول بیولوژیک اصلی نسبت به داروهای ژنریک یا داروهای بیوسیمیلار قابل جایگزینی بیشتر باشد.

2. دریافت اجازه قبلی از طرح

برای بعضی از داروها، شما یا تجویزکننده‌تان باید پیش از سفارش نسخه، تأییدیه طرح ما را 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 تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است ما داروی مورد نظر را تحت پوشش قرار ندهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مجوز قبلی، با خدمات اعضا از طریق شمارهٔ درج‌شده در پایین صفحه یا از طریق وب‌سایت ما به آدرس go.wellcare.com/enhanced-mapd-pa تماس بگیرید.

3. ابتدا داروی متفاوتی را امتحان کنید

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

اگر داروی A برای شما موثر **نباشد** داروی B را تحت پوشش قرار می‌دهیم. به این حالت درمان مرحله‌ای گفته می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درمان مرحله‌ای، با خدمات اعضا از طریق شماره تلفن درج‌شده در پایین صفحه یا از طریق وب‌سایت ما به آدرس go.wellcare.com/enhanced-mapd-st تماس بگیرید.

4. محدودیت مقدار

برای برخی داروها، مقدار دارویی که میتوانید مصرف کنید را محدود می‌کنیم. این محدودیت مقدار نام دارد. به‌عنوان‌مثال، اگر به‌طور معمول مصرف فقط یک قرص در روز برای یک داروی خاص ایمن باشد، ممکن است هر بار که نسخه خود را پر می‌کنید، مقدار دارو را محدود کنیم.

جهت اطلاع از این که آیا داروی فعلی شما یا دارویی که می‌خواهید مصرف کنید مشمول مقررات فوق می‌شود یا نه، *فهرست داروها* را بررسی کنید. برای دریافت به‌روزترین اطلاعات، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وب‌سایت ما به آدرس go.wellcare.com/druglist-6 مراجعه کنید. اگر به دلیل هر یک از موارد فوق با تصمیم ما درباره پوشش موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید. لطفاً به **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا*مراجعه کنید.

D. دلایل احتمالی عدم پوشش دارو

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

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

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

D1. می‌توانید تأمین داروی موقت دریافت کنید

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

برای دریافت تامین داروی موقت، باید دو قاعده زیر در مورد شما صدق کند:

1. دارویی که مصرف می‌کنید:

- دیگر در *فهرست داروها* **نیست یا**

- هرگز در *فهرست داروها* نبوده است **یا**
- حالا به نحوی محدودیت دارد.

2. باید در یکی از موقعیت‌های زیر باشید:

- سال گذشته عضو طرح سلامت ما بودید.
  - ما تأمین داروی موقت شما را **در 90 روز اول سال تقویمی**پوشش می‌دهیم.
  - این تأمین داروی موقت تا 30 روز در داروخانه خرده‌فروشی و تا 31 روز در داروخانه مراقبت طولانی مدت خواهد بود.
  - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چند تجدید نسخه برای داروی حداکثر 30 روزه در یک داروخانه خرده‌فروشی و ذخیره حداکثر 31 روزه در یک داروخانه مراقبت بلندمدت را فراهم خواهیم کرد. شما باید نسخه را از یکی از داروخانه‌های شبکه بگیرید.
  - داروخانه‌های مراقبت بلندمدت ممکن است هر بار مقدار کمتری از داروی شما را ارائه کنند تا از اسراف جلوگیری شود.
- شما عضو جدید طرح ما هستید.
  - تأمین داروی موقت شما را در **90 روز اول عضویت‌تان در طرح پوشش می‌دهیم**.
  - این تأمین داروی موقت تا 30 روز در داروخانه خرده‌فروشی و تا 31 روز در داروخانه مراقبت طولانی مدت خواهد بود.
  - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چند تجدید نسخه برای داروی حداکثر 30 روزه در یک داروخانه خرده‌فروشی و ذخیره حداکثر 31 روزه در یک داروخانه مراقبت بلندمدت را فراهم خواهیم کرد. شما باید نسخه را از یکی از داروخانه‌های شبکه بگیرید.
  - داروخانه‌های مراقبت بلندمدت ممکن است هر بار مقدار کمتری از داروی شما را ارائه کنند تا از اسراف جلوگیری شود.
- بیش‌از 90 روز در طرح ما بوده‌اید، در مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید، و فورا به مقداری دارو نیاز دارید.
  - ذخیره 31 روزه یا کمتر را چنانچه نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد پوشش خواهیم داد. این ذخیره علاوه بر تأمین داروی موقت فوق می‌باشد.
  - اگر سطح مراقبت شما تغییر کند (ازجمله ورود به مرکز مراقبت طولانی مدت یا بیمارستان یا خروج از آن)، برای یک نوبت ذخیره 30 روزه را تحت پوشش قرار می‌دهیم. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو انجام خواهیم داد.

D2. درخواست تأمین داروی موقت

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

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

- به داروی دیگری تغییر دهید.

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

یا

- درخواست استثنا کنید.

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

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست استثنا، به **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا* *مراجعه کنید*.

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

E. تغییرات پوشش برای داروهای شما

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

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

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

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

- یک داروی جدید و ارزان‌تر به بازار بیاید که به خوبی دارویی است که در *فهرست داروهای* فعلی ما قرار دارد **یا**
- ما متوجه شویم که یک دارو بی خطر نیست، **یا**
- یک دارو از بازار حذف می‌شود.

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

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

- می‌توانید *فهرست داروهای* فعلی ما را به صورت آنلاین در آدرس زیر مشاهده کنید: go.wellcare.com/druglist-6 **یا**
- برای بررسی *فهرست داروهای*فعلی ما با «خدمات اعضا» از طریق شماره پایین صفحه تماس بگیرید.

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

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

ممکن است داروی ژنریک جدیدی در دسترس قرار گیرد. گاهی ممکن است داروی ژنریک یا بیوسیمیلار جدیدی به بازار عرضه شود که عملکرد آن مشابه داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصلی‌ای باشد که در حال حاضر در *فهرست داروها* هست. در این صورت ممکن است داروی برند را حذف کنیم و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه داروی جدید مشابه داروی قبلی یا کمتر از آن خواهد بود. هنگامیکه یک داروی ژنریک جدید را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی برند همچنان در لیست دارو باقی بماند اما مقررات یا محدودیت پوشش آن تغییر داده شود.

- ممکن است قبل از انجام این تغییرات به شما اطلاع ندهیم، اما اطلاعات مربوط به تغییرات خاصی که اعمال شده را برایتان ارسال خواهیم کرد.

- شما یا ارائه‌دهنده تان می‌توانید برای اعمال «استثنا» در این تغییرات درخواست دهید. ما اطلاعات مربوط به اقدامات مورد نیاز جهت درخواست استثنا را برای شما ارسال خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره موارد استثنا، به **فصل 9** *این دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

از بین بردن داروهای ناامن و سایر داروهایی که خارج از بازار هستند. بعضی مواقع دارویی غیرایمن تشخیص داده می‌شود یا به هر دلیل دیگری از بازار جمع می‌شود. اگر این اتفاق بیفتد، ممکن است بلافاصله آن را از *فهرست داروها* خارج کنیم. اگر درحال مصرف آن دارو باشید، پس‌از اعمال تغییر اعلامیه‌ای درباره این تغییر برایتان ارسال خواهیم کرد. لطفاً با تجویزکننده خود مشورت کنید تا به شما کمک کنند تصمیم بگیرید که آیا داروی مشابهی در *فهرست داروها* وجود دارد که بتوانید به جای آن مصرف کنید یا خیر.

ما ممکن است تغییرات دیگری را ایجاد کنیم که بر روی داروی مصرفی شما تأثیر داشته باشد. از قبل در مورد این نوع تغییرات دیگر در *فهرست داروها* به شما اطلاع می‌دهیم. این تغییرات ممکن است در صورتی پیش بیاید که:

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

هنگامی که این تغییرات اتفاق می‌افتد، ما:

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

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

- اگر داروی مشابهی در *فهرست داروهای* ما وجود داشته باشد که بتوانید به جای آن استفاده کنید **یا**
- اگر باید برای ادامه پوشش دارو یا نسخه‌ای از دارویی که مصرف می‌کرده‌اید، درخواست استثنا برای این تغییرات کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست استثناها، به **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

ما ممکن است تغییراتی در داروهایی که مصرف می‌کنید اعمال کنیم که در بالا توضیح داده نشده‌اند و درحال‌حاضر بر شما تأثیر نمی‌گذارند. برای چنین تغییراتی، اگر در **ابتدای** سال دارویی را مصرف می‌کردید که ما آن را پوشش می‌دادیم، به‌طور کلی **در طول بقیه سال** پوشش آن دارو را حذف یا تغییر نمی‌دهیم.

به‌عنوان‌مثال، اگر دارویی که مصرف می‌کنید را حذف کنیم، هزینه‌ای که برای آن دارو پرداخت می‌کنید را افزایش دهیم یا استفاده از آن را محدود کنیم، این تغییر بر استفاده شما از دارو یا مبلغی که برای آن دارو پرداخت می‌کنید تا پایان سال تأثیر نخواهد گذاشت.

اگر هر یک از این تغییرات برای دارویی که مصرف می‌کنید رخ دهد (به‌جز تغییراتی که در بخش بالا ذکر شده‌اند)، این تغییر تا 1 ژانویه سال آینده بر استفاده شما تأثیر نخواهد گذاشت.

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

F. پوشش دارویی در موارد خاص

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

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

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش دارو و میزان پرداختی شما، به **فصل 6** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

F2. در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت

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

برای بررسی این‌که آیا داروخانه مرکز مراقبت بلندمدت شما جزو شبکه ما است، به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های* خود مراجعه کنید. اگر داروخانه مربوط در فهرست نیست یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F3. در یک طرح آسایشگاه بیماران رو به مرگ دارای مجوز Medicare

داروها هرگز به‌طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و طرح ما نیستند.

- ممکن است در یک آسایشگاه بیماران رو به مرگ Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به برخی داروها نیاز داشته باشید (برای مثال داروهای مسکن، ضدتهوع، ملین، یا ضداضطراب) که آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما آن را پوشش نمی‌دهد زیرا به تشخیص بیماری لاعلاج یا شرایط شما مربوط نیست. در آن صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویزکننده یا ارائه‌دهنده آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما اعلان دریافت کند که دارو مرتبط نیست.

- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت داروهای غیرمرتبط که طرح ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌دهنده آسایشگاه بیماران رو به مرگ یا تجویزکننده خود درخواست کنید تا قبل از این‌که از داروخانه بخواهید نسخه‌تان را ارائه دهد، مطمئن شوید که ما اخطار مربوط به نامرتبط بودن دارو را دریافت کرده‌ایم.

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

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

G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها

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

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

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

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

G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود

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

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

سپس این موارد را به شما خواهند داد:

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

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

- برنامه اقدام و لیست دارویی‌تان را به جلسه ویزیت خود ببرید یا هر زمان که با پزشکان، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی صحبت می‌کنید، همراه داشته باشید.
- اگر به بیمارستان یا اتاق اورژانس می‌روید، فهرست داروهای خود را همراه داشته باشید.

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

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

G3. 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 اخیرا 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 طرح DMP خودمان قرار دهیم، محدودیت‌های موجود ممکن است به این صورت باشند:

- لازم باشد همه داروهای نسخه‌ای مربوط به آن داروها 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. این نامه به شما خواهد گفت که آیا ما پوشش این داروها را برای شما محدود خواهیم کرد یا نه، و یا آیا شما نسخه‌های این داروها را فقط باید از یک ارائه‌دهنده یا داروخانه مشخص بگیرید یا نه.

این امکان را دارید که در مورد تجویزکنندگان یا داروخانه‌هایی که ترجیح می‌دهید از آن‌ها استفاده کنید و هر نوع اطلاعاتی که فکر می‌کنید دانستن آن برای ما مهم است، به ما اطلاع دهید. 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 می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. در صورت درخواست تجدیدنظر، پرونده شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم را به شما اطلاع می‌دهیم. اگر همچنان هر بخشی از درخواست تجدیدنظر شما مربوط به محدودیت‌های دسترسی‌تان به این داروها را رد کنیم، پرونده شما را به‌طور خودکار برای یک سازمان بازنگری مستقل (IRO) ارسال می‌کنیم. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظر و IRO، به **فصل 9** این دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.)

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

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

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

مقدمه

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

- داروهای Medicare Part D، **و**
- داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx، **و**
- داروها و اقلام تحت پوشش طرح ما به‌عنوان مزایای اضافی.

به دلیل این‌که شما واجدشرایط Medi-Cal هستید، از Medicare کمک اضافی دریافت می‌کنید تا در پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare Part D به شما کمک شود. ما یک الحاقیه جداگانه برایتان می‌فرستیم، که «*الحاقیه گواهی پوشش‌دهی برای افرادی که کمک اضافی برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی دریافت می‌کنند نام داردم*» (همچنین با نام «الحاقیه یارانه افراد کم درآمد» یا «LIS رایدر») نیز نامیده می‌شود، که به شما درباره پوشش دارویتان می‌گوید. اگر این الحاقیه را ندارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست «LIS رایدر» کنید.

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

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

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروها، می‌توانید به این مکان‌ها مراجعه کنید:

- *فهرست داروهای تحت پوشش ما*.
  - به این فهرست، «*فهرست داروها*» می‌گوییم. محتوای آن:
    - هزینه چه داروهایی را پرداخت می‌کنیم
    - هر دارو در کدامیک از شش ردیف است
    - آیا محدودیتی در مورد داروها وجود دارد
  - اگر به نسخه‌ای از *فهرست داروها* نیاز دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. همچنین می‌توانید به‌روزترین نسخه *فهرست داروهای* ما را در این وب‌سایت مشاهده کنید: go.wellcare.com/druglist-6.

- بیشتر داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید، توسط Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) تحت پوشش قرار دارند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتأمین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، وب‌سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) را ببینید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

- **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا*.
  - توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید داروهای سرپایی خود را از طریق طرح ما دریافت کنید.
  - این بخش شامل مقرراتی است که باید رعایت کنید. همچنین مشخص می‌کند که کدام انواع داروها توسط طرح ما پوشش داده نمی‌شوند.
  - هنگامی که از «ابزار مزایای در لحظه» طرح برای بررسی پوشش دارو استفاده می‌کنید (به **فصل 5**، **بخش B2** مراجعه کنید)، هزینه نشان‌داده‌شده برآوردی از هزینه‌های شخصی است که باید آن را پرداخت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید با مرکز خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

- *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های*ما.
  - در بیشتر موارد برای دریافت داروهای تحت پوشش خود باید از داروخانه شبکه استفاده کنید. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که موافقت می‌کنند با ما همکاری کنند.
  - *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* لیستی از داروخانه‌های شبکه ما ارائه شده است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، **فصل 5** از *دفترچه راهنمای اعضا* را ببینید.

فهرست مطالب

A. *توضیح مزایا* (EOB)..... 177
B. نحوه پایش هزینه داروها 178
B1. اگر اشتباهاتی در این خلاصه ببنید چه کار باید بکنید؟ 179
B2. نتیجه یک تقلب احتمالی چه خواهد شد؟..... 179
C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare Part D..... 180
D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه..... 180

D1. گزینه‌های داروخانه شما 181
D2. دریافت ذخیره بلندمدت دارو 181
D3. شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید 182
D4. پایان مرحله پوشش اولیه 184
E. مرحله 2: مرحله پوشش وضعیت بحرانی 185
F. هزینه‌های دارویی شما اگر پزشک کمتر از مقدار کامل یک ماه دارو تجویز کند 185
G. برای واکسیناسیون قسمت D چقدر پرداخت می‌کنید 186
G1. قبل از دریافت واکسیناسیون باید از چه مواردی آگاهی داشته باشید 186
G2. آنچه شما برای واکسن تحت پوشش Medicare Part D پرداخت می‌کنید 186

A. *توضیح مزایا* (EOB)

طرح ما، هزینه‌های دارویی شما و پرداخت‌هایی که هنگام دریافت نسخه‌ها در داروخانه انجام می‌دهید را پیگیری و ثبت می‌کند. ما دو نوع هزینه را پیگیری می‌کنیم:

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

وقتی داروها را از طریق طرح سلامت ما دریافت می‌کنید، گزارشی برای شما ارسال می‌کنیم که *توضیح مزایا (EOB)* نامیده می‌شود. به این، مختصرا EOB می‌گوییم. EOB یک صورت‌حساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری را در مورد داروهایی که مصرف می‌کنید مانند افزایش قیمت آن‌ها و سایر داروهای دارای تسهیم هزینه کمتر که ممکن است در دسترس باشد، در اختیار دارد. می‌توانید در مورد این گزینه‌های کم هزینه با تجویزکننده صحبت کنید. EOB شامل موارد زیر می‌شود:

- **اطلاعات مربوط به ماه**. خلاصه، به شما می‌گوید که کدام داروهای تجویزی را برای ماه قبل دریافت کردید. این اطلاعات کل هزینه دارویی، مبلغی که پرداخت کردیم و آنچه شما و دیگران برای شما پرداخت می‌کنند را نشان می‌دهد.

- **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 کل قیمت دارو و تغییرات قیمت دارو از زمان اولین نسخه برای هر درخواست نسخه با همان مقدار است.
- **جایگزین‌های با هزینه کمتر.** در صورت موجود بودن، اطلاعاتی دربارهٔ سایر داروهای در دسترس با فرانشیز کمتر برای هر نسخه ارائه خواهد شد.

ما پوشش داروهایی که تحت Medicare نیستند را عرضه می‌کنیم.

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

B. نحوه پایش هزینه داروها

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

1. **از کارت شناسایی (ID) عضویت خود استفاده کنید.**

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

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

   می‌توانید برای بازپرداخت سهم ما از هزینه دارو درخواست کنید. درخواست پرداخت خود را به همراه هرگونه صورت‌حساب یا رسید مربوطه به این آدرس برای ما ارسال کنید:

   نشانی مطالبات داروخانه:
   Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)
   Wellcare Medicare Part D Claims
   Attn: Member Reimbursement Department
   P.O. Box 31577
   Tampa, FL 33631-3577

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

در این‌جا چند مثال ارائه شده است درباره این‌که چه وقت باید نسخه‌ای از رسید داروهایتان را در اختیارمان قرار دهید:

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

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست بازپرداخت سهم ما از هزینه یک دارو، به **فصل 7** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

مبالغی که توسط برخی اشخاص و سازمان‌های دیگر پرداخت شده باشد نیز جزو هزینه‌های سهم بیمه‌شده محسوب می‌شوند. برای مثال مبالغی که توسط «برنامه کمک‌هزینه دارویی ایالتی»، «برنامه کمک‌های دارویی ایدز» (ADAP)، «خدمات سلامت سرخپوستان» و اکثر خیریه‌ها پرداخت می‌شوند به حساب هزینه‌های سهم بیمه‌شده شما گذاشته می‌شوند. این می‌تواند به شما کمک کند تا برای پوشش وضعیت بحرانی واجد شرایط شوید. وقتی به مرحله پوشش وضعیت بحرانی برسید، طرح ما تا پایان سال همه هزینه‌های داروهای Medicare Part D شما را پرداخت می‌کند.

4. EOBهایی را که برای شما ارسال می‌کنیم بررسی کنید.

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

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

B1. اگر اشتباهاتی در این خلاصه ببنید چه کار باید بکنید؟

اگر چیزی در این صورت‌حساب توضیح مزایا (EOB) گیج‌کننده است یا به نظر درست نمی‌آید، لطفاً با خدمات اعضا Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) تماس بگیرید.

B2. نتیجه یک تقلب احتمالی چه خواهد شد؟

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

- با ما از طریق خدمات اعضا Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

- یا از طریق این شماره تلفن با Medicare تماس بگیرید: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. شما می‌توانید به‌صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.
- اگر فکر می‌کنید یکی از ارائه‌دهندگان که از خدمات Medi-Cal استفاده می‌کند، مرتکب خلاف، سوءمصرف یا هدر دادن دارو شده است، حق دارید با تماس با شماره رایگان و محرمانه 1-800-822-6222 آن را گزارش کنید. روش‌های دیگر گزارش دادن خلاف مرتبط با Medi-Cal را می‌توانید در اینجا پیدا کنید: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

اگر فکر می‌کنید که موردی اشتباه یا ناقص است یا اگر سؤالی داشتید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. **به جای دریافت نسخه کاغذی توضیح مزایای قسمت D (EOB قسمت D) از طریق پست، اکنون می‌توانید نسخه الکترونیکی را دریافت کنید.** از طریق این سایت می‌توانید درخواستتان را ارائه کنید express-scripts.com/rx. اگر انتخاب کنید که به این شکل اقدام کنید، وقتی EOB 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. نسخه غیرکاغذی EOB قسمت D دقیقا کپی (تصویر) نسخه چاپی EOB قسمت D است. این EOBها را نگه دارید. این‌ها مدارک مهمی در مورد هزینه‌های دارویی شما هستند.

C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare Part D

دو مرحله پرداختی برای پوشش بیمه داروی تجویزی Medicare Part D تحت پوشش طرح ما وجود دارد. مبلغی که می‌پردازید وابسته به سطح کمک اضافی و مرحله‌ای است که در زمان گرفتن داروی نسخه یا گرفتن دوباره داروی نسخه در آن قرار دارید. این دو مرحله عبارتند از:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: مرحله پوشش وضعیت بحرانی
در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما سهم بیمه‌گذار نامیده می‌شود. شما این مرحله را هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید.	در طول این مرحله، ما همه هزینه‌های داروهای شما را تا 31 دسامبر 2027 پرداخت می‌کنیم. این مرحله زمانی شروع می‌شود که مقدار مشخصی از هزینه‌های پرداختی از جیب خودتان را پرداخت کرده باشید.

D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در طول مرحله پوشش اولیه، ما سهمی از هزینه داروهای تحت پوشش شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما سهم بیمه‌گذار نامیده می‌شود. سهم بیمه‌گذار بستگی به ردیف تسهیم هزینه دارویخودتان و محلی که آن را دریافت می‌کنید دارد.

ردیف‌های تسهیم هزینه، گروه‌هایی از داروهایی هستند که سهم بیمه‌شده یکسان دارند. تمام داروهای موجود در *فهرست داروهای* طرح ما در یکی از شش ردیف تسهیم هزینه قرار دارند. به طور کلی، هرچه شماره ردیف بالاتر باشد، سهم بیمه‌شده بیشتر است. برای پیدا کردن ردیف های تسهیم هزینه داروهایتان، به *فهرست داروی* ما مراجعه کنید.

- 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.
- 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.

D1. گزینه‌های داروخانه شما

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

- یک داروخانه خرده فروشی شبکه **یا**
- داروخانه خرده‌فروشی شبکه که تسهیم هزینه ترجیحی ارائه می‌دهد. هزینه‌ها ممکن است در داروخانه‌هایی که تسهیم هزینه ترجیحی ارائه می‌دهند کمتر باشد.
- داروخانه خارج از شبکه. در موارد محدودی، ما هزینه نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه پیچیده شده‌اند را پوشش می‌دهیم. برای اطلاع از زمان انجام این کار، به **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- داروخانه سفارش پستی طرح ما.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این گزینه‌ها، به **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* و *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید*.

D2. دریافت ذخیره بلندمدت دارو

برای برخی داروها، می‌توانید ذخیره بلندمدت را هنگام پیچیدن نسخه خود دریافت کنید («ذخیره تمدیدیافته» نیز خوانده می‌شود). ذخیره بلندمدت، ذخیره‌ای 100 روزه است. برای شما همان هزینهٔ ذخیرهٔ یک ماهه را دارد.

برای جزئیات بیشتر در مورد مکان و نحوه تهیه داروی طولانی‌مدت، به **فصل 5** این دفترچه *راهنمای اعضا* یا *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های* ما مراجعه کنید.

D3. شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید

در طول مرحله پوشش اولیه، ممکن است با هر بار دریافت نسخه مبلغی به عنوان سهم بیمه‌گذار بپردازید. اگر قیمت داروی تحت پوشش شما کمتر از سهم بیمه‌گذار شما باشد، شما هزینه کمتر را پرداخت خواهید کرد.

برای اطلاع از میزان سهم بیمه‌گذار خود برای هر داروی تحت پوشش، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

	داروخانه استاندارد یا ترجیحی شبکه **میزان داروی مصرفی یک ماه یا حداکثر 30 روز**	**داروخانه مراقبت بلندمدت شبکه** **میزان داروی مصرفی تا حداکثر 31 روز**	**داروخانه خارج از شبکه** **ذخیره برای حداکثر 30 روز.** **پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود.** **برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.**	**خدمت پستی استاندارد یا ترجیحی طرح ما** **میزان داروی مصرفی یک ماه یا حداکثر 34 روز**
ردیف تسهیم هزینه 1 (عمومی) **ردیف تسهیم هزینه 2** (برند ترجیحی) **ردیف تسهیم هزینه 3** (داروهای غیرترجیحی) **ردیف تسهیم هزینه 4** داروهای تزریقی **ردیف تسهیم هزینه 5** (دسته اقلام خاص) محدود به ذخیره 30 روزه در هر نسخه.	**برای ردیف‌های تسهیم هزینه 1 تا 5:** سهم بیمه‌گذار شما برای تأمین دارو به مدت یک ماه برای تمام داروها می‌تواند بسته به سطح کمک اضافی شما متفاوت باشد: <u>برای داروهای ژنریک (شامل داروهای برند که به‌عنوان ژنریک محسوب می‌شوند)، شما مبالغ زیر را پرداخت می‌کنید:</u> • $0 سهم بیمه‌گذار یا • $1.65 سهم بیمه‌گذار یا • $5.80 سهم بیمه‌گذار برای عرضه یک ماهه دارو <u>برای سایر داروهای تحت پوشش، این مبالغ را پرداخت می‌کنید:</u> • $0 سهم بیمه‌گذار یا • $5 سهم بیمه‌گذار یا • $14.40 سهم بیمه‌گذار برای عرضه یک ماهه دارو "کمک اضافی" برنامه‌ای است که به پرداخت هزینه داروهای شما کمک می‌کند. ما یک مدرک جداگانه به نام شواهد پوشش اضافی برای افرادی که کمک اضافی برای پرداخت داروی تجویزی دریافت می‌کنند برای شما ارسال کردیم که درباره هزینه‌های دارویی شما اطلاعات می‌دهد. اگر کمک اضافی دریافت می‌کنید و این مدرک را دریافت نکرده‌اید، با شماره‌ای که در پایین صفحه آمده است با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست LIS رایدر را کنید.	**برای همه ردیف تسهیم هزینه** سفارش پستی برای تأمین دارو به مدت یک ماه (34 روز یا کمتر) برای داروهای در تمام ردیف‌ها در دسترس نیست.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

	داروخانه استاندارد یا ترجیحی شبکه میزان داروی مصرفی یک ماه یا حداکثر 30 روز	داروخانه مراقبت بلندمدت شبکه میزان داروی مصرفی تا حداکثر 31 روز	داروخانه خارج از شبکه ذخیره برای حداکثر 30 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.	خدمت پستی استاندارد یا ترجیحی طرح ما میزان داروی مصرفی یک ماه یا حداکثر 34 روز
ردیف تسهیم هزینه 6 داروهای مراقبتی انتخابی	$0 پرداخت مشترک	$0 پرداخت مشترک	$0 پرداخت مشترک	سفارش پستی برای تأمین دارو به مدت یک ماه (34 روز یا کمتر) در دسترس نیست.

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه کدامیک از داروخانه‌ها می‌توانند داروها را برای مصرف بلندمدت به شما بدهند، به *فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها* ما مراجعه کنید.

D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله پوشش اولیه زمانی خاتمه پیدا می‌کند که مجموع هزینه‌های پرداختی شما به مبلغ $2,400 برسد. در این نقطه، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می‌شود. ما همه هزینه‌های دارویی شما را از آن زمان تا آخر سال پوشش می‌دهیم.

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

EOB به شما کمک خواهند کرد که حساب مبلغی که برای داروهای خود در طول سال می‌پردازید را نگه دارید. اگر به محدوده $2,400 برسید به شما اطلاع خواهیم داد. بسیاری از اشخاص به این محدوده در یک سال نمی‌رسند.

E. مرحله 2: مرحله پوشش وضعیت بحرانی

هنگامیکه به محدوده نقدی $2,400 برای داروهای خود رسیدید، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع میشود. شما تا پایان سال تقویمی در مرحله پوشش وضعیت بحرانی باقی خواهید ماند. در این مرحله پرداخت، شما هیچ هزینه‌ای برای داروهای قسمت D تحت پوشش خود پرداخت نمی‌کنید.

F. هزینه‌های دارویی شما اگر پزشک کمتر از مقدار کامل یک ماه دارو تجویز کند

در برخی موارد معمولا سهم بیمه‌گذار را برای پوشش ذخیره یک ماه کامل از داروی تحت پوشش پرداخت می‌کنید. ولی پزشک شما می‌تواند کمتر از ذخیره یک ماه کامل از داروها را تجویز کند.

- ممکن است موقعیت‌هایی وجود داشته باشد که می‌خواهید از پزشک خود بخواهید که ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را تجویز کند (برای مثال وقتی دارویی را برای اولین بار مصرف می‌کنید).
- اگر پزشک شما موافقت کند، لزومی نخواهد داشت که هزینه ذخیره ماه کامل را برای داروهای خاص پرداخت کنید.

وقتی ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را دریافت کنید، سهم بیمه‌گذار شما براساس تعداد روزهایی خواهد بود که دارو را دریافت می‌کنید. 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.

- به‌عنوان‌مثال: فرض کنید سهم بیمه‌گذار برای تأمین یک ماه کامل داروی شما (تأمین 30 روزه) $1.65 باشد. این بدان معنی است که مبلغی که شما برای داروی خود پرداخت می‌کنید کمتر از $0.06 در روز می‌باشد. اگر شما برای هفت روز دارو دریافت کنید، پرداختی شما کمتر از $0.06 در روز ضرب در هفت روز خواهد بود که در مجموع کمتر از $0.39 است.
- تسهیم هزینه روزانه به شما امکان می‌دهد مطمئن شوید که یک دارو برای شما مناسب است قبل از این‌که برای تأمین کامل یک ماهه هزینه کنید.
- همچنین می‌توانید از ارائه‌دهنده خود بخواهید که کمتر از تأمین کامل یک ماهه دارو تجویز کند تا به شماکمک کند:
  - بهتر برای زمان تجدید داروهایتان برنامه‌ریزی کنید،
  - تجدید نسخه داروهای خود را با سایر داروها هماهنگ کنید تا تعداد دفعات مراجعه شما به داروخانه کمتر شود.

G. 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 Medicare Part B قرار دارند. واکسن‌های دیگر، داروهای Medicare Part D محسوب می‌شوند. این واکسن‌ها را می‌توانید در *فهرست داروهای* ما پیدا کنید. طرح ما بیشتر واکسن‌های Medicare Part D برای بزرگسالان را به‌صورت رایگان پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات دقیق‌تر درباره واکسن‌های خاص، به *فهرست داروهای* تحت پوشش طرح مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

پوشش واکسیناسیون‌های Medicare Part D ما دو بخش دارد:

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

G1. قبل از دریافت واکسیناسیون باید از چه مواردی آگاهی داشته باشید

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

- می‌توانیم اطلاعاتی درباره نحوه پوشش واکسیناسیون شما در طرحمان ارائه کنیم و سهم شما از هزینه را توضیح دهیم.

G2. آنچه شما برای واکسن تحت پوشش Medicare Part D پرداخت می‌کنید

مبلغی که برای واکسیناسیون پرداخت می‌کنید بستگی به نوع واکسن (عارضه‌ای که برای آن واکسینه می‌شوید) دارد.

- برخی واکسن‌ها مزایای درمانی محسوب می‌شوند، نه دارو. این واکسن‌ها به‌طور رایگان تحت پوشش هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش این واکسن‌ها، به نمودار مزایا در **فصل 4** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- سایر واکسن‌ها به‌عنوان داروهای Medicare Part D محسوب می‌شوند. این واکسن‌ها را می‌توانید در *فهرست داروهای* طرح ما پیدا کنید. ممکن است لازم باشد سهم بیمه‌گذار را برای واکسن‌های Medicare Part D پرداخت کنید. اگر واکسن برای بزرگسالان توسط سازمانی به نام **کمیته مشورتی اقدامات ایمن سازی (ACIP) توصیه شود**، واکسن برای شما هزینه‌ای نخواهد داشت.

در این‌جا سه روش معمول دریافت واکسیناسیون Medicare Part D آمده است.

1. شما واکسن Medicare Part D و شات خود را در داروخانه شبکه دریافت می‌کنید.

- برای اکثر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان هیچ پولی پرداخت نمی‌کنید.
- برای دیگر واکسن‌های قسمت D، شما برای واکسن یک سهم بیمه‌گذار پرداخت می‌کنید.

2. شما واکسن Medicare Part D را در مطب پزشک خود دریافت کرده و پزشک واکسن را به شما تزریق می‌کند.
   - شما یک سهم بیمه‌گذار را برای واکسن به پزشک پرداخت می‌کنید.
   - طرح ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت خواهد کرد.
   - مطب پزشک باید در این موقعیت با طرح سلامت ما تماس گرفته تا بتوانیم مطمئن شویم آن‌ها می‌دانند که شما تنها باید سهم بیمه‌گذار را برایواکسن پرداخت کنید.
3. شما داروی واکسن Medicare Part D را از داروخانه تهیه می‌کنید و آن را به مطب پزشک خود می‌برید تا تزریق انجام شود.
   - برای اکثر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان هیچ پولی برای خود واکسن پرداخت نمی‌کنید.
   - برای دیگر واکسن‌های قسمت D، شما برای واکسن یک سهم بیمه‌گذار پرداخت می‌کنید.
   - طرح ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت خواهد کرد.

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

مقدمه

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

A. درخواست پرداخت بابت خدمات یا داروها.....189

B. ارسال درخواست پرداخت 193

C. تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی 194

D. درخواست تجدیدنظر.....195

فهرست مطالب

A. درخواست پرداخت بابت خدمات یا داروها

ارائه‌دهندگان شبکه ما باید پس از دریافت داروها و خدمات تحت پوشش توسط شما، برای طرح سلامت صورت‌حساب صادر کنند. یک ارائه‌دهنده شبکه در واقع ارائه‌کننده‌ای است که با طرح سلامت همکاری دارد.

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

اگر صورت‌حسابی برای هزینه کامل مراقبت‌های بهداشتی یا داروها دریافت کردید، آن را پرداخت نکنید و صورت‌حساب را برای ما ارسال کنید. جهت ارسال صورت‌حساب به ما، به **بخش B** این فصل مراجعه کنید.

- اگر ما خدمات یا داروها را تحت پوشش قرار دهیم، مستقیما به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش می‌دهیم و شما بیش از سهم خود از هزینه را پرداخته‌اید، حق شماست که وجه‌تان مسترد شود.
  - اگر برای خدماتی که توسط Medicare پوشش داده می‌شوند هزینه‌ای پرداخت کرده باشید، ما آن را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.
- اگر خدمات دریافتی از Medi-Cal را پرداخت کرده‌اید، ممکن است برای بازپرداخت آن واجدشرایط باشید، البته اگر همه شرایط زیر را داشته باشید:
  - خدماتی که دریافت کرده‌اید، یک خدمت تحت پوشش Medi-Cal است که ما مسئول پرداخت آن هستیم. ما برای خدماتی که توسط Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) پوشش داده نمی‌شوند، بازپرداختی به شما انجام نخواهیم داد.
  - شما این خدمت تحت پوشش را پس از این‌که عضو واجدشرایط Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) شدید، دریافت کرده‌اید.
  - میخواهید هزینه مربوطه ظرف یک سال از تاریخی که خدمات تحت پوشش را دریافت کردید، به شما بازپرداخت شود
  - مدرکی را ارائه کنید که ثابت کند هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید، مانند رسید صادر شده از سوی ارائه‌دهنده که حاوی همه اطلاعات است.

- شما خدمت تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده ثبت‌شده در Medi-Cal در شبکه Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) دریافت کرده‌اید. اگر مراقبت‌های اضطراری، خدمات تنظیم خانواده، یا خدمات دیگری را که Medi-Cal به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه بدون تأیید اولیه (مجوز قبلی) اجازه ارائه آن‌ها را می‌دهد، دریافت کرده باشید، نیازی به داشتن این شرایط ندارید.

- اگر خدمت تحت پوشش معمولا نیاز به تأیید قبلی (مجوز قبلی) داشته باشد، باید مدرکی از ارائه‌دهنده ارائه دهید که نشان‌دهنده نیاز پزشکی به آن خدمت تحت پوشش باشد.

- Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) در نامه‌ای به نام اطلاعیه اقدام به شما اطلاع خواهد داد که آیا بازپرداخت انجام می‌شود یا خیر. اگر همه شرایط بالا را داشته باشید، ارائه‌دهنده عضو Medi-Cal باید همه مبلغی را که پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه‌دهنده از بازپرداختبه شما خودداری کند، Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) کل مبلغی که پرداخت کرده‌اید را به شما بازپرداخت خواهد کرد. ما ظرف 45 روز کاری از تاریخ دریافت مطالبه، مبلغ را به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر ارائه‌دهنده عضو Medi-Cal باشد ولی در شبکه ما نباشد و از بازپرداخت مبلغ به شما خودداری کند، Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) مبلغ را به شما بازپرداخت خواهد کرد، اما فقط تا مقداری که FFS Medi-Cal خواهد پرداخت. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) مبالغ پرداخت شده از سوی شما برای خدمات اضطراری، خدمات تنظیم خانواده، یا سایر خدماتی را که Medi-Cal اجازه می‌دهد بدون تأیید اولیه از سوی ارائه‌دهندگان خارج از شبکه ارائه شوند، به شما بازپرداخت خواهد کرد. اگر یکی از شرایط فوق را برآورده نکنید، ما به شما بازپرداختی انجام نخواهیم داد.

- در موارد زیر، هزینه را بازپرداخت نخواهیم کرد:

  - شما خدماتی را درخواست و دریافت کردید که از سوی Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود، مانند خدمات زیبایی.

  - خدمات توسط Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) پوشش داده نمی‌شود.

  - شما به پزشکی مراجعه کرده‌اید که Medi-Cal را نمی‌پذیرد و فرمی را امضا کرده‌اید که نشان می‌دهد مایل به دریافت خدمات هستید و خودتان هزینه آن را پرداخت خواهید کرد.

- اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما خواهیم گفت.

اگر هرگونه سؤالی دارید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر نمی‌دانید چه مبلغی باید پرداخت می‌کردید، یا اگر صورت‌حسابی دریافت کرده‌اید و نمی‌دانید باید چه ماری انجام دهید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. اگر می‌خواهید اطلاعاتی در مورد یک درخواست پرداخت که قبلا برای ما ارسال کرده‌اید، در اختیار ما قرار دهید نیز می‌توانید تماس بگیرید.

نمونه‌هایی از مواقعی که ممکن است نیاز باشد از ما بخواهید شما را بازپرداخت کنیم یا صورت‌حسابی را که دریافت کرده‌اید پرداخت کنیم شامل موارد زیر است:

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

از ارائه‌دهنده بخواهید که برای ما صورت‌حساب صادر کند.

- اگر هنگام دریافت مراقبت کل مبلغ را پرداخت کرده‌اید، از ما بخواهید سهم خودمان از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. صورت‌حساب و مدرک مبالغی که پرداخت کرده‌اید را برای ما ارسال کنید.
- ممکن است صورت‌حسابی از ارائه‌دهنده دریافت کنید که به نظر شما به او بدهکار نیستید. صورت‌حساب و مدرک مبالغی که پرداخت کرده‌اید را برای ما ارسال کنید.
  - اگر ارائه‌دهنده باید پرداخت شود، ما مستقیما به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
  - اگر شما قبلا بیش از سهم خود از هزینه برای خدمت Medicare پرداخت کرده‌اید، مامحاسبه خواهیم کرد که چه میزان بدهکار بوده‌اید و سهم خودمان از هزینه را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

2. وقتی ارائه‌دهنده شبکه برای شما صورت‌حساب می‌فرستد

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

- به‌عنوان عضو طرح، شما تنها موظف به پرداخت سهم بیمه‌گذار برای خدماتی هستید که ما پوشش می‌دهیم. ما بهارائه‌دهندگانخدمات اجازه نمی‌دهیم مبلغی بیش از این مقدار از شما دریافت کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه‌دهنده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه‌دهنده برای خدمات مطالبه کند صادق است. حتی اگر ما تصمیم بگیریم برخی هزینه‌ها را پرداخت نکنیم، شما همچنان موظف به پرداخت آن‌ها نخواهید بود.
- 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 مستقیما با آن ارائه‌دهنده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم.
- اگر قبلا صورت‌حسابی از یک ارائه‌دهنده شبکه برای خدمات تحت پوشش Medicare پرداخت کرده‌اید، اما احساس می‌کنید که بیش از حد پرداخت کرده‌اید، صورت‌حساب و مدرک هرگونه پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید. ما هزینهٔ خدمات تحت پوشش شما را **یا**مابه‌التفاوت مبلغی را که پرداخت کرده‌اید با مبلغی که طبق طرح ما بدهکار بوده‌اید، به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

3. اگر به‌صورت معطوف به گذشته عضو طرح ما هستید

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

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

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

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

- فقط در موارد معدودی، ما نسخه‌هایی را که در داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شوند پوشش می‌دهیم. وقتی از ما برای بازپرداخت سهم‌مان از هزینه درخواست می‌کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* 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.

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

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

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

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

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

- ممکن است این دارو در *فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروها)* ما در وب‌سایت نباشد یا ممکن است الزام یا محدودیتی داشته باشد که شما درباره آن نمی‌دانید یا فکر می‌کنید برای شما اعمال نمی‌شود. اگر تصمیم به دریافت دارو دارید، ممکن است نیاز باشد هزینه را کامل بپردازید.
  - اگر برای دارو پولی نمی‌پردازید اما فکر می‌کنید ما باید آن را پوشش دهیم، می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش (به **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا) مراجعه* کنید.
  - اگر شما و پزشک یا سایر تجویزکننده‌هایتان فکر می‌کنید که فورا به دارو نیاز دارید (ظرف 24 ساعت)، می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع ارائه دهید (به **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا*) مراجعه کنید.
- وقتی از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برایمان ارسال کنید. در برخی موارد، ممکن است نیاز باشد اطلاعات بیشتری از پزشک یا سایر تجویزکنندگان دریافت کنیم تا بتوانیم سهم خود از هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم. اگر قیمتی که پرداخت کرده‌اید از قیمت مورد توافق ما برای نسخه بالاتر باشد، ممکن است تمام هزینه‌ای را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت نکنیم.

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

اگر درخواست شما برای پرداخت را قبول نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای یادگیری نحوه درخواست بررسی مجدد، به **فصل 9***دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست پرداخت

صورت‌حساب و سند پرداخت خود برای خدمات Medicare را برای ما ارسال کنید. مدرک مبلغ پرداخت‌شده می‌تواند رونوشت چکی باشد که نوشتید یا رسیدی که از ارائه‌دهنده دریافت کردید. **بهتر است که یک کپی از صورت‌حساب و رسیدهای خود برای سوابق خود نگهداری کنید.** شما می‌توانید از هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود، درخواست کمک و راهنمایی کنید. شما باید اطلاعات خود را حداکثر ظرف 365 روز (برای مطالبات پزشکی و داروهای خارج از قسمت D) یا سه سال (برای مطالبات داروهای قسمت D) از تاریخ دریافت خدمت، کالا یا دارو برای ما ارسال کنید.

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

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

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

نشانی مطالبات پزشکی:
Member Reimbursement Dept
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

نشانی مطالبات داروخانه:
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

C. تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی

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

- ما به شما اطلاع خواهیم داد اگر به اطلاعات بیشتری از شما نیاز داشته باشیم.
- اگر تصمیم بگیریم که برنامه ما خدمت، آیتم یا دارو را پوشش می‌دهد و شما تمام قوانین مربوط به دریافتآن را رعایت کرده باشید، ما سهم خود از هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده‌ید، ما یک چک را برای سهم خود از هزینه 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 شبکه تهیه کرده باشید یا اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید بیشتر از قیمت مذاکره‌شده ما باشد). اگر هنوزپرداختی انجام نداده باشید، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.

فصل 3 این *دفترچه راهنمای اعضا* قوانین مربوط به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* قوانین مربوط به پوشش داروهای Medicare Part D شما را توضیح می‌دهد.

- اگر تصمیم بگیریم که سهم خود از هزینه خدمت یا دارو را پرداخت نکنیم، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که دلایل آن را توضیح می‌دهد. این نامه همچنین حقوق شما را برای درخواست تجدیدنظر توضیح می‌دهد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش، به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

D. درخواست تجدیدنظر

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

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

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

فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. حقوق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به صورتی که نیازهای شما را برآورده کند 198

B. مسئولیت ما برای دسترسی به‌موقع شما به داروها و خدمات تحت پوشش 209

C. مسئولیت ما برای حفاظت از اطلاعات شخصی سلامت شما (PHI) 210

C1. نحوه محافظت ما از PHI شما 211

C2. حق شماست که به سوابق پزشکی خود نگاه کنید 211

D. مسئولیت ما برای ارائه اطلاعات به شما 212

E. عدم امکان صدور مستقیم صورت‌حساب برای شما توسط ارائه‌دهندگان شبکه 213

F. حق شما برای خروج از طرح ما 213

G. حق شما برای تصمیم‌گیری درباره مراقبت از سلامت خود 214

G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری 214

G2. حق شما برای تعیین آنچه برایتان انجام شود درصورتی‌که قادر به تصمیم‌گیری درباره درمان خودتان نباشید 214

G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشد چه کار کنید 216

H. حق شما برای شکایت و درخواست تجدیدنظر در تصمیمات ما 216

H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد 216

I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضو طرح 217

L. این حق شماست که پیشنهاداتی درباره سیاست‌های مربوط به حقوق و مسئولیت‌های اعضا ارائه کنید.....218

K. ارزیابی فناوری‌های جدید 219

A. حقوق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به صورتی که نیازهای شما را برآورده کند

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - We can send materials to you in a language other than English or in an alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice.
  - To make a standing request, change a standing request or make a one-time request, please call Member Services at the phone number on the bottom of this page.

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

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

حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نحرص على تقديم كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، إليك بطريقة ذات كفاءة ثقافية ويسهل الوصول إليها من قبل الجميع، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب علينا أيضًا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نطلعك على حقوقك كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيلات الصوتية. للحصول على المواد بأحد التنسيقات البديلة هذه، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو إرسال خطاب إلى:

Wellcare By Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

  - يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُسمى ذلك "طلبًا دائمًا". وسنقوم بتوثيق اختيارك.
  - لتقديم طلب دائم أو تغيير طلب دائم أو تقديم طلب لمرة واحدة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود في أسفل هذه الصفحة.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة مشاكل في اللغة أو الإعاقة وكنت ترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- Office for Civil Rights التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ձեր իրավունքը ստանալ ծառայություններ և տեղեկություններ այն եղանակով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, ձեզ տրամադրվեն մշակութային առումով համապատասխան և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացությամբ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ ունեցող, լսողության հետ կապված խնդիրներ ունեցող, տարբեր մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին՝ ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:

- Մեր պլանը կարող է նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ մեծ տառատեսակով, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգել Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Մենք կարող ենք նյութերն ուղարկել անգլերենից բացի այլ լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե հայցեք այն: Սա կոչվում է «մշտական հարցում»: Մենք կփաստաթղթավորենք ձեր ընտրությունը:

  - Մշտական հարցում կատարելու, մշտական հարցումը փոխելու կամ մեկանգամյա հարցում կատարելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպատարկման կենտրոն՝ էջի ներքեւում նշված հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

- Medi-Cal Office of Civil Rights՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:
- U.S Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժնի Office for Civil Rights՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

您有权以符合自身需求的方式获取服务和信息

我们必须确保**所有**服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景且无障碍的方式提供，并且涵盖英语能力有限、阅读能力欠佳、存在听力障碍或者拥有多元文化及种族背景的人士。我们还必须以您能够理解的方式告知您我们计划的福利及您的各项权益。我们必须每年向您说明参与我方计划期间享有的所有权利。

- 如需以您能够理解的方式获取信息，请致电会员服务。本计划提供多语种免费口译服务，随时解答您的疑问。
- 我方计划还为您提供非英语版本的材料，包括大字体、盲文或音频等格式。如需获取上述任一替代格式的材料，请致电会员服务或致函：

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 如果您借此提出要求，我们可以采用非英语版本或替代格式向您提供相关材料。这称为“固定请求”。我们将记录您的选择。
  - 如需提出固定请求、更改固定请求或提出一次性请求，请拨打本页底部的电话号码致电会员服务

如果您因语言问题或残障问题而难以从我方计划中获取信息，并且希望提出投诉，请致电：

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal Office of Civil Rights：916-440-7370。TTY 用户请拨打 711。
- 美国卫生与公众服务部 Office for Civil Rights：1-800-368-1019。TTY 用户请拨打 1-800-537-7697。

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

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیر بالینی، به شیوه‌ای از نظر فرهنگی و قابل‌دسترس ازجمله برای کسانی که دارای مهارت محدود در زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومی متنوع هستند، ارائه می‌شود. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هرسال حقوق قانونی را که در طرح ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای
خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.

- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و در قالب‌هایی در مانند چاپ با قلم درشت،
بریل یا صوتی ارائه کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با «خدمات اعضا»
تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی یا قالب‌های دیگر برایتان
ارسال کنیم. به این حالت درخواست دوره‌ای "مستمر" گفته می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.

  - برای ثبت یک درخواست دورهای، تغییر یک درخواست دورهای یا ثبت یک درخواست موردی (یکبار مصرف)، لطفاً با بخش خدمات اعضا از طریق شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده است تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، تماس بگیرید:

- Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- Medi-Cal Office of Civil Rights به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

- اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا Office for Civil Rights, به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

고객의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

당사는 **모든** 임상 및 비임상 서비스가 귀하에게 문화적으로 적합하게 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있는 방식을 보장해야 합니다. 또한 당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 당사 플랜은 가입자들의 질문에 다양한 언어로 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받으려면 가입자 서비스부로 전화를 하거나 아래 주소로 서신을 보내 주십시오.

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 귀하의 요청이 있을 경우, 영어 이외의 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 “정기 요청”이라고 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.
  - 정기 요청을 하거나, 정기 요청을 변경하거나, 일회성 요청을 하려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만사항을 제기하길 원하시면

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.
- Medi-Cal 인권 사무국은 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오.
- 미국 사회복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국 (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번을 이용해 주십시오.

Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги, как клинического, так и неклинического характера, предоставлялись вам с учетом культурных особенностей и были доступны всем участникам плана, включая лиц, ограниченно владеющих английским языком, лиц с ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц различного культурного и этнического происхождения. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для получения информации в понятной для вас форме позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на других языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана или напишите по адресу:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим». Мы внесем ваш выбор в свою документацию.
  - Для подачи или изменения постоянно действующего запроса либо подачи однократного запроса позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.

- Medi-Cal Office of Civil Rights по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Office for Civil Rights Департамента здравоохранения и социального обеспечения США по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, le sean brindados de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con dominio limitado del idioma inglés, habilidades de lectura reducidas, discapacidad auditiva o que pertenezcan a diversos contextos culturales y étnicos. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para recibir información de una manera que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina "solicitud permanente". Registraremos su elección.
  - Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere hacer un reclamo, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Office for Civil Rights de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame a la Office for Civil Rights del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa inyong mga pangangailangan

Kailangan naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible, kabilang na para sa mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang inyong mauunawaan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa inyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Puwede kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika bukod sa Ingles o sa alternatibong format, kung hihilingin ninyo ito. Tinatawag itong "standing request". Itatala namin ang inyong pinili.
  - Para gumawa ng standing request, magbago ng standing request, o para sa isang beses na kahilingan, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng teleponong nasa ibaba ng pahinang ito.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Office of Civil Rights ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711.
- Office for Civil Rights ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có xuất thân văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh, bao gồm bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để lấy tài liệu bằng một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc viết thư gửi đến:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này này được gọi là "yêu cầu thường xuyên". Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị.
  - Để thực hiện yêu cầu thường xuyên, thay đổi yêu cầu thường xuyên hoặc thực hiện yêu cầu một lần, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

Nếu quý vị gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi 711.
- Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

យើងត្រូវធានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស**់ ទាំងគ្លីនិកនិងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកប្រកបដោយសមត្ថភាពផ្នែកវប្បធម៌និងអាចប្រើបានរួមទាំងអ្នកដែលមានភាពស្ទាត់ជំនាញខាងភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជនជាតិផ្សេងៗគ្នា។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពី អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងអ្នក និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់តាមតែផ្នែដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមទាំងទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេងជាដើម។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់៖

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - យើងអាចផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឯកសារតាមវិធីបែបនេះ។ នេះហៅថា “ការស្នើសុំអចិន្ត្រៃយ៍”។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារតាមជម្រើសរបស់អ្នក។
  - ដើម្បីធ្វើសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ឬធ្វើសំណើសុំសម្រាប់តែម្តង សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ ទូរសព្ទនៅបាតទំព័រនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហា
ភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- Medi-Cal Office of Civil Rights តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យ Office for Civil Rights របស់ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

B. مسئولیت ما برای دسترسی به‌موقع شما به داروها و خدمات تحت پوشش

شما به‌عنوان عضوی از طرح ما حقوقی دارید.

- شما حق دارید که یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید.
ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری دارد. شما می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد انواع ارائه‌دهندگانی که می‌توانند به‌عنوان PCP عمل کنند و نحوه انتخاب یک PCP در **فصل 3** این دفترچه *راهنمای اعضا*پیدا کنید.
  - با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید تا درباره ارائه‌دهندگان شبکه و پزشکانی که بیماران جدید می‌پذیرند، اطلاعات بیشتری کسب کنید.
- شما حق دارید بدون دریافت ارجاع نزد متخصص بیماری‌های زنان یا متخصص سلامت زنان دیگری بروند. ارجاع به معنای تأیید PCP شما برای استفاده از ارائه‌دهنده‌ای است که PCP شما نیست.
- شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را از ارائه‌دهندگان شبکه در محدوده زمانی قابل قبول دریافت کنید.
  - این شامل حق دریافت به موقع خدمات از متخصصان می‌باشد.
  - اگر نتوانید خدمات را در مدت زمان معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- شما حق دارید که خدمات اضطراری یا مراقبت فوری را بدون تأیید قبلی (PA) دریافت کنید.
- شما حق دارید که نسخه‌هایتان را بدون معطلی طولانی از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما دریافت کنید.

- شما حق دارید از زمانی که می‌توانید به ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کنید مطلع شوید. برای کسب اطلاعات درباره ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، به **فصل 3** این *دفترچه راهنمای اعضا*مراجعه کنید.

- وقتی ابتدا عضو طرح سلامت ما می‌شوید، در صورت احراز شرایط خاص حق دارید که ارائه‌دهندگان و مجوزهای فعلی خدمات را برای حداکثر 12 ماه نگه دارید. برای‌کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات خود، به**فصل 1** *دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید*.

- شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت خود تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی خود را بگیرید.

فصل 9 این *دفترچه راهنمای اعضا* توضیح می‌دهد که اگر فکر می‌کنید خدمات یا داروهای خود را در مدت زمان معقولی دریافت نمی‌کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید. در این فصل توضیح داده شده است که اگر درخواست شما برای پوشش دهی خدمات یا داروهای شما رد شود و شما با این تصمیم‌گیری موافق نباشید، باید چه اقدامی انجام دهید.

C. مسئولیت ما برای حفاظت از اطلاعات شخصی سلامت شما (PHI)

ما از PHI شما مطابق با الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

PHI شما شامل اطلاعاتی است که هنگام ثبت‌نام در طرح به ما داده‌اید. همچنین شامل پرونده‌های پزشکی شما و سایر اطلاعات پزشکی و درمانی می‌شود.

شما حقوقی درباره اطلاعات خود و کنترل نحوه استفاده از PHI خود دارید. اطلاعات مربوط به حقوق شما و نیز نحوه محافظت ما از حریم خصوصی PHI شما را در قالب اعلامیه کتبی در اختیار شما قرار می‌دهیم. این اطلاعیه «اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی» نام دارد.

اعضایی که می‌توانند برای دریافت خدمات حساس رضایت دهند، نیازی به دریافت مجوز از سایر اعضا برای دریافت خدمات حساس یا ارائه ادعا برای خدمات حساس ندارند. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، ایمیل یا شمارهتلفن جایگزین تعیین‌شده توسط عضو هدایت خواهد کرد، یا در صورت عدم تعیین، به نام عضو به آدرس یا شماره تلفنی که در پرونده ثبت شده است. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) بدون مجوز کتبی از عضوی که مراقبت دریافت می‌کند، اطلاعات پزشکی مرتبط با خدمات حساس را به هیچ عضو دیگری افشا نخواهد کرد. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) درخواست‌های ارتباط محرمانه را در قالب و فرمت درخواستی، درصورتی‌که به‌راحتی قابل تولید در قالب و فرمت موردنظر باشد، یا در مکان‌های جایگزین، برآورده خواهد کرد. درخواست یک عضو برای ارتباطات محرمانه مربوط به خدمات حساس تازمانی‌که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه نکند، معتبر خواهد بود

یک عضو می‌تواند فرایند درخواست ارتباط محرمانه را به‌صورت کتبی به طرح سلامت یا از طریق ارسال الکترونیکی آغاز کند. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه انجام درخواست، به www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/confidential-communication.html مراجعه کنید و یا با خدمات اعضا در شماره پایین صفحه تماس بگیرید. درخواست ارتباطات محرمانه باید توسط بیمه‌گر سلامت ظرف هفت روز تقویمی پس از دریافت فایل الکترونیک یا درخواست تلفنی یا ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست کتبی از طریق پست درجه یک اعمال شود.

C1. نحوه محافظت ما از PHI شما

ما مطمئن می‌شویم که هیچ فرد غیرمجاز به سوابق شما نگاه نمی‌کند یا آن را تغییر نمی‌دهد.

غیر از موارد ذکر شده در زیر، ما PHI شما را به کسی که مراقبت‌های شما را ارائه نمی‌دهد یا هزینه مراقبت شما را پرداخت نمی‌کند، نمی‌دهیم. اگر چنین کنیم، ابتدا باید از شما اجازه کتبی بگیریم. شما یا شخصی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم‌گیری برای شما است می‌توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی اوقات لازم نیست ابتدا اجازه کتبی شما را بگیریم. این موارد استثنا طبق قانون مجاز یا الزامی است:

- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی قرار دهیم تا کیفیت مراقبت طرح ما را بررسی کنند.
- درصورتی که دادگاه حکم دهد، ممکن است PHI را منتشر کنیم، البته تنها درصورتی که قوانین California اجازه این کار را بدهد.
- ما باید PHI شما، ازجمله اطلاعات مربوط به داروهای Medicare Part D، را به Medicare ارائه دهیم. اگر Medicare اطلاعات PHI شما را برای تحقیقات یا استفاده‌های دیگر منتشر کند، طبق قوانین فدرال این کار را انجام می‌دهد. اگر اطلاعات شما را با Medi-Cal در میان بگذاریم، این کار نیز طبق قوانین فدرال و ایالتی انجام خواهد شد.

C2. حق شماست که به سوابق پزشکی خود نگاه کنید

- شما حق دارید که سابقه پزشکی خود را مشاهده کرده و از پرونده‌های خود رونوشت بگیرید. ممکن است برای تهیه کپی از پرونده پزشکی شما هزینه‌ای دریافت کنیم.
- شما حق دارید از ما بخواهید سابقه پزشکی شما را به‌روزرسانی یا تصحیح کنیم. اگر از ما درخواست چنین کاری را داشته باشید، ما با همکاری ارائه‌دهنده خدمات مراقبت بهداشتی شما در مورد اعمال تغییرات تصمیم‌گیری می‌کنیم.
- شما حق دارید بدانید که آیا PHI شما را با دیگران به اشتراک می‌گذاریم و چگونه این کار را برای اهدافی غیر از موارد معمول انجام می‌دهیم.

اگر سؤال یا نگرانی درباره حفظ حریم خصوصی PHI خود دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

شما حق دارید با احترام و کرامت رفتار شوید و حق حریم خصوصی شما مورد توجه قرار گیرد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه حفاظت از اطلاعات شفاهی، کتبی و الکترونیکی و حقوقتان، می‌توانید هر زمان که بخواهید به اطلاعیه نحوه حفاظت از حریم خصوصی در آدرس go.wellcare.com/HealthNetCA دسترسی پیدا کنید.

D. مسئولیت ما برای ارائه اطلاعات به شما

به عنوان عضوی از طرح ما، این حق را دارید که در مورد طرح ما، ارائه‌دهندگان شبکه ما، مسئولیت‌ها و حقوق عضو، و خدمات تحت پوشش اطلاعاتی از ما دریافت کنید.

اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما یک مترجم شفاهی در اختیار شما قرار می‌دهیم تا پاسخگوی هرگونه پرسش شما درباره طرح سلامت ما باشد. برای درخواست مترجم، با خدمات اعضا تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان است.

- در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی یا قالب‌های دیگر برایتان ارسال کنیم. این درخواست «درخواست مستمر» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.
- برای ثبت یک درخواست دائمی، تغییر یک درخواست دائمی یا ثبت یک درخواست یک‌باره، لطفاً با خدمات اعضا از طریق شماره تلفن درج‌شده در پایین این صفحه تماس بگیرید.

می‌توانیم اطلاعات را در قالب خط بریل، چاپ درشت یا فایل صوتی نیز در اختیار شما قرار دهیم.

اگر در مورد هر یک از موارد زیر به اطلاعات نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید:

- اطلاعات در مورد نحوه انتخاب یا تغییر طرح‌ها
- اطلاعات در مورد طرح ما، ازجمله:
  - اطلاعات مالی
  - اعضای طرح چگونه به ما امتیاز داده اند
  - تعداد درخواست‌های تجدیدنظر اعضا
  - نحوه خروج از طرح
- اطلاعات در مورد شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه، ازجمله:
  - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه
  - مشخصات ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما
  - نحوه پرداخت هزینه ارائه‌دهندگان در شبکه ما

- خدمات و داروهای تحت پوشش، شامل:
  - خدمات (به **فصل‌های 3 و 4***دفترچه راهنمای اعضا* خود مراجعه کنید) و داروها (به **فصل‌های 5 و 6***دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید) که تحت پوشش طرح ما هستند.
  - محدودیت‌های موجود در پوشش و داروها
  - قوانینی که باید جهت دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید
- چرا چیزی تحت پوشش نیست و چه کاری می‌توانید در مورد آن انجام دهید (به **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا*مراجعه کنید)، ازجمله این‌که از ما بخواهید:
  - توضیح کتبی دررابطه‌با این که چرا موردی تحت پوشش قرار نمی‌گیرد
  - تغییر تصمیمی که گرفته‌ایم
  - پرداخت صورت‌حسابی که دریافت کرده‌اید

E. عدم امکان صدور مستقیم صورت‌حساب برای شما توسط ارائه‌دهندگان شبکه

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر خدمات‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند شما را وادار کنند هزینه‌ای بابت خدمات تحت پوشش بپردازید. همچنین اگر ما کمتر از مبلغی که ارائه‌دهنده هزینه کرده است، پرداخت کنیم آن‌ها نمی‌توانند قبض مابه‌التفاوت را معادل کنند یا از شما هزینه دریافت کنند. برای اطلاع از اینکه اگر یک ارائه دهنده شبکه بخواهد هزینه خدمات تحت پوشش را از شما دریافت کند، چه کاری باید انجام دهید، به **فصل 7** *کتاب راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

F. حق شما برای خروج از طرح ما

هیچ‌کس نمی‌تواند شما را مجبور کند که در طرح ما بمانید اگر مایل به این کار نباشید.

- شما از این حق برخوردار هستید تا از طریق Original Medicare یا طرح Medicare Advantage (MA)، از بیشترین خدمات درمانی برخوردار شوید.
- شما می‌توانید مزایای دارویی Medicare Part D خود را از یک طرح دارویی یا از یک طرح MA دیگر دریافت کنید.
- به **فصل 10** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - برای اطلاعات بیشتر درباره زمانی که می‌توانید به یک طرح MA یا طرح مزایای دارویی جدید بپیوندید.
  - برای کسب اطلاعات درباره نحوه دریافت مزایای Medi-Cal خود درصورتی‌که طرح ما را ترک کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

G. حق شما برای تصمیم‌گیری درباره مراقبت از سلامت خود

شما حق دریافت اطلاعات کامل از پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را دارید تا به شما در تصمیم گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی‌تان کمک کنند.

G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری

ارائه‌دهندگان باید درباره شرایط شما و انتخاب‌های پزشکی به روشی که متوجه شوید برایتان توضیح دهند. از این حقوق برخوردار هستید:

- **از گزینه‌های خود آگاه باشید.** شما حق دارید در مورد همه گزینه‌های درمانی مطلع شوید.
- **از خطرات آگاه باشید.** شما حق دارید که از هرگونه خطرات موجود آگاه شوید. ما باید از قبل به شما بگوییم که آیا خدمات یا درمان بخشی از یک آزمایش تحقیقاتی است یا خیر. شما حق دارید که مداواهای آزمایشی را قبول نکنید.
- **برای دریافت نظر ثانویه.** شما حق دارید که پیش از اتخاذ تصمیم در مورد درمان به پزشک دیگری نیز مراجعه کنید.
- **پاسخ منفی بدهید.** شما حق دارید از هرگونه درمانی امتناع کنید. این موضوع شامل ترک بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگر می‌شود؛ حتی اگر پزشک شما برخلاف آن توصیه کند. از این حق برخوردار هستید تا مصرف دارویی که تجویز شده است را متوقف کنید. اگر از درمان امتناع کنید یا مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید، ما شما را از برنامه خود حذف نمی‌کنیم. ولی اگر مداوا را قبول نکنید یا از مصرف دارو خودداری کنید، مسئولیت کامل آنچه برایتان پیش می‌آید بر عهده شماست.
- **شما می‌توانید از ما بخواهید دلیل امتناع ارائه‌دهنده از عرضهٔ خدمات را توضیح دهیم.** چنانچه ارائه‌دهنده‌ای از ارائه خدمات به شما خودداری کرد، درصورتی‌که عقیده دارید باید خدمات مربوطه به شما ارائه شود، حق دارید از ما توضیح بخواهید.
- **از ما درخواست کنید تا خدمات یا دارویی که رد کرده‌ایم یا معمولا تحت پوشش قرار نمی‌گیرد را پوشش دهیم.** این مورد تصمیم‌گیری درباره پوشش نامیده می‌شود. **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا* درباره نحوه درخواست تصمیم‌گیری برای پوشش‌دهی توضیح داده است.

G2. حق شما برای تعیین آنچه برایتان انجام شود درصورتی‌که قادر به تصمیم‌گیری درباره درمان خودتان نباشید

گاهی افراد نمی‌توانند در مورد مراقبت درمانی خودشان تصمیم بگیرند. قبل از این‌که چنین چیزی برایتان پیش بیاید، می‌توانید:

- یک فرم کتبی را تکمیل کنید که **به فردی اختیار می‌دهد تصمیمات مربوط به مراقبت‌های سلامتتان را بگیرد** در صورتی که روزی شما نتوانید برای خودتان تصمیم‌گیری کنید.

- **دستورالعمل‌های کتبی را در اختیار پزشک خود** قرار دهید تا وی بتواند زمانی که شما قادر به تصمیم‌گیری نیستید، اقدامات لازم را انجام دهد، شامل مراقبت‌هایی که **نمی‌خواهید** آن‌ها را دریافت کنید.

سند رسمی‌ای که می‌توانید برای ارائه رهنمون‌های خود از آن استفاده کنید فرم «رهنمودهای پیش از موعد» خوانده می‌شود. انواع مختلفی از رهنمودهای پیش از موعد و جود دارد و اسامی مختلفی دارند. نمونه‌هایی از جمله وصیت برای زندگی و وکالت‌نامه برای مراقبت‌های درمانی.

شما نیازی به داشتن پیش‌رهنمون ندارید، اما می‌توانید داشته باشید. اگر می‌خواهید از پیش رهنمون استفاده کنید، در اینجا چه کاری باید انجام دهید:

- **فرم را دریافت کنید.** شما می‌توانید فرم را از پزشک، وکیل، مددکار اجتماعی یا برخی از فروشگاه‌های عرضه مطب دریافت کنید. داروخانه‌ها و مطب ارائه‌دهندگان اغلب این فرم‌ها را دارند. می‌توانید در فضای آنلاین فرمی رایگان پیدا کنید و بارگیری کنید.
- **فرم را پر کنید و امضا کنید.** این فرم یک سند حقوقی است. بهتر است که یک وکیل یا شخص دیگری که به آن اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP شما، در تکمیل آن به شما کمک کند.
- **نسخه‌ها را در اختیار افرادی قرار دهید که لازم است درباره آن اطلاع داشته باشند.** باید یک نسخه از این فرم را به پزشکتان بدهید. باید همچنین یک کپی از فرم را در اختیار 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 قرار است در بیمارستان بستری شوید و دستورالعمل‌های پیشین درمانی را امضا کرده‌اید، **یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید**.
  - در بیمارستان از شما سؤال می‌شود که آیا فرم رهنمودهای پیش از موعد را امضا کرده‌اید و آیا آن را با خود به همراه دارید یا خیر.
  - اگر فرم رهنمودهای پیش از موعد را امضا نکرده‌اید، در بیمارستان این فرم موجود است و از شما خواسته می‌شود اگر می‌خواهید آن را امضا کنید.

از این حقوق برخوردار هستید:

- پیش رهنمون خود را در پرونده پزشکی خود قرار دهید.
- هر زمان خواستید پیش رهنمون خود را تغییر دهید یا لغو کنید.
- در مورد تغییرات در مورد قوانین پیش رهنمون بیشتر بدانید. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) حداکثر تا 90 روز پس از تغییر، شما را از تغییرات در قوانین ایالتی مطلع خواهد کرد.

طبق قانون، هیچکس نمی‌تواند بر مبنای این‌که پیش رهنمون را امضا کرده‌اید یا نه، از ارائه مراقبت به شما امتناع کند یا علیه شما تبعیض قائل شود. برای اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشد چه کار کنید

اگر دستورالعمل از پیش تعیین‌شده را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل‌های آن پیروی نکرده‌اند، می‌توانید شکایتی را به «دفتر حقوق مدنی» محلی خود تسلیم کنید.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

شما می‌توانید از طریق شماره تلفن زیر با «دفتر حقوق مدنی» تماس بگیرید: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

H. حق شما برای شکایت و درخواست تجدیدنظر در تصمیمات ما

فصل 9 این *دفترچه راهنمای اعضا* به شما می‌گوید که در صورت داشتن هر گونه مشکل یا نگرانی در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود چه کاری می‌توانید انجام دهید. به‌عنوان‌مثال، می‌توانید از ما درخواست کنید تا درباره تصمیم‌گیری درباره پوشش تصمیم‌گیری کنیم، برای تغییر در تصمیم‌گیری درباره پوشش درخواست تجدیدنظر کنید یا این که شکایتی ارائه کنید.

شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات مربوط به درخواست‌های تجدید نظر و شکایات سایر اعضا نسبت به طرح ما را در اختیار داشته باشید. برای دریافت این اطلاعات با خدمات اعضا تماس بگیرید.

H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد

اگر فکر می‌کنید ما با شما به طور ناعادلانه رفتار کرده‌ایم – و این **موضوع** به تبعیض به دلایل ذکرشده در **فصل 11** این *دفترچه راهنمای اعضا* مربوط نمی‌شود – یا اگر اطلاعات بیشتری درباره حقوق خود می‌خواهید، می‌توانید با شماره زیر تماس بگیرید:

- مرکز خدمات اعضا، به ما اطلاع دهید.
- همچنین می‌توانید با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) از طریق شماره 1-800-434-0222 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید. برای جزئیات بیشتر در مورد HICAP، به **فصل 2** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- دفتر رسیدگی Medi-Cal در شماره 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر در مورد این برنامه، به **فصل 2** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید «حقوق و محافظت‌های Medicare» را که در وب‌سایت Medicare به نشانی www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf موجود است مطالعه یا بارگیری کنید.)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضو طرح

شما به‌عنوان یک عضو از طرح، مسئول هستید که موارد زیر را انجام دهید. اگر سؤالی دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

- **این *دفترچه راهنمای اعضا*** را مطالعه کنید و درباره آن‌چه تحت پوشش طرح ما قرار می‌گیرد و قوانین مربوط به دریافت داروها و خدمات تحت پوشش اطلاعاتی کسب کنید. برای اطلاع درباره:
  - برای خدمات تحت پوشش، به **فصل‌های 3 و 4** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. این فصل‌ها موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیستند، مقرراتی که لازم است تبعیت کنید و مبلغی که پرداخت می‌کنید را برای شما توضیح می‌دهند.
  - برای خدمات تحت پوشش، به **فصل‌های 5 و 6** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- **هرگونه پوشش درمانی یا داروی دیگری** که دارید به اطلاع ما برسانید. ما باید اطمینان حاصل کنیم که شما از تمام گزینه‌های پوشش دهی خود در زمان دریافت خدمات مراقبت درمانی استفاده می‌کنید. اگر پوشش‌های دیگری دارید لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- **به پزشک و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت بهداشتی اطلاع دهید**که در طرح ما عضو هستید. هنگامی که خدمات یا دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی (ID) عضویت خود را نشان دهید.
- **به پزشکان خود و سایر** ارائه‌دهندگان مراقبت از سلامت کمک کنید تا بهترین مراقبت را در اختیار شما قرار دهند.
  - اطلاعات مورد نیاز آن‌ها درباره خود و وضعیت سلامت خود را در اختیارشان قرار دهید. تا آن‌جا که ممکن است با مشکلات سلامت خود آشنا شوید. طرح‌ها و دستورالعمل‌های درمانی مورد توافق شما و ارائه‌دهندگان خود را رعایت کنید.
  - مطمئن شوید که پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان، ازکلیه داروهای مصرفی شما اطلاع داشته باشند. این موضوع شامل داروهای تجویزی، داروی بدون نسخه، ویتأمین‌ها و مکمل‌های غذایی می‌شود.
  - هر سؤالی را که دارید بپرسید. مسئولیت شناخت و آگاهی از مشکلات سلامتتان و همکاری در تنظیم اهداف درمانی که مورد توافق شما و پزشکتان باشد بر عهده خودتان است. پزشکان شما و سایر ارائه‌دهندگان باید موضوعات را به‌صورتی برای شما توضیح دهند که بتوانید درک کنید. اگر سؤالی کردید و پاسخ آن را متوجه نشدید، مجددا پرسش خود را مطرح کنید.
- **با هماهنگ کننده مراقبت خود کار کنید** از جمله پر کردن ارزیابی سالانه خطر سلامتی.
- **ملاحظه‌گر باشید.** ما انتظار داریم که کلیه اعضا به حقوق سایر بیماران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم که در مطب پزشک خود، بیمارستان، و مطب سایر ارائه‌دهندگان با احترام رفتار کنید.

- **بدهی خود را پرداخت کنید.** شما به‌عنوان عضو طرح، مسئول پرداخت این هزینه‌ها هستید:
  - حق بیمه‌های Medicare Part A و Medicare Part B. برای بیشتر اعضای Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) طرح Medi-Cal حق بیمه Medicare Part A و حق بیمه Medicare Part B شما را می‌پردازد.
  - **اگر خدماتی یا داروهایی دریافت کنید که توسط طرح ما پوشش داده نمی‌شوند، باید کل هزینه را خودتان پرداخت کنید.** (**توجه:** اگر با تصمیم ما در مورد پوشش خدمات یا دارو موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر به **فصل 9** مراجعه کنید.)
- **اگر نقل‌مکان می‌کنید به ما اطلاع دهید.** اگر قصد نقل‌مکان دارید، فورا به ما بگویید. با خدمات اعضا تماس بگیرید.
  - **اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل‌مکان کنید، نمی‌توانید در این طرح بمانید.** فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو این طرح باشند. **فصل 1، بخش D**این *دفترچه راهنمای اعضا* شامل اطلاعاتی درباره منطقه خدماتی ما است.
  - ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا متوجه شوید که آیا به خارج از منطقه خدماتی ما نقل‌مکان می‌کنید یا خیر. در دوره ثبت‌نام ویژه، می‌توانید به Original Medicare تغییر داده یا در طرح سلامت یا داروی تجویزی Medicare در محل جدید خود عضو شوید. ما می‌توانیم به شما اطلاع دهیم که آیا در منطقه جدید شما طرحی داریم یا خیر.
  - هنگام نقل‌مکان، آدرس جدید خود را به Medicare و Medi-Cal بگویید. برای شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal، به **فصل 2** *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - **اگر به محلی واقع در منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید، همچنان باید به ما اطلاع دهید.** لازم است که سابقه عضویت شما را به‌روز نگه داشته و بدانیم که چطور با شما تماس بگیریم.
  - **اگر جابجا شدید حتما به تأمین اجتماعی (یا هیات بازنشستگی راه‌آهن) اطلاع دهید.**
- **اگر شماره تلفن جدیدی دارید** یا راه بهتری برای تماس با شما هست به ما بگویید.
- **اگر سؤال یا نگرانی‌ای دارید، برای دریافت راهنمایی با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.**

L. این حق شماست که پیشنهاداتی درباره سیاست‌های مربوط به حقوق و مسئولیت‌های اعضا ارائه کنید

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

K. ارزیابی فناوری‌های 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 تعیین پوشش، برنامه ما تکنولوژی جدید یا کاربردهای جدید فناوری‌های موجود را ارزیابی می‌کند تا مشخص شود آیا باید درمان یا مراقبت جدیدی به نفع این طرح اضافه شود یا خیر. برای اطمینان از دسترسی اعضا به مراقبت‌های ایمن و موثر، برنامه ما موارد زیر را بررسی می‌کند:

- منابع پزشکی منتشر شده فعلی از نشریات داوری شده توسط همتا، شامل مرورهای سیستماتیک، کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده، مطالعات هم‌گروهی، مطالعات مورد-شاهدی، مطالعات تست‌های تشخیصی با نتایج آماری معنی‌دار که ایمنی و اثربخشی را نشان می‌دهند.
- دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد که توسط سازمان‌های ملی و مقامات شناخته‌شده تدوین شده‌اند.
- توصیه‌ها و ارزیابی‌های پزشکان متخصص، انجمن‌های پزشکی ملی شناخته‌شده از جمله انجمن‌های تخصصی پزشکان، هیئت‌های اجماع یا سایر سازمان‌های ارزیابی تحقیقات یا فناوری ملی شناخته‌شده.
- گزارش‌ها و نشریات سازمان‌های دولتی (به عنوان مثال، Food and Drug Administration (FDA)، مراکز کنترل بیماری‌ها (CDC) و مؤسسات ملی بهداشت (NIH)).

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

مقدمه

این فصل حاوی اطلاعاتی در مورد حقوق شماست. این فصل را برای کسب اطلاعات در موارد زیر مطالعه کنید:

- در مورد طرح خود شکایتی دارید.
- در صورت نیاز به خدمات، اقلام یا داروهایی که طرح شما می‌گوید هزینه آن‌ها را پرداخت نمی‌کند.
- اگر با تصمیمی که طرح درباره خدمات مراقبتی شما گرفته، موافق نیستید.
- فکر می‌کنید که خدمات تحت پوشش شما خیلی سریع تمام می‌شوند.
- شما مشکل یا شکایتی در مورد خدمات و حمایت‌های بلندمدت شامل خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (NF) دارید.

این فصل به چند قسمت مختلف تقسیم شده است که به شما کمک می‌کند به راحتی اطلاعات مورد نیاز خود را پیدا کنید. **اگر مشکل یا نگرانی داشتید، فقط کافی است قسمت‌هایی از این فصل که به مشکل شما مرتبط است را مطالعه کنید.**

شما باید مراقبت درمانی، داروها و خدمات و حمایت‌های بلندمدتی که پزشک و سایر ارائه‌دهندگان شما تشخیص داده‌اند برای مراقبت از شما به‌عنوان بخشی از طرح مراقبتی لازم است را دریافت کنید. **اگر با مراقبت خود مشکلی دارید، می‌توانید با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید تا کمک دریافت کنید.** این فصل گزینه‌های مختلفی را برای مشکلات و شکایات مختلف توضیح می‌دهد، اما همیشه می‌توانید با برنامه بازرسی تماس بگیرید تا شما را در حل مشکلتان راهنمایی کند. به منظور آگاهی از سایر منابع اطلاعاتی که به نگرانی‌های شما می‌پردازند و روش‌های تماس در رابطه با آنها، به **فصل 2***دفترچه راهنمای اعضا* خود مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. اگر مشکل یا نگرانی‌ای داشتید چه کاری باید انجام دهید 222
A1. درباره اصطلاحات حقوقی 223
B. از کجا راهنمایی بگیریم 223
B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر 223
C. درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما 225
D. مشکلات مربوط به مزایای شما 225
E. تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر 226
E1. تصمیم در مورد پوشش 226
E2. درخواست‌های تجدیدنظر 226
E3. کمک دررابطه‌با تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر 227
E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند 228
F. مراقبت‌های پزشکی 228
F1. استفاده کردن از این بخش 229
F2. درخواست برای تصمیم‌گیری درباره پوشش 229
F3. درخواست تجدیدنظر سطح 1 232
F4. درخواست تجدیدنظر سطح 2 236
F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه 242
G. داروهای Medicare Part D 243
G1. تصمیمات پوشش و تجدیدنظر Medicare Part D 244
G2. استثناهای Medicare Part D 245
G3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست استثنا از آن‌ها مطلع باشید 247
G4. درخواست برای تصمیم‌گیری درباره پوشش شامل یک استثنا 248

G5. درخواست تجدیدنظر سطح 1 250
G6. درخواست تجدیدنظر سطح 2 253
H. درخواست پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان 255
H1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما 255
H2. درخواست تجدیدنظر سطح 1 256
H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2 258
I. درخواست ادامه پوشش برخی از خدمات پزشکی 259
I1. اطلاعیه قبلی، قبل از اتمام پوشش شما 260
I2. درخواست تجدیدنظر سطح 1 260
I3. درخواست تجدیدنظر سطح 2 262
J. ادامه درخواست تجدیدنظر به بالاتر از سطح 2 263
J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare 263
J2. درخواست‌های تجدیدنظر تکمیلی Medi-Cal 264
J3. درخواست تجدیدنظر در سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست داروهای Medicare Part D 264
K. نحوه ارائه شکایت 266
K1. شکایات باید در مورد چه نوع مشکلاتی باشد؟ 266
K2. شکایات داخلی 268
K3. شکایات خارجی 269

A. اگر مشکل یا نگرانی‌ای داشتید چه کاری باید انجام دهید

این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها را توضیح می‌دهد. فرآیندی که شما استفاده می‌کنید بستگی به نوع مشکل شما دارد. از یک فرایند برای **تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر** و از دیگری برای **ارائه شکایت** استفاده کنید که شکایت‌نامه نیز نامیده می‌شود.

برای اطمینان از عدالت و رسیدگی سریع، هر فرایند دارای مجموعه‌ای از قوانین، رویه‌ها و مهلت‌هایی است که ما و شما باید رعایت کنیم.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

در این فصل اصطلاحات قانونی برای برخی از قوانین و مهلت‌ها وجود دارد. بسیاری از این عبارات حقوقی ممکن است به سختی قابل درک باشد، بنابراین ما از کلمات ساده تر به جای واژه‌های دقیق حقوقی استفاده کرده‌ایم. ما تا حد ممکن از حروف اختصاری استفاده نمی‌کنیم.

به‌عنوان‌مثال، ممکن است بگوییم:

- "ارسال شکایت" به جای "ثبت شکایت‌نامه"
- "تصمیم درباره پوشش دهی " به جای "تصمیم سازمانی"، "معین سازی مزایا"، "تعیین ریسک" یا "تعیین پوشش"
- "تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع" به جای "تسریع تصمیم‌گیری"
- «سازمان بازنگری مستقل» (IRO) به جای «نهاد بازنگری مستقل» (IRE)

آشنایی با اصطلاحات حقوقی مناسب می‌تواند به شما در برقراری ارتباطات واضح‌تر کمک کند، بنابراین این اصطلاحات را نیز توضیح می‌دهیم.

B. از کجا راهنمایی بگیریم

B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر

بعضی مواقع آغاز یا پیگیری مراحل رسیدگی به یک مشکل ممکن است گیج کننده باشد. زمانی که احساس سلامتی نمی‌کنید یا انرژی کافی ندارید، این امر بیشتر محسوس است. برخی مواقع ممکن است دانش کافی جهت طی مراحل بعدی نداشته باشید.

از برنامه ما کمک بگیرید

برای کمک در حل مشکلات یا پاسخگویی به سؤالاتتان می توانید با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با طرح ما تماس بگیرید.

دریافت راهنمایی از برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت

همچنین می‌توانید با «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت» (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. همچنین می‌توانید به وبسایت آنها در آدرس https://www.aging.ca.gov/hicap/ مراجعه کنید. مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا در زمینه برطرف کردن مشکلاتتان تصمیم گیری کنید. طرح HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت دیگری رابطه ای ندارد. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر شهرستان دارد و خدمات رایگان ارائه می‌دهد. HICAP به شماره 1-800-434-0222 در دسترس است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

کمک از طرف برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal

شما می‌توانید با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و با یک وکیل درباره سؤالات مربوط به پوشش بهداشتی خود صحبت کنید. آن‌ها ممکن است بتوانند کمک‌های حقوقی رایگان ارائه دهند. برنامه بازرسی با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت مرتبط نیست. شماره تلفن آن‌ها 1-855-501-3077 و وب‌سایت آن‌ها به شرح زیر است www.healthconsumer.org.

راهنمایی و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات بیشتر و کمک، می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. در این‌جا دو راه برای دریافت کمک از Medicare ذکر می‌شود:

- با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- وب‌سایت Medicare را ببینید (www.medicare.gov).

دریافت کمک از سازمان خدمات مراقبت از سلامت California

آمبودزمان Medi-Cal مراقبت‌های مدیریت‌شده در اداره خدمات مراقبت‌های سلامت California (DHCS) می‌تواند به شما کمک کند. آن‌ها می‌توانند در زمینه مشکلات مربوط به پیوستن به طرح سلامت یا تغییر و ترک آن کمک کنند. اگر نقل‌مکان کرده‌اید و با انتقال Medi-Cal خود به شهرستان جدید مشکل دارید هم می‌توانند کمکتان کنند. شما می‌توانید از روز دوشنبه تا جمعه با دفتر رسیدگی، بین 8 صبح تا 5 عصر از طریق شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید (TTY: 711).

دریافت کمک از سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California

برای دریافت کمک رایگان، با سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California (DMHC) تماس بگیرید. DMHC برای نظارت بر طرح‌های درمانی مسئول است. DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت‌حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن **1-888-466-2219** است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا ناگویا می‌توانند از خط TDD به شماره **1-877-688-9891** استفاده کنند. همچنین می‌توانید به وب‌سایت DMHC در این نشانی مراجعه کنید: **www.dmhc.ca.gov**.

سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California کنترل و نظارت بر طرح‌های مراقبت درمانی را بر عهده دارد. اگر درباره طرح درمانی‌تان شکایت دارید، ابتدا باید از طریق شماره **1-800-431-9007 (TTY: 711)** با طرح سلامت خودتان تماس بگیرید و قبل از تماس با سازمان، از روند شکایت‌نامه طرح سلامتتان استفاده کنید. استفاده از این فرآیند شکایت‌نامه به این معنی نیست که از حقوق قانونی احتمالی یا درمان‌هایی که ممکن است در اختیار شما قرار بگیرد محروم می‌شوید. اگر در مورد شکایت‌نامه

مربوط به موارد اضطراری، شکایت‌نامه‌ای که توسط طرح سلامت شما به‌طور رضایت‌بخشی حل و فصل نشده، یا شکایت‌نامه‌ای که بیش از 30 روز بی‌نتیجه مانده است نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای مساعدت با اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجدشرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMR باشید، فرآیند IMR به طور بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذشده توسط برنامه درمانی در خصوص ضرورت پزشکی یک خدمت یا درمان پیشنهادی، تصمیمات پوشش بیمه برای درمان‌هایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات پرداخت برای خدمات اضطراری یا خدمات پزشکی فوری را بررسی خواهد کرد. این سازمان همچنین خط تلفن رایگان به شماره (**1-888-466-2219**) و خط TDD به شماره (**1-877-688-9891**) برای افراد مبتلا به اختلالات شنوایی و گفتاری دارد. فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR، و دستورالعمل‌ها به‌طور آنلاین در وب‌سایت اینترنتی سازمان به نشانی **www.dmhc.ca.gov** در دسترسند.

C. درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما Medicare و Medi-Cal دارید. اطلاعات این فصل در مورد **همه** مزایای مراقبت‌های مدیریت‌شده Medicare و Medi-Cal شما اعمال می‌شوند. این گاهی اوقات «فرآیند یکپارچه» نامیده می‌شود زیرا فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را ترکیب یا ادغام می‌کند.

گاهی اوقات نمی‌توان فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را با هم ترکیب کرد. در این شرایط، شما از یک فرآیند برای مزایای Medicare و از فرآیند دیگر برای مزایای Medi-Cal استفاده می‌کنید. در **بخش F4** این موقعیت‌ها توضیح داده شده است.

D. مشکلات مربوط به مزایای شما

اگر مشکل یا نگرانی داشتید، فقط کافی است قسمت‌هایی از این فصل که به مشکل شما مرتبط است را مطالعه کنید. جدول زیر به شما کمک می‌کند تا قسمت مرتبط با مشکلات یا شکایت‌های خود در این فصل را پیدا کنید.

مشکل یا نگرانی شما در مورد مزایا یا پوشش طرح است؟	
این موارد عبارتند از: مشکلات مربوط به پوشش یا عدم پوشش مراقبت پزشکی خاص (خدمات پزشکی و/یا داروهای تجویزی قسمت B)، روشی که آن‌ها تحت پوشش قرار می‌گیرند، و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی.	
بله. مشکل من در مورد مزایا یا پوشش است. به **بخش E**، «تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر» مراجعه کنید.	**خیر.** مشکل من درباره مزایا یا پوشش نیست. به **بخش K** «چگونه شکایت کنیم» مراجعه کنید.

E. تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر

فرآیند درخواست تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه‌ای و ارائه درخواست تجدیدنظر به مسائل مرتبط با مزایا و پوشش شما برای مراقبت‌های پزشکی (خدمات، اقلام و داروهای قسمت B، شامل پرداخت) مربوط می‌شود. برای ساده‌تر کردن موضوع، ما عموماً به اقلام پزشکی، خدمات و داروهای قسمت B به عنوان مراقبت پزشکی اشاره می‌کنیم. برای مسائلی مانند اینکه آیا موردی تحت پوشش قرار می گیرد یا نه، و اینکه هر موردی به چه روشی تحت پوشش قرار می گیرد از روند «روند تجدیدنظر و تصمیم پوشش‌دهی» استفاده کنید.

E1. تصمیم در مورد پوشش

تصمیم گیری درباره پوشش دهی طرح یک تصمیم گیری درباره مزایا یا پوشش دهی شما، یا درباره مبلغ پرداختی توسط ما برای خدمات پزشکی، موارد مختلف یا داروهای شما است. شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش کنید. شما یا پزشکتان ممکن است مطمئن نباشید که آیا ما خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا ممکن است از ارائه مراقبت‌های پزشکی که فکر می‌کنید به آن نیاز دارید خودداری کنیم. **اگر قبل از دریافت خدمات پزشکی می‌خواهید بدانید که آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید که برای شما یک تصمیم‌گیری درباره پوشش بگیریم.**

ما هنگام بررسی درخواست خدمات یا ادعای خود تصمیم‌گیری درباره پوشش را می‌گیریم. در برخی موارد، ممکن استتصمیم بگیریم که خدماتی یا داروهایی برای شما دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نباشد یا دیگر تحت پوشش نباشد. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

E2. درخواست‌های تجدیدنظر

اگر ما تصمیم‌گیری درباره پوشش انجام دهیم و شما از این تصمیم راضی نباشید، می‌توانید نسبت به این تصمیم درخواست «تجدیدنظر» کنید. تجدیدنظر یک روش رسمی برای درخواست بازنگری و تغییر تصمیم‌گیری درباره پوشش است که ما اتخاذ کرده‌ایم.

هنگامی که برای اولین بار برای بررسی تصمیم درخواست تجدیدنظر می‌کنید، به این «درخواست تجدیدنظر سطح 1» می‌گویند. در این درخواست تجدیدنظر، تصمیم‌گیری درباره پوششی که گرفته‌ایم را بررسی می‌کنیم که آیا همه قوانین را به درستی رعایت کرده‌ایم یا خیر. بازبینی‌کنندگان متفاوت از کسانی که تصمیم نامطلوب اصلی را گرفته‌اند، به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنند.

در بیشتر موارد، باید تجدیدنظر خود را از سطح 1 شروع کنید. اگر مشکل سلامت شما اورژانس است یا خطری فوری و جدی برای سلامتی‌تان دارد یا اگر درد شدیدی متحمل می‌شوید و نیاز به تصمیم فوری دارید، می‌توانید از سازمان خدمات درمانی هماهنگ به نشانی www.dmhc.ca.gov درخواست بررسی پزشکی IMR کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش F4** مراجعه کنید.

هنگامی که بررسی را انجام دادیم، تصمیم خود را به‌صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهیم. تحت شرایط خاصی که بعداً در این فصل توضیح داده می‌شود، می‌توانید درخواست سریع یا «تصمیم پوشش سریع» یا «تجدیدنظر سریع» درباره یک تصمیم پوشش دهید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما **منفی باشد**، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما در مورد پوشش‌دهی یکی از مراقبت‌های پزشکی Medicare باشد، در آن نامه به شما می‌گوییم که پرونده شما را به سازمان بازنگری مستقل (IRO) برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare Part D یا Medicaid باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2، به **بخش F4** مراجعه کنید.

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

E3. کمک دررابطه‌با تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر

شما می‌توانید در مورد هر یک از موارد زیر کمک بخواهید:

- با **خدمات اعضا** به شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.
- **برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077.**
- **برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) به شماره** 1-800-434-0222.
- **مرکز راهنمایی در بخش مراقبت‌های درمانی مدیریت‌شده (DMHC)**برای کمک رایگان. DMHC به افراد در مورد درخواست‌های تجدیدنظر در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورتحساب کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا ناگویا می‌توانند از خط TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند. همچنین می‌توانید به وب‌سایت DMHC در این نشانی مراجعه کنید: www.dmhc.ca.gov. در حالی که DMHC می‌تواند به افراد در برنامه‌های Managed Medi-Cal کمک کند، نمی‌تواند به افراد در برنامه‌های Medicare و در سیستم‌های بهداشتی سازمان‌یافته شهرستان (County Organized Health Systems (COHS)) زیر کمک کند: Partnership Health Plan، Central California Alliance for Health، CenCal Health، Gold Coast Health Plan و CalOptima. دولت فدرال برنامه‌های Medicare را تنظیم می‌کند و وزارت خدمات بهداشتی برنامه‌های COHS را تنظیم می‌کند.
- **با پزشک خود یا سایر ارائه‌دهندگان**. پزشک شما یا سایر ارائه‌دهندگان می‌توانند برای تصمیم‌گیری درباره پوشش یا تجدیدنظر پوشش از سوی شما درخواست کنند.
- **یکی از دوستان یا اعضای خانواده**. می‌توانید فرد دیگری را نام ببرید تا به‌عنوان «نماینده» از طرف شما درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش طرح یا درخواست تجدیدنظر داشته باشد.
- **وکیل**. شما حق داشتن وکیل را دارید، اما برای درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش یا ارائه تجدیدنظر **ملزم به داشتن وکیل نیستند**.
  - می‌توانید با وکیل خود تماس بگیرید یا نام وکیلی را از بین لیست وکلای مورد تأیید یا دیگر

خدمات ارجاعی انتخاب کنید. برخی گروه‌های حقوقی در صورت واجدشرایط بودن خدمات حقوقی رایگان را در اختیار شما قرار خواهند داد.

- برای درخواست یک وکیل کمک حقوقی از برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal با شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

اگر می‌خواهید وکیل یا شخص دیگری به‌عنوان نماینده شما عمل کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. در این فرم به فرد اجازه داده می‌شود که از طرف شما اقدام کند.

از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و فرم «انتصاب نماینده» را درخواست کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا به وب‌سایت ما در https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html فرم را دریافت کنید. **باید یک کپی از فرم امضاشده را به ما بدهید.**

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

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

- **بخش F** «مراقبت‌های پزشکی»
- **بخش G** «داروهای Medicare Part D»
- **بخش H** «درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان»
- **بخش I** «درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی» (این بخش فقط برای این خدمات اعمال می‌شود: مراقبت‌های درمانی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، و تسهیلات جامع توانبخشی سرپایی (CORF).)

اگر مطمئن نیستید از کدام بخش استفاده کنید، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F. مراقبت‌های پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر برای دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مشکل دارید یا می‌خواهید سهم خودمان از هزینه مراقبت‌تان را به شما بازپرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست اقامت طولانی تر در بیمارستان، به **بخش H** مراجعه کنید.

این بخش درباره مزایای شما برای مراقبت‌های پزشکی است که در **فصل 4** این *دفترچه راهنمای اعضا* در نمودار مزایا شرح داده شده است. در برخی موارد، ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی تجویزی Medicare Part B اعمال شود. وقتی که اینطور است، توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای تجویزی Medicare Part B با قوانین مربوط به خدمات و اقلام پزشکی متفاوت است.

F1. استفاده کردن از این بخش

این بخش درباره اقدامات مربوط به مشکلات زیر توضیح داده است:

1. فکر می‌کنید که ما مراقبت‌های پزشکی مورد نیازتان را پوشش می‌دهیم اما آن را دریافت نمی‌کنید.

   کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش، تصمیم بگیریم. به **بخش F2** مراجعه کنید.

2. ما مراقبت‌های پزشکی‌ای را که پزشک شما یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های از سلامت می‌خواهند به شما ارائه دهند تأیید نکردیم و شما فکر می‌کنید که باید تأیید کنیم.

   کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید. به **بخش F3** مراجعه کنید.

3. مراقبت‌های پزشکی‌ای دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید تحت پوشش بوده است، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.

   کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید نسبت به تصمیم ما برای عدم پرداخت، درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F5** مراجعه کنید.

4. مراقبت‌های پزشکی‌ای دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید تحت پوشش بوده است و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید و از ما می‌خواهید که هزینه را به شما عودت دهیم.

   کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما بخواهید هزینه را به شما عودت دهیم. به **بخش F5** مراجعه کنید.

5. پوشش شما را برای مراقبت پزشکی خاصی کاهش دادیم یا متوقف کردیم، و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند.

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

   - اگر این پوشش برای مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مرکز پرستاران باتجربه، یا خدمات CORF باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش H** یا **بخش I** مراجعه کنید.
   - برای سایر مواردی که شامل کاهش یا توقف پوشش شما برای مراقبت‌های پزشکی خاص است، از این بخش (**بخش F**) به‌عنوان راهنما استفاده کنید.

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

   کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید شکایت ثبت کنید. به **بخش K2** مراجعه کنید.

F2. درخواست برای تصمیم‌گیری درباره پوشش

وقتی تصمیم‌گیری درباره پوشش شامل مراقبت پزشکی شما می‌شود، به آن «**تصمیم سازمانی یکپارچه**» گفته می‌شود.

شما، پزشک یا نماینده‌تان می‌توانید از طریق موارد زیر از ما بخواهید که در مورد تصمیم‌گیری درباره پوشش تصمیم بگیریم:

- با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.
- فکس: 1-844-222-3180.
- مکاتبه: Medical Management
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

تصمیم‌گیری درباره پوشش استاندارد

وقتی تصمیم خود را به شما می‌دهیم، از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم مگر اینکه با استفاده از مهلت‌های «سریع» موافقت کنیم. تصمیم‌گیری درباره پوشش استاندارد به این معنی است که ما به شما ظرف این مدت پاسخ می‌دهیم:

- **پنج روز کاری و** حداکثر **هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست شما **برای خدمات یا اقلام پزشکی که مشمول قوانین تأیید قبلی ما هستند.**
- **پنج روز کاری** و حداکثر **14 روز کاری** بعد از دریافت درخواست شما **برای کلیه خدمات یا اقلام پزشکی دیگر**.
- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما **برای داروی Medicare Part B**.

برای یک کالا یا خدمات پزشکی، اگر زمان بیشتری بخواهید یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که به نفع شما باشد (مانند سوابق پزشکی ارائه‌دهندگان خارج از شبکه) می‌توانیم تا 14 روز تقویمی بیشتر وقت بگذاریم. اگر روزهای بیشتری برای تصمیم گیری وقت بگذاریم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. **در صورتیکه درخواست شما برای یک داروی نسخه ای Medicare Part B باشد، ما نمی‌توانیم برای ارائه تصمیم به شما وقت بیشتری صرف کنیم.**

اگر فکر می‌کنید **نباید** روزهای اضافه صرف کنیم، می‌توانید درباره تصمیم ما برای صرف کردن روزهای اضافی «شکایت سریع» ارائه کنید. وقتی شکایت سریع می‌کنید، ما ظرف 24 ساعت به شما پاسخ می‌دهیم. روند شکایت با روند تصمیمات پوششی و تجدیدنظر متفاوت است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ثبت شکایت، ازجمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع

اصطلاح حقوقی «تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع» عبارت است از**«تسریع تصمیم‌گیری»**.

هنگامی که از ما می‌خواهید درباره مراقبت‌های پزشکی خود تصمیمی برای پوشش بگیریم و سلامتی شما در گرو پاسخ سریع است، از ما بخواهید «تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع» بگیریم. تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع به این معنی است که ما به شما ظرف این مدت پاسخ می‌دهیم:

- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما **برای ارائه خدمات پزشکی یا کالا**.
- **24 ساعت** پس از دریافت درخواست شما **برای داروی Medicare Part B**.

ما برای یک کالا یا خدمات پزشکی 14 روز بیشتر نمی‌توانیم وقت صرف کنیم، اگر متوجه شویم اطلاعاتی که ممکن است به نفع شما باشد وجود ندارد (مانند سوابق پزشکی ارائه‌دهندگان خارج از شبکه) یا اگر به زمان نیاز دارید تا اطلاعاتی را برای بررسی به ما به بدهید. اگر روزهای بیشتری برای تصمیم گیری وقت بگذاریم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. **اگر یک داروی تجویزی Medicare Part B درخواست کرده باشید، نمی‌توانیم برای اعلام تصمیم از شما وقت بیشتری بگیریم.**

اگر فکر می‌کنید **نباید** روزهای بیشتری را برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش صرف کنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما برای گرفتن روزهای بیشتر «شکایت سریع» کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ثبت شکایت، ازجمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید. به محض تصمیم گیری با شما تماس خواهیم گرفت.

برای تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع، باید دو شرط را داشته باشید:

- شما برای لوازم و/یا خدمات پزشکی که **دریافت نکرده‌اید** درخواست پوشش می‌کنید. شما نمی‌توانید در مورد پرداخت هزینه لوازم و/یا خدمات پزشکی که قبلاً دریافت کرده اید، درخواست تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن دهید.
- استفاده از مهلت‌های معمول **می‌تواند به سلامتی شما آسیب جدی وارد کند** یا به توانایی و عملکرد بدنی شما آسیب برساند.

اگر پزشکتان به ما بگوید که سلامت شما اینگونه ایجاب می‌کند، به‌طور خودکار به شما یک تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع می‌دهیم. اگر بدون پشتیبانی پزشکتان درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع را دارید، ما تصمیم‌گیری می‌کنیم که آیا تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع دریافت می‌کنید یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم برای تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع را ندارد، یک نامه برایتان ارسال می‌کنیم که این را اطلاع می‌دهد و ما از مهلت‌های زمانی معمول به جای آن استفاده می‌کنیم. نامه به شما می‌گوید:
  - در صورت درخواست پزشک، ما به‌طور خودکار به شما یک تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع می‌دهیم.

- چطور می‌توانید یک "شکایت سریع" درخصوص تصمیم ما برای انجام تصمیم‌گیری درباره پوشش معمول به جای تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ثبت شکایت، ازجمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر بگوییم **خیر**، شما حق دارید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر راهی رسمی است که از ما بخواهید تصمیم خود را بررسی کرده و آن را تغییر دهیم.
- اگر تصمیم به ارائه درخواست تجدیدنظر داشته باشید، به سطح 1 فرایند تجدیدنظر خواهید رفت (به **بخش F3** مراجعه کنید).

در شرایط محدود ممکن است درخواست شما برای تصمیم‌گیری درباره پوشش را رد کنیم، به این معنی که درخواست را بررسی نمی‌کنیم. نمونه‌هایی از زمان‌هایی که یک درخواست رد می‌شود عبارتند از:

- اگر درخواست ناقص باشد،
- اگر شخصی از طرف شما درخواست را ارائه کند اما از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، **یا**
- اگر بخواهید درخواستتان پس گرفته شود.

اگر درخواستی را برای تصمیم‌گیری درباره پوشش رد کنیم، اخطاریه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست بازبینی برایرد درخواستررا توضیح می‌دهد. به این بررسی تجدیدنظر می‌گویند. درخواست تجدیدنظر در بخش بعدی مورد بحث قرار می‌گیرد.

F3. درخواست تجدیدنظر سطح 1

برای شروع درخواست تجدید نظر، مربوط به خدمات یا موارد رد شده یا برای ادامه خدمات یا مواردی که قبلا دریافت کرده اید، خودتان یا پزشکتان و یا نماینده مجاز شما باید با ما تماس بگیرید. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید.

به‌صورت کتبی **درخواست تجدیدنظر استاندارد یا درخواست تجدیدنظر سریع کنید** یا با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید.

- اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگری بخواهد به ارائه خدمات یا موردی که قبلا در طول تجدیدنظر دریافت می‌کردید ادامه دهد، ممکن است لازم باشد آن‌ها را به‌عنوان نماینده خود نام ببرید تا از طرف شما اقدام کنند.
- اگر شخص دیگری غیر از پزشک شما درخواست تجدیدنظر را برای شما ارائه کرد، فرم انتصاب نماینده را اضافه کنید که به این شخص اجازه نمایندگی شما را می‌دهد. می‌توانید با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا به وب‌سایت ما در https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html فرم را دریافت کنید.

- ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون فرم بپذیریم، اما تازمانی‌که آن را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی خود را شروع یا تکمیل کنیم. اگر پیش از مهلت مقرر برای تصمیم‌گیری درباره درخواست تجدیدنظرتان فرم را دریافت نکنیم:
  - ما درخواست شما را رد می‌کنیم و
  - یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که در آن حق شما را برای درخواست از IRO جهت تجدیدنظر تصمیم ما برای رد درخواست تجدیدنظر شما را توضیح می‌دهیم.
- باید ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ مندرج در نامه‌ای که جهت اطلاع شما از تصمیممان ارسال کرده‌ایم، برای تجدیدنظر درخواست کنید.
- اگر این مهلت را از دست دهید و دلیل موجهی برای این امر داشته باشید، ممکن است ما زمان بیشتری جهت درخواست تجدیدنظر در اختیار شما قرار دهیم. مثال‌هایی از دلایل خوب مواردی هستند مانند اینکه شما یک بیماری جدی داشته‌اید یا اطلاعات اشتباهی درباره ضرب‌الاجل به شما داده‌ایم. شما باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدیدنظر خود را توضیح دهید.
- شما حق دارید که از ما رونوشتی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا درخواست تجدیدنظر شما را تقویت کند.

اگر وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.

> اصطلاح حقوقی «تجدیدنظر سریع»، «**تسریع تجدیدنظر**» است.

- اگر درباره تصمیمی که ما در مورد پوشش مراقبت گرفته‌ایم تجدیدنظر کنید، شما و/یا پزشکتان می‌توانید درخواست یک تجدیدنظر سریع کنید.

اگر پزشکتان به ما بگوید که سلامت شما اینگونه ایجاب می‌کند، به طور خودکار به شما یک تصمیم تجدیدنظر سریع می‌دهیم. اگر بدون پشتیبانی پزشکتان درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع را دارید، ما تصمیم‌گیری می‌کنیم که آیا تصمیم تجدیدنظر سریع دریافت می‌کنید یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم برای تصمیم‌گیری تجدیدنظر سریع را ندارد، یک نامه برایتان ارسال می‌کنیم که این را اطلاع می‌دهد و ما از مهلت‌های زمانی معمول به جای آن استفاده می‌کنیم. نامه به شما می‌گوید:
  - در صورت درخواست پزشک، ما به‌طور خودکار به شما یک تصمیم تجدیدنظر سریع می‌دهیم.
  - چطور می‌توانید یک "شکایت سریع" درخصوص تصمیم ما برای انجام تجدیدنظر استاندارد به جای تجدیدنظر سریع داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ثبت شکایت، ازجمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر به شما بگوییم که خدمات یا مواردی را که قبلا دریافت کرده‌اید متوقف یا کاهش می‌دهیم، ممکن است بتوانید آن خدمات یا موارد را در طول درخواست تجدیدنظر خود ادامه دهید.

- اگر ما تصمیم بگیریم پوشش خدمات یا اقلامی که پیش از این مورد تأیید بوده است را تغییر دهیم یا متوقف کنیم، اطلاعیه ای را برای شما قبل از عملی شدن آن ارسال خواهیم کرد.
- اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 1 ارائه دهید.
- اگر ظرف ده روز تقویمی از تاریخ در نامه ما یا تاریخ موثر مورد نظر برای اقدام هر کدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر سطح 1 کنید، به پوشش خدمات یا اقلام ادامه می‌دهیم.
  - اگر این مهلت را رعایت کنید، تازمانی‌که درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما در انتظار است، خدمات یا اقلام را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.
  - همچنین تمام خدمات یا اقلام دیگر (که هدف درخواست تجدیدنظر شما نیستند) را بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.
  - اگر قبل از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر ندهید، خدمات یا اقلام شما تازمانی‌که منتظر تصمیم تجدیدنظر خود هستید ادامه نخواهد یافت.

ما به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخمان را به شما می‌دهیم.

- وقتی درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم، دوباره به تمام اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت‌های پزشکی نگاه می‌کنیم.
- بررسی می‌کنیم که آیا هنگامی که به درخواست شما پاسخ **منفی** داده‌ایم، از همه قوانین پیروی کرده‌ایم یا نه.
- در صورت نیاز اطلاعات بیشتری را جمع آوری می‌کنیم. ممکن است با شما یا پزشکتان تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری دریافت کنیم.

مهلت‌هایی برای تجدیدنظر سریع وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های فوری استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا زودتر، اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما پاسخ سریع لازم باشد، به شما پاسخ دهیم.** اگر درخواست تجدیدنظر فوری شما را رد کنیم، تأیید شفاهی رد درخواست را به شما، پزشک، تجویزکننده دارو یا نماینده شما ارائه خواهیم کرد.
  - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. IRO بعد از دریافت تجدیدنظرتان به صورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. در ادامه این فصل، درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal است، می‌توانید به محض پایان مهلت، خودتان یک جلسه دادرسی ایالتی سطح 2 در ایالت درخواست کنید. در California، جلسه رسیدگی ایالتی «دادرسی ایالتی» نامیده می‌شود. برای درخواست دادرسی ایالتی، به **بخش F4** مراجعه کنید.

- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما بله بگوییم**، باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در عرض 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما تأیید یا ارائه کنیم یا اگر سلامت شما نیاز دارد، زودتر.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم**، درخواست تجدیدنظر شما را به IRO برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم.

مهلت‌هایی برای درخواست تجدیدنظر استاندارد وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای پوشش خدماتی که دریافت نکرده‌اید، به شما پاسخ دهیم.
- اگر درخواست شما برای داروی Medicare Part B باشد که دریافت نکرده‌اید، ما ظرف **هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خود را ارائه می‌دهیم، یا زودتر اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند.
    - اگر ظرف مهلت مقرر به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal است، می‌توانید به محض پایان مهلت، خودتان یک جلسه دادرسی ایالتی سطح 2 در ایالت درخواست کنید. در California، جلسه رسیدگی ایالتی «دادرسی ایالتی» گفته می‌شود. برای درخواست دادرسی ایالتی، به **بخش F4** مراجعه کنید.

اگر با تمام یا بخشی از درخواست شما موافقت کنیم، باید پوششی را که پذیرفته‌ایم ارائه دهیم یا آن را تأیید کنیم: حداکثر ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما؛ یا در سریع‌ترین زمان مورد نیاز براساس وضعیت سلامت شما و حداکثر ظرف 72 ساعت از تاریخ تغییر تصمیم ما؛ یا اگر درخواست شما مربوط به یک داروی Medicare Part B باشد، ظرف هفت روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما.

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما **منفی** باشد، **حقوق بیشتری برای تجدیدنظر دارید:**

- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما **منفی** باشد، نامه ای برایتان ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما درباره پوشش دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medicare است، در نامه ارسالی به شما اطلاع می‌دهیم که پرونده شما برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 به IRO ارسال شده است.
- اگر مشکل شما مرتبط به پوشش دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medi-Cal است، در این نامه به شما اطلاع داده می‌شود که چگونه شخصا برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 اقدام کنید.

F4. درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر ما به بخشی یا به تمام موارد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، یک نامه برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه به شما می‌گوید که آیا معمولا Medicare یا Medi-Cal یا هر دو برنامه، خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهند یا خیر.

- اگر مشکل شما مرتبط با خدمات یا اقلام مربوط به **Medicare** است، به‌طور خودکار و به محض تکمیل درخواست تجدیدنظر سطح 1، پرونده شما را به سطح 2 تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است، که **Medi-Cal** معمولاً آنها را پوشش می‌دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید. این نامه نحوه انجام این کار را به شما خواهد گفت. همچنین در ادامه این فصل اطلاعات بیشتری را درج می‌کنیم.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا موردی است که ممکن است **Medicare و Medi-Cal**، هردو، آن را پوشش دهند، به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر سطح 2 با IRO دریافت می‌کنید. علاوه بر درخواست تجدیدنظر خودکار سطح 2، همچنین می‌توانید یک جلسه دادرسی ایالتی و یک بررسی پزشکی مستقل از ایالت درخواست کنید. بااین‌حال، اگر قبلا مدارکی را در یک جلسه دادرسی ایالتی ارائه کرده باشید، یک بررسی پزشکی مستقل ارائه نمی‌شود.

اگر زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را ثبت کردید واجد شرایط ادامه مزایا بودید، مزایای شما برای خدمات، اقلام یا داروهای مورد تجدیدنظر ممکن است در سطح 2 نیز ادامه یابد. برای اطلاعات در مورد ادامه مزایای خود در طول درخواست تجدیدنظر سطح 1، به **بخش F3** مراجعه کنید.

- اگر مشکلتان درباره خدمات یا اقلامی است که معمولا فقط توسط Medicare پوشش داده می‌شود، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام در طول مراحل درخواست تجدیدنظر مرحله 2 با IRO، ادامه نخواهد داشت.
- اگر مشکل شما در مورد خدماتی است که معمولا فقط تحت پوشش Medi-Cal قرار می‌گیرد، اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ظرف ده روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما ارسال کنید، مزایای شما برای آن خدمات ادامه می‌یابد.

هنگامی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medicare معمولا پوشش می‌دهد

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

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

- این سازمان با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی نیست. Medicare این شرکت را به عنوان IRO انتخاب کرد و Medicare بر کار آن‌ها نظارت دارد.

- ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما ("مدارک پرونده" شما) را به این سازمان ارسال می‌کنیم. شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید.
- شما حق دارید که اطلاعات دیگری را در حمایت از درخواست تجدیدنظر خود به IRO بدهید.
- بررسی‌کنندگان در IRO به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما با دقت توجه خواهند کرد.

اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، تجدیدنظر سریع در مرحله 2 خواهید داشت.

- اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، به‌طور خودکار یک تجدیدنظر سریع در مرحله 2 خواهید داشت. IRO باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ بدهد.

اگر تجدیدنظر استاندارد در مرحله 1 داشتید، به‌طور خودکار یک تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2 خواهید داشت.

- اگر یک درخواست تجدیدنظر استاندارد برای ما در سطح 1 داشتید، به‌طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دریافت می‌کنید.
- اگر درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی است، IRO باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ بدهد.
- اگر درخواست شما برای داروی تجویزی Medicare Part B باشد، IRO باید **ظرف هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.

IRO پاسخشان را به‌صورت مکتوب به شما می‌دهد و دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- **اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست اقلام یا خدمات پزشکی بله بگوید،** باید به سرعت تصمیم را اجرایی کنیم:
  - پوشش مراقبت‌های پزشکی را **ظرف 72 ساعت**تأیید کنیم یا
  - خدمات را ظرف **پنج روز کاری** پس از دریافت تصمیم IRO به **درخواست‌های استاندارد ارائه دهیم یا**
  - خدمات را **ظرف 72 ساعت** از تاریخی که تصمیم IRO را برای **درخواست‌های سریع** دریافت می‌کنیم، ارائه دهیم.
- **اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست داروی تجویزی Medicare Part B بله بگوید، ما باید داروی تجویزی Medicare Part B مورد اختلاف را مجاز یا ارائه کنیم:**
  - **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO برای **درخواست‌های استاندارد یا**
  - **ظرف 24 ساعت** از تاریخی که تصمیم IRO را به **درخواست‌های سریع** دریافت می‌کنیم.

- **اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی دهد**، به این معنی است که آن‌ها موافقت می‌کنند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید کنیم. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.
    - اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.
    - پس از سطح 2، سه سطح اضافی در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد که در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهند.
    - اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما رد شد و شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را دارید، باید تصمیم بگیرید که آیا به سطح 3 بروید و درخواست تجدیدنظر سومی را ارائه دهید یا خیر. جزئیات نحوه انجام این کار در اخطار کتبی که پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، آمده است.
    - یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظرهای سطوح 3، 4، و 5 به **بخش J** مراجعه کنید.

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

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

(1) سازمان مراقبت‌های درمانی مدیریت شده (DMHC)

می‌توانید از مرکز پشتیبانی سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده California (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR) کنید یا نزد آن اداره شکایت تنظیم کنید. با ارائه شکایت، DMHC تصمیم ما را بازنگری می‌کند و حکم صادر می‌کند. DMHC بررسی خود را در مورد شکایت شما انجام می‌دهد یا تصمیم می‌گیرد که آیا پرونده واجدشرایط برای IMR است یا خیر. IMR برای هرگونه خدمات یا موارد تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی دارند قابل انجام است. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط کارشناسانی است که بخشی از طرح ما یا DMHC نیستند. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام مورد درخواست شما را فراهم کنیم. شما هزینه‌ای بابت IMR پرداخت نمی‌کنید.

در صورت مبادرت طرح ما به موارد زیر، می‌توانید شکایت کنید یا IMR درخواست کنید:

- خدمات یا درمان Medi-Cal را به این دلیل که از نظر طرح ما ضرورت پزشکی ندارد، مورد رد، تغییر یا تأخیر قرار می‌دهد.
- ما درمان Medi-Cal آزمایشی یا تحقیقاتی را برای وضعیت سلامت جدی پوشش نمی‌دهیم.

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

در بیشتر موارد، باید قبل از درخواست IMR، از ما درخواست تجدیدنظر کنید. جهت اطلاع درباره روند درخواست تجدیدنظر سطح 1، به **بخش F3** مراجعه کنید. در صورت عدم موافقت با تصمیم ما، می توانید فرم درخواست/شکایت IMR را به DMHC ارسال کنید.

توجه: اگر ارائه‌دهنده شما برای شما درخواست تجدیدنظر داده است، اما ما فرم انتصاب نماینده شما را دریافت نکرده‌ایم، باید قبل از این‌که بتوانید برای IMR سطح 2 در اداره مراقبت‌های درمانی مدیریت شده (DMHC) درخواست تجدیدنظر کنید، باید درخواست تجدیدنظر خود را دوباره نزد ما تکمیل کنید، مگر این‌که درخواست تجدیدنظر شما مربوط به یک تهدید قریب‌الوقوع و جدی برای سلامتی شما باشد، ازجمله درد شدید، مرگ احتمالی، و از دست دادن اندام یا یکی از عملکردهای اصلی بدن.

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

اگر درمان شما مورد قبول قرار نگرفته است چون آزمایشی یا تحقیقاتی بوده است، لزومی ندارد که قبل از درخواست برای IMR در رویه تجدیدنظر ما شرکت کنید.

اگر مشکل شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما محسوب می‌شود یا درد شدیدی را تحمل می‌کنید، می‌توانید قبل از طی فرآیند تجدیدنظر، موضوع را فورا به اطلاع DMHC برسانید.

شما باید **ظرف شش ماه از تاریخی که تصمیم تجدیدنظر را کتباً برایتان ارسال کردیم، برای IMR درخواست بدهید**. DMHC ممکن است در صورت وجود دلایل موجه، درخواست شما را بعد از شش ماه بپذیرد؛ مثلا اگر وضعیت سلامت خاصی داشتید که به خاطر آن نمی‌توانستید در مهلت شش ماه برای IMR درخواست دهید یا اگر در زمان مقتضی اطلاعیه‌ای از طرف ما در مورد روند IMR دریافت نکردید.

برای ثبت شکایت یا درخواست IMR:

- فرم شکایت/IMR موجود در سایت زیر را پر کنید: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx یا با مرکز پشتیبانی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- رونوشت نامه‌ها یا سایر اسناد مربوط به خدمات یا اقلام پذیرفته‌نشده را اگر در دست دارید، ضمیمه کنید. این کار می‌تواند روال IMR را سریع کند. رونوشت اسناد و نه اصل آن‌ها را ارسال کنید. مرکز پشتیبانی نمی‌تواند هیچ سندی را برگرداند.

- اگر شخصی به شما در IMR کمک می‌کند، فرم دستیار مجاز را پر کنید. می‌توانید این فرم را از نشانی www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintFor ms.aspx دریافت کنید یا با مرکز پشتیبانی این اداره به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم IMR/شکایت و هرگونه پیوست را به DMHC آنلاین ارسال کنید: www.dmhc.ca.gov/fileaComplaint.

ارسال از طریق پست یا فکس:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

DMHC ظرف هفت روز درخواست شما را بررسی کرده و نامه تأیید دریافت درخواست را برای شما ارسال خواهد کرد. اگر DMHC تعیین کند که مورد واجد شرایط IMR باشد، تصمیم IMR ظرف 45 روز پس از دریافت تمام مدارک مورد نیاز اتخاذ خواهد شد.

اگر پرونده شما فوری باشد و واجدشرایط دریافت IMR باشید، تصمیم‌گیری IMR معمولا ظرف هفت روز تقویمی پس از دریافت تمام مدارک مورد نیاز انجام می‌شود.

اگر از نتیجه IMR راضی نیستید، می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

اگر DMHC تمام سوابق پزشکی مورد نیاز از طرف شما یا پزشک معالج شما را دریافت نکند، IMR می‌تواند طولانی‌تر شود. اگر نزد پزشکی می‌روید که در شبکه طرح سلامت شما نیست، مهم است که سوابق پزشکی خودتان را از آن پزشک دریافت کرده و برای ما ارسال کنید. لازم است که طرح سلامت شما، تجویزی از سوابق پزشکی شما را از پزشکانی که در شبکه هستند، دریافت کند.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما واجد شرایط IMR نیست، DMHC پرونده شما را از طریق رویه عادی شکایت مشتریان بررسی خواهد کرد. شکایت شما ظرف 30 روز تقویمی از زمان تحویل فرم تکمیل‌شده رسیدگی خواهد شد. اگر شکایت شما فوری باشد، ممکن است زودتر رسیدگی شود.

(2) جلسه رسیدگی ایالتی

می‌توانید برای اقلام و خدمات تحت پوشش Medi-Cal درخواست رسیدگی ایالتی نمایید. اگر پزشک شما یا ارائه‌دهنده دیگری برای خدمات یا اقلامی درخواست کند که ما تصویب نخواهیم کرد یا به پرداخت هزینهخدمات یا اقلامی که قبلا دریافت کرده‌اید ادامه نخواهیم داد و به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده‌ایم، شما این حق را دارید که برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

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

توضیح: اگر درخواست دادرسی ایالتی کردید، زیرا به شما اطلاع داده‌ایم که سرویس دریافتی شما تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، در صورتی که می‌خواهید به دریافت آن خدمات در طی فرایند دادرسی ایالتی ادامه دهید، برای **ارسال درخواست، روزهای کمتری فرصت دارید.** برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش «آیا مزایای من طی تجدیدنظر سطح 2 ادامه خواهد داشت» در صفحه صفحه 236 مراجعه کنید.

شما می توانید از طریق زیر برای دادرسی ایالتی درخواست کنید:

- آنلاین از طریق سایت: www.cdss.ca.gov.
- از طریق تلفن: با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. این خط ممکن است اکثراً اشغال باشد. می‌توانید پیام بگذارید تا با شما تماس بگیرند. اگر نمی‌توانید خوب صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با این شماره تماس بگیرید: TTY/TDD 1-800-952-8349.
- به‌صورت کتبی: فرم دادرسی ایالتی را پر کنید یا نامه‌ای ارسال کنید. ارسال آن از طریق پست یا فکس به:
- پست: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- فکس: (916) 309-3487 و یا تماس با شماره رایگان 1-833-281-0903
- می‌توانید «درخواست دادرسی ایالتی» را در پشت اطلاعیه اقدام پر کنید. مطمئن شوید که نام، آدرس، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی و/یا شماره CIN و دلیل نیازتان به دادرسی ایالتی را قید کرده‌اید. اگر کسی به شما در ثبت درخواست برای دادرسی ایالتی کمک می‌کند، نام، آدرس و شماره تلفن وی را به فرم یا نامه اضافه کنید. اگر به مترجم شفاهی نیاز دارید به ما بگویید که به چه زبانی صحبت می‌کنید. شما هزینه مترجم شفاهی را نمی‌پردازید. بخش جلسات استماع ایالتی برای شما ترتیب خواهد داد. اگر معلولیتی دارید، بخش جلسات استماع ایالتی می‌تواند تسهیلات ویژه‌ای به‌صورت رایگان برای کمک به مشارکت شما در جلسه استماع فراهم کند. لطفاً اطلاعات مربوط به معلولیت خود و تسهیلات مورد نیازتان را ارائه دهید.

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

- اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی یا کل درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی پاسخ **مثبت** بدهد، ، ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آنها، مجوز یا ارائه خدمات یا کالا را ارائه کنیم.
- اگر واحد رسیدگی‌های ایالتی با تمام یا بخشی از درخواست تجدیدنظر شما **مخالفت** کند، به این معناست که آن‌ها موافق هستند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از آن) را برای پوشش مراقبت پزشکی تأیید کنیم. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.

اگر تصمیم IRO یا دادرسی ایالتی برای کل درخواست یا بخشی از درخواست شما **منفی** باشد، شما حقوق بیشتری برای تجدیدنظر دارید.

اگر درخواست بررسی مرحله 2 شما به **IRO** منتقل شود، تنها در صورتی می‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر داشته باشید که ارزش دلاری خدمات یا اقلام مورد نیازتان مقدار حداقل معینی باشد. یک ALJ یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. **نامه‌ای که از IRO دریافت می‌کنید، حقوق دیگری که ممکن است برای درخواست تجدیدنظر داشته باشید را توضیح خواهد داد.**

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

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود بعد از سطح 2 به **بخش L** مراجعه کنید.

F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه

ما به ارائه‌دهندگان شبکه اجازه نمی‌دهیم بابت اقلام و خدمات تحت پوشش از شما هزینه‌ای دریافت کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه‌کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه‌کننده برای خدمات و اقلام تحت پوشش مطالبه می‌کند، صادق است. شما هرگز لازم نیست هزینه هیچ صورت‌حسابی را بپردازید.

اگر صورت‌حسابی برای موارد یا خدمات تحت پوشش دریافت کردید، آن را برای ما ارسال کنید. این صورت‌حساب را خودتان نپردازید. ما مستقیما با آن ارائه‌دهنده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم. اگر صورت‌حساب را پرداخت کنید، اگر قوانین دریافت خدمات یا کالا را رعایت کنید، می‌توانید مبلغ را از طرح پس بگیرید.

برای کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 7** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. این شرایطی را توضیح می‌دهد که ممکن است لازم باشد از ما بخواهید بازپرداخت یا صورت‌حسابی را که از یک ارائه‌دهنده دریافت کرده‌اید بپردازیم. همچنین این بخش اطلاعاتی را در مورد چگونگی ارسال مدارک برای درخواست پرداخت هزینه از ما ارائه می‌کند.

اگر درخواست برگرداندن هزینه را دارید، در حقیقت درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش خدمات را دارید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا خدمت یا آیتمی که برای آن پرداخت کرده‌اید تحت پوشش است و آیا شما تمام قوانین مربوط به استفاده از پوشش خود را رعایت کرده‌اید.

- اگر خدمات یا مواردی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش بوده است و شما از تمام قوانین پیروی کرده‌اید، ما هزینه را ظرف 30 روز تقویمی و حداکثر تا 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای ارائه‌دهنده بابت خدمات یا موارد پرداخت خواهیم کرد. ارائه‌دهنده شما متعاقبا این وجه را به شما خواهد پرداخت.
- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداختی را مستقیما به خدمات‌دهنده ارسال خواهیم کرد. اگر مبلغ پرداختی را ارسال کنیم، به معنی پاسخ **مثبت** به درخواست شما برای تصمیم‌گیری درباره پوشش است.
- اگر خدمات یا موارد تحت پوشش نباشند یا اگر شما از تمام قوانین پیروی نکرده باشید، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم و در آن توضیح می‌دهیم که به چه دلیل هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نخواهیم کرد.

اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت موافق نیستید، **می‌توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید**. روند تجدیدنظر توضیح‌داده‌شده در **بخش F3** را دنبال کنید. هنگامی که این دستورالعمل‌ها را دنبال می‌کنید، توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت هزینه‌ها توسط ما درخواست تجدیدنظر ارائه می‌کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست شما، پاسخگو باشیم.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **خیر** باشد و **Medicare** معمولاً خدمات یا مورد را پوشش دهد، ما پرونده شما را به IRO ارسال می‌کنیم. در صورت وقوع این موضوع، ما برای شما نامه‌ای ارسال خواهیم کرد.

- اگر IRO تصمیم ما را لغو کند و بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، باید مبلغ پرداختی را برای شما یا خدمات‌دهنده ظرف 30 روز تقویمی ارسال کنیم. اگر پاسخ به درخواست شما در هر مرحله از درخواست تجدیدنظر پس از مرحله 2 **مثبت** باشد، باید هزینه را ظرف 60 روزِ تقویمی برای شما یا ارائه‌دهنده مراقبت از سلامت شما ارسال کنیم.

- اگر نظر IRO درباره درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد، به این معنی است که موافقند که ما نباید درخواست شما را تأیید کنیم. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود. نامه‌ای دریافت خواهید کرد که حقوق تجدیدنظر دیگری را که ممکن است داشته باشید توضیح می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد سطوح اضافی تجدیدنظر، به **بخش J** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **منفی** باشد و Medi-Cal معمولاً آن خدمات یا کالا را پوشش دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش F4** مراجعه کنید.

G. داروهای Medicare Part D

مزایای شما به‌عنوان عضو طرح ما شامل پوشش برای بسیاری داروهای تجویزی می‌شود. بسیاری از این داروها از نوع داروهای Medicare Part D می‌باشند. چند دارو وجود دارد که Medicare Part D پوشش نمی‌دهد ولی Medi-Cal ممکن است پوشش دهد. **این بخش فقط به درخواست‌های تجدیدنظر داروهای Medicare Part D مربوط می‌شود.** ما در ادامه این بخش به جای گفتن داروی Medicare Part D، فقط «دارو» می‌گوییم. در مورد داروهایی که فقط توسط Medi-Cal تحت پوشش قرار می‌گیرند، این روند را در **بخش E** دنبال کنید.

برای تحت پوشش قرار گرفتن، دارو باید برای یک مورد مصرف علائم مورد قبول پزشکی استفاده شود. این بدان معناست که این دارو توسط Food and Drug Administration (سازمان غذا و دارو، FDA) تایید شده است یا توسط مراجع پزشکی خاصی پشتیبانی می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره یک مورد مصرف پذیرفته‌شده از نظر پزشکی، به **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G1. تصمیمات پوشش و تجدیدنظر Medicare Part D

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

- شما از ما می‌خواهید که استثنا قائل شویم، ازجمله این‌که از ما بخواهید:
  - پوشش یک داروی Medicare Part D که در *فهرست داروها* طرح ما وجود ندارد، یا
  - یک محدودیت در پوششمان را در مورد یک دارو کنار بگذاریم (مانند محدودیت در مقداری که می‌توانید دریافت کنید)
- شما از ما می‌پرسید که آیا دارویی برای شما پوشش داده می‌شود یا خیر(مثل زمانی که داروی شما در *فهرست داروهای* طرح ما قرار دارد، اما ما باید آن را برای شما تأیید کنیم، قبل از این‌که آن را برای شما پوشش دهیم)

توجه: اگر داروخانه‌تان به شما بگوید که نسخه‌تان را نمی‌تواند آن‌طور که نوشته شده است بپیچد، داروخانه به شما اعلامیه‌ای کتبی می‌دهد که در آن توضیح می‌دهد چگونه با ما تماس بگیرید و درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش‌دهی کنید.

> تصمیم‌گیری درباره پوشش اولیه در مورد داروهای Medicare Part D«**تعیین پوشش**»نامیده می‌شود.

- از ما درخواست کنید که هزینه داروی تجویزی‌ای را که قبلا خریداری کردید بپردازیم. درخواست برای تصمیم‌گیری درباره پوشش در مورد پرداخت هزینه.

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

شما در کدامیک از این موقعیت‌ها هستید؟			
به دارویی نیاز دارید که در *فهرست داروهای* ما نیست یا این‌که می‌خواهید ما قانون یا محدودیتی را درباره پوشش دهی دارویمان لغو کنیم. **می‌توانید از ما بخواهید که استثنا قائل شویم.** (این نوعی تصمیم‌گیری درباره پوشش می‌باشد.) با **بخش G2** شروع کنید، سپس به **بخش‌های G3 و G4** مراجعه کنید.	می‌خواهید ما دارویی را در *فهرست داروها* پوشش دهیم و فکر می‌کنید که از قوانین و محدودیت‌های موجود برای دریافت داروی مورد نیاز (مانند دریافت تأییدیه قبلی) تبعیت کرده اید. **می‌توانید برای تصمیم‌گیری درباره پوشش از ما درخواست کنید.** به **بخش G4** مراجعه کنید.	آیا می‌خواهید ما هزینه دارویی را که قبلا دریافت کرده و هزینه آن را نیز پرداخت کرده‌اید، به شما برگردانیم؟ **می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم.** (این نوعی تصمیم‌گیری درباره پوشش می‌باشد.) به **بخش G4** مراجعه کنید.	ما به شما گفتیم که دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم یا هزینه ای برای آن پرداخت نمی‌کنیم. **می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.** (این بدان معنی است که درخواست بازنگری از ما دارید.) به **بخش G5** مراجعه کنید.

G2. استثناهای Medicare Part D

اگر ما دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، می‌توانید از ما درخواست اعمال استثنا کنید. اگر درخواست شما برای استثنا را قبول نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

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

> درخواست برای پوشش دارویی که در *فهرست داروهای* ما نیست یا برای حذف محدودیت بر دارو، گاهی درخواست **«استثنای دارونامه»** نامیده می‌شود.
>
> به درخواست برای پرداخت قیمتی پایین تر برای داروی غیرترجیحی تحت پوشش بعضی مواقع **استثنای دسته بندی** گفته می‌شود.

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

1. پوشش‌دادن دارویی که در *فهرست داروهای* ما نیست

- اگر ما موافقت کنیم که یک استثنا قائل شویم و دارویی را پوشش دهیم که در *فهرست داروهای* ما نیست، شما پرداخت مشترکی را که در مورد داروهای ردیف 3 (داروی غیرترجیحی) اعمال می‌شود، پرداخت می‌کنید.
- شما نمی‌توانید استثنایی برای مبلغ سهم بیمه‌گذار مورد نیاز برای دارو دریافت کنید.

2. حذف محدودیت برای داروی تحت پوشش.

- قوانین یا محدودیت‌های اضافی برای داروهای خاصی در *فهرست داروهای* ما اعمال می‌شود (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5**، بخش C *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید).
- قوانین و محدودیت‌های بیشتر درباره پوشش دهی برخی از داروهای خاص عبارتند از:
  - لزوم استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی برند
  - دریافت تأییدیه قبلی پیش از موافقت ما با پوشش دهی داروی شما. به این مورد "مجوز قبلی" (PA) گفته می‌شود.
  - لزوم امتحان یک داروی دیگر پیش از این‌که ما با پوشش دهی داروی مورد نظرتان موافقت کنیم. به این حالت برخی مواقع "درمان مرحله‌ای" گفته می‌شود.
  - محدودیت مقدار. برای بعضی از داروها، مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید را محدود کرده‌ایم.
- اگر ما با استثنا برای شما موافقت کرده و محدودیتی را کنار بگذاریم، می‌توانید از مبلغ سهم بیمه‌گذار که باید پرداخت کنید، استثنا بخواهید.

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. به طور کلی هر چه تعداد ردیف تسهیم هزینه کمتر باشد، میزان سهم بیمه‌گذار شما کمتر می‌شود.

- *فهرست داروهای* ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. این‌ها داروهای «جایگزین» نامیده می‌شوند.
- اگر داروی جایگزینی برای بیماری شما در سطحی با تسهیم هزینه کمتر از دارویی که مصرف می‌کنید وجود داشته باشد، می‌توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ تسهیم هزینه داروی جایگزین پوشش دهیم. این کار سهم بیمه‌گذار شما برای دارو را کاهش می‌دهد.
  - اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک محصول بیولوژیک است، می‌توانید از ما بخواهید آن را با میزان تسهیم هزینه پایین‌ترین رده تعیین‌شده برای جایگزین‌های محصول بیولوژیک متناسب با وضعیتتان پوشش دهیم.

- اگر دارویی که مصرف می‌کنید داروی برند است، می‌توانید از ما بخواهید آن را با میزان تسهیم هزینه مربوط به پایین‌ترین رده برای جایگزین‌های با نام تجاری متناسب با وضعیتتان پوشش دهیم.
- اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک داروی ژنریک باشد، می‌توانید درخواست کنید که آن را با مبلغ تسهیم هزینه پایین‌ترین سطح برای داروهای برند یا ژنریک جایگزین برای بیماری شما 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.

G3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست استثنا از آن‌ها مطلع باشید

پزشک شما یا هر تجویزکننده دیگری باید درباره دلایل پزشکی آن به ما توضیح دهد

پزشک شما یا هر تجویزکننده دیگری باید توضیح دهد که به چه دلایل پزشکی، مورد استثنا درخواست شده است. برای تصمیم‌گیری سریع‌تر، هنگامی که درخواست استثنا می‌کنید، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌های خود ضمیمه کنید.

فهرست داروهای ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. این‌ها داروهای «جایگزین» نامیده می‌شوند. اگر یک داروی جایگزین تأثیری دقیقا مشابه دارویی را داشته باشد که شما درخواست کرده‌اید و عوارض جانبی بیشتری نیز ایجاد نکند یا مشکلات سلامتی ایجاد نکند، ما معمولا درخواست شما را برای اعمال استثنا **نمی‌پذیریم** . اگر برای استثنای دسته 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 احتمالا باعث واکنش نامطلوب یا آسیب‌های دیگری شوند.

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

- اگر پاسخمان به درخواست اعمال استثنای شما **مثبت** باشد، این مورد استثنا معمولاً تا پایان همان سال بر قوت خود باقی است. تا وقتی پزشکتان به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو برای درمان عارضه شما ایمن و مؤثر باقی بماند، این شرایط برقرار است.
- اگر به درخواست استثنای شما پاسخ **منفی** بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش G5** مراجعه کنید تا اطلاعات بیشتری در مورد نحوه تجدیدنظر در صورت پاسخ **منفی** کسب کنید.

بخش بعدی به شما می‌گوید که چطور برای تصمیم‌گیری درباره پوشش درخواست کنید که شامل استثنا می‌شود.

G4. درخواست برای تصمیم‌گیری درباره پوشش شامل یک استثنا

- با تماس با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711)، ارسال نامه یا با فکس، نوع تصمیم‌گیری درباره پوشش را که می‌خواهید، از ما درخواست کنید. شما، نماینده یا پزشک‌تان (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را بکنید. لطفاً نام خود، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به مطالبه را ضمیمه کنید.
- شما یا پزشکتان (یا تجویزکننده‌ای دیگر) یا فردی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌تواند درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش را داشته باشد. همچنین می‌توانید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند.
- برای اطلاع از نحوه معرفی شخصی به عنوان نماینده خود، به **بخش E3** مراجعه کنید.
- شما نیازی به اجازه کتبی به پزشک یا تجویزکننده دیگر ندارید تا از طرف شما تصمیم‌گیری درباره پوشش را بخواهد.
- اگر می‌خواهید درباره بازپرداخت هزینه دارو توسط ما به شما درخواست بدهید، به **فصل 7** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- اگر درخواست استثنا می‌کنید، به ما «بیانیه تأییدکننده» بدهید. بیانیه تأییدکننده شامل دلایل پزشکی پزشک شما یا دلیل پزشکی تجویزکننده دیگری برای درخواست استثنا می‌شود.
- پزشک شما یا تجویزکننده ای دیگر می‌تواند بیانیه تأییدکننده را برای ما فکس کرده یا از طریق پست ارسال کند. آن‌ها همچنین می‌توانند از طریق تلفن به ما بگویند، و سپس بیانیه را فکس یا پست کنند.

اگر براساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید از ما درخواست "تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع" داشته باشید.

ما از «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم مگر این‌که موافقت کرده باشیم که از «مهلت‌های سریع» استفاده کنیم.

- **تصمیم مربوط به پوشش‌دهی استاندارد** به این معنی است که شما ظرف 72 ساعت پس از اینکه ما بیانیه پزشک شما را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت خواهید کرد.
- **تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن** به این معنی است که شما ظرف 24 ساعت پس از اینکه ما بیانیه پزشک شما را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت خواهید کرد.

> «تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع» را «**تعیین پوشش سریع**»می‌نامند.

تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع دریافت می‌کنید درصورتی‌که:

- این برای دارویی است که شما دریافت نکردید. اگر درخواست برگرداندن هزینه دارویی را دارید که قبلا هزینه آن را خود شما پرداخت کرده‌اید، نمی‌توانید درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع داشته باشید.
- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامتی یا توانایی شما به‌طور جدی آسیب می‌بیند.

اگر پزشک شما یا تجویزکننده‌ای دیگر به ما بگوید که سلامت شما نیاز به تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع دارد، فورا برای تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع اقدام می‌کنیم. از طریق نامه به شما اطلاع می‌دهیم.

- اگر درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع را بدهید اما پزشکتان یا تجویزکننده دیگری از شما پشتیبانی نکند، ما تصمیم می‌گیریم که آیا این مورد را دریافت می‌کنید یا خیر.
- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم را برای تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع ندارد، به جای آن از یک مهلت زمانی استاندارد استفاده خواهیم کرد.
  - ما در نامه‌ای به شما اعلام می‌کنیم که از مهلت استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما اطلاع می‌دهد که چگونه می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.
  - می‌توانید یک "شکایت سریع" ارائه کرده و ظرف 24 ساعت از پاسخ شکایت خود مطلع شوید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات، ازجمله شکایات سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

موعدهای مقرر برای تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع

- اگر از مهلت فوری استفاده کنیم، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواستتان به شما پاسخگو باشیم. اگر استثنا بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه تأییدکننده پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر براساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی از سوی یک IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا کل درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه تأییدکننده پزشکتان، پوشش را برای شما فراهم می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

موعدهای مقرر برای تصمیم‌گیری درباره پوشش استاندارد درباره دارویی که دریافت نکرده‌اید

- اگر ما از موعدهای مقرر استاندارد استفاده می‌کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما به شما پاسخگو باشیم. اگر استثنا بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیه تأییدکننده پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر براساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی از سوی یک IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا کل درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه تأییدکننده پزشکتان برای استثنا پوشش به شما تعلق می‌گیرد.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدیدنظر ارائه کنید.

موعدهای مقرر برای تصمیم‌گیری درباره پوشش استاندارد برای هزینه دارویی که قبلاً آن را خریداری کرده‌اید

- ما باید پاسخ خود را ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی از سوی یک IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا کل درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، ظرف 14 روز تقویمی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- **اگر** به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدیدنظر ارائه کنید.

G5. درخواست تجدیدنظر سطح 1

> درخواست تجدیدنظر برای طرح ما درباره تصمیم‌گیری درباره پوشش داروی Medicare Part D، طرح **«تصمیم‌گیری مجدد»**. نامیده می‌شود.

- **درخواست تجدیدنظر استاندارد** یا **سریع** خود را با تماس با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711)، نامه یا فکس به ما آغاز کنید. شما، نماینده یا پزشک‌تان (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را بکنید. لطفاً نام خود، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را ضمیمه کنید.
- باید ظرف **65 روز تقویمی** از تاریخ مندرج در نامه‌ای که جهت اطلاع شما از تصمیممان ارسال کرده‌ایم، برای تجدیدنظر درخواست کنید.

- اگر این مهلت را از دست دهید و دلیل موجهی برای این امر داشته باشید، ممکن است ما زمان بیشتری جهت درخواست تجدیدنظر در اختیار شما قرار دهیم. مثال‌هایی از دلایل خوب مواردی هستند مانند این‌که شما یک بیماری جدی داشته‌اید، یا اطلاعات اشتباهی درباره ضرب‌الاجل به شما داده‌ایم. شما باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدیدنظر خود را توضیح دهید.
- شما حق دارید که از ما رونوشتی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا درخواست تجدیدنظر شما را تقویت کند.

اگر وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.

> به درخواست تجدیدنظر سریع همچنین «**تصمیم‌گیری مجدد**» طرح گفته می‌شود.

- اگر شما در حال درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم‌گیری ما دررابطه‌با دارویی هستید که هنوز آن را دریافت نکرده‌اید، شما و پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر لازم است تصمیم‌گیری کنید که آیا به "تجدیدنظر سریع" نیاز است یا خیر.
- الزامات تجدیدنظر سریع مانند موارد مورد نیاز یک تصمیم‌گیری درباره پوشش سریع است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش G4** مراجعه کنید.

ما به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخمان را به شما می‌دهیم.

- ما مجددا درخواست تجدیدنظر شما و اطلاعاتی که درباره درخواست پوشش دهی در اختیارمان قرار داده‌اید را به دقت بررسی می‌کنیم.
- ما بررسی می‌کنیم که آیا هنگامی که به درخواست شما پاسخ **منفی**داده‌ایم، از قوانین پیروی کرده‌ایم یا نه.
- ممکن است با شما یا پزشک‌تان یا تجویزکننده دیگر برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

موعدهای مقرر برای تجدیدنظر سریع در مرحله 1

- اگر ما از موعدهای مقرر سریع استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما به شما پاسخگو باشیم.
  - اگر براساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.
  - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنیم. در این صورت، یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای کسب اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.

- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، باید پوششی را که با آن موافقت کرده‌ایم ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما ارائه دهیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید.

موعدهای مقرر برای تجدیدنظر استاندارد در مرحله 1

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید **ظرف هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید، به شما پاسخ دهیم.
- اگر دارو را دریافت نکردید و وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، تصمیم خود را زودتر به شما می‌دهیم. اگر فکر می‌کنید وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید.
  - اگر ظرف هفت روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. در این صورت، یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای کسب اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما **مثبت** باشد:

- ما باید **پوششی** را که توافق کرده‌ایم با سرعتی که سلامت شما ایجاب می‌کند ارائه دهیم. این مدت **حداکثر تا هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما خواهد بود.
- ما باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، **مبلغی** را برای دارویی که خریداری کرده‌اید برای شما ارسال کنیم.

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما **منفی** باشد:

- ما نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.
- ما باید پاسخ خود را در مورد بازپرداخت دارویی که خریده‌اید **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظرتان به شما بدهیم.
  - اگر ظرف 14 روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. در این صورت، یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای کسب اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، مبلغ را به شما پرداخت کنیم.

- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید.

G6. درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، می‌توانید تصمیم ما را بپذیرید یا درخواست تجدیدنظر دیگری کنید. اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دیگری دارید، از فرآیند تجدیدنظر سطح 2 استفاده می‌کنید. اگر به اولین درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهیم، **IRO** تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

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

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما، یا پزشک یا تجویزکننده دیگری باید **کتباً** با IRO تماس گرفته و درخواست بررسی پرونده‌تان را داشته باشد.

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای که برای شما ارسال می‌کنیم شامل **دستورالعمل‌هایی در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2** با IRO است. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند که چه کسی می‌تواند درخواست تجدیدنظر سطح 2 را انجام دهد، چه مهلت‌هایی را باید رعایت کنید و چگونه به سازمان دسترسی پیدا کنید.
- هنگامی که شما درخواست تجدیدنظر به IRO می‌کنید، ما اطلاعاتی را که در مورد درخواست تجدیدنظر شما داریم به سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «فایل پرونده» شما نامیده می‌شود. **شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید**. اگر برای درخواست کپی رایگان پرونده‌تان نیاز به کمک دارید، با «خدمات اعضا» به شماره 1-800-431-9007 (TTY:711) تماس بگیرید.
- شما حق دارید که اطلاعات دیگری را در حمایت از درخواست تجدیدنظر خود به IRO بدهید.

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

موعدهای مقرر برای تجدیدنظر سریع در مرحله 2

اگر وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، از IRO «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.

- اگر آن‌ها با درخواست تجدیدنظر سریع موافقت کنند، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهند.
- اگر به بخشی یا تمام آنچه شما خواسته‌اید پاسخ **مثبت**بدهند، ما باید **ظرف 24 ساعت** پس از تصمیم IRO، پوشش دارویی تأیید شده را ارائه کنیم.

موعدهای مقرر برای تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2

اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دارید، IRO باید به شما در بازه‌های زمانی زیر پاسخ دهد:

- **ظرف هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید.
- **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر برای بازپرداخت دارویی که خریداری کرده‌اید.

اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهد:

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

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ **منفی** بدهد، اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید با حداقل ارزش دلاری تعیین‌شده مطابقت داشته باشد، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید کمتر از حداقل مورد نیاز باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری داشته باشید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر سطح 2 نهایی است. IRO نامه‌ای برای شما ارسال می‌کند که حداقل ارزش دلاری مورد نیاز برای ادامه درخواست تجدیدنظر در سطح 3 را به شما می‌گوید.

اگر ارزش دلاری درخواست شما مطابق با الزامات باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ **منفی** بدهد و شما شرایط لازم را برای ادامه روند تجدیدنظر داشته باشید، شما:
  - تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید.
  - برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3، به نامه‌ای که IRO پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای شما ارسال کرده است، مراجعه کنید.

یک ALJ یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای کسب اطلاعات درباره درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3، 4 و 5، به **بخش L** مراجعه کنید.

H. درخواست پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان

هنگامی که در بیمارستان بستری می‌شوید از این حق برخوردار هستید تا تمام خدمات بیمارستانی که ما تحت پوشش قرار می‌دهیم و برای تشخیص بیماری و درمان بیماری یا جراحت شما لازم است را دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح ما، به **فصل 4** *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در طول مدتی که در بیمارستان تحت پوشش هستید، پزشک شما و پرسنل بیمارستان با شما همکاری می‌کنند تا برای روز ترخیص از بیمارستان آماده شوید. آن‌ها همچنین هرگونه خدمات درمانی مورد نیاز پس از خروج از بیمارستان را هماهنگ می‌کنند.

- روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید «روز ترخیص» خوانده می‌شود.
- پزشک شما یا پرسنل بیمارستان تاریخ ترخیص را به شما خواهند گفت.

اگر فکر می‌کنید خیلی زود از شما خواسته می‌شود که بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت‌های خود پس از ترک بیمارستان هستید، می‌توانید درخواست بستری طولانی تری در بیمارستان کنید. این بخش نحوه درخواست را به شما می‌گوید.

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

H1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما

ظرف دو روز پس از بستری شدن شما در بیمارستان، شخصی در بیمارستان، مانند یک پرستار یا کارمند پرونده، یک اطلاعیه کتبی به نام «پیام مهم Medicare درباره حقوق شما» به شما خواهد داد. همه افراد دارای Medicare هر زمان که در بیمارستان بستری می‌شوند، یک کپی از این اعلان دریافت می‌کنند.

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

- این اعلامیه را به‌دقت **مطالعه کنید** و اگر سؤالی دارید یا موردی را متوجه نمی‌شوید، بپرسید. این اخطار در مورد حقوق شما به‌عنوان یک بیمار در بیمارستان، ازجمله حقوق شما در موارد زیر به شما می‌گوید:
  - دریافت خدمات تحت پوشش Medicare در طول اقامت در بیمارستان و بعد از آن. حق شما در آگاهی از ماهیت این خدمات، چه نهادی هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند و از کجا می‌توانید آن‌ها را دریافت کنید.

- مشارکت در هرگونه تصمیماتی که در مورد طول مدت اقامت بیمارستانی خود اتخاذ می‌کنید.
- آگاهی از این‌که هرگونه نگرانی که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.
- اگر فکر می‌کنید که بسیار زود از بیمارستان ترخیص شده اید، درخواست تجدیدنظر بدهید.

- **اعلامیه را امضا کنید**تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید و حقوقتان را می‌دانید.
  - شما یا شخصی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌تواند اعلان را امضا کنید.
  - امضای اعلامیه **فقط** نشان‌دهنده این است که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنی **نیست**که شما با تاریخ ترخیصی موافقت می‌کنید که ممکن است پزشک یا کارکنان بیمارستان به شما گفته باشند.
- **رونوشت** امضاشده اعلامیه را نزد خود نگهدارید تا در صورت نیاز اطلاعات را داشته باشید.

اگر بیش از دو روز قبل از روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید، اخطار را امضا کنید، قبل از ترخیص یک نسخه دیگر دریافت خواهید کرد.

شما می‌توانید از قبل یک نسخه از این اعلامیه را ملاحظه کنید اگر:

- با شماره‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید
- از طریق این شماره تلفن با Medicare تماس بگیرید: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به وب‌سایت www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im مراجعه کنید.

H2. درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر می‌خواهید خدمات بستری شدن در بیمارستان را برای مدت زمان بیشتری تحت پوشش قرار دهیم، باید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید. یک سازمان بهبود کیفیت (QIO) مسئول بررسی درخواست تجدیدنظر سطح 1 است تا بفهمد که آیا ترخیص طرح ریزی شده از بیمارستان برای شما از نظر پزشکی مناسب بوده است یا خیر.

QIO گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که دستمزد آنها توسط دولت فدرال پرداخت می‌شود. این کارشناسان کیفیت را برای افراد دارای Medicare بررسی می‌کنند و به آنها کمک می‌کنند. این متخصصین بخشی از طرح ما نیستند.

در California، QIO با عنوان «سلامت را آغاز کنید» شناخته می‌شود. با این شماره 1-877-588-1123 (TTY: 711) با آن‌ها تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اعلامیه "پیام مهم Medicare درباره حقوق شما" و در **فصل 2** آمده است.

قبل از ترک بیمارستان و تا قبل از تاریخ ترخیص تعیین‌شده برای شما، با QIO تماس بگیرید.

- **اگر قبل از خروج تماس بگیرید،** می‌توانید پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود بدون پرداخت هزینه در بیمارستان بمانید و منتظر تصمیم QIO در مورد درخواست تجدیدنظر خود باشید.
- **اگر برای تجدیدنظر تماس نگیرید**، و تصمیم بگیرید پس از تاریخ برنامه‌ریزی‌شده ترخیص در بیمارستان بمانید، ممکن است تمام هزینه‌های مراقبت بیمارستانی را که پس از تاریخ برنامه‌ریزی‌شده ترخیص دریافت می‌کنید خودتان پرداخت کنید.
- چون اقامت در بیمارستان تحت پوشش Medicare و Medi-Cal قرار دارد، اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست شما برای افزایش اقامت در بیمارستان رسیدگی نمی‌کند، یا اگر فکر می‌کنید که وضعیت شما اورژانسی است و خطری فوری و جدی نسبت به سلامتی‌تان وجود دارد یا درد شدیدی تحمل می‌کنید، می‌توانید از سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید یا نزد آن شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به **بخش F4** مراجعه کنید.

در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید. اگر سوالی دارید یا در هر زمانی نیاز به کمک دارید:

- با شماره‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید.
- با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

یک بررسی سریع درخواست کنید. سریع اقدام کنید و با QIO تماس بگیرید تا ترخیص از بیمارستان شما سریع بررسی شود.

اصطلاح حقوقی «**بازبینی سریع**» عبارت است از «**بازبینی فوری**» یا «**تسریع بازنگری.**»

در طول بررسی سریع چه اتفاقی می‌افتد؟

- مسئولین بررسی در QIO از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش دهی باید پس از تاریخ ترخیص تعیین شده همچنان ادامه داشته باشد. شما نیازی به نوشتن بیانیه ندارید، اما می‌توانید بنویسید.
- مسئولین بررسی نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می‌کنند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که بیمارستان و طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- تا ظهر روز بعد از اینکه بررسی‌کنندگان نتیجه تجدیدنظر شما را به طرح ما می‌گویند، نامه‌ای دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص تعیین‌شده را به شما می‌دهد. این نامه همچنین دلایلی را ارائه می‌دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می‌کنیم که آن تاریخ ترخیص درست است و از نظر پزشکی برای شما مناسب است.

اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی، **«اطلاعیه تفصیلی ترخیص»** است. شما می‌توانید با خدمات اعضا از طریق شماره‌های درج‌شده در پایین صفحه یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید و یک نمونه دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شمارهٔ 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید در وب‌سایت زیر یک اطلاعیه نمونه را ببینید: www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، QIO پاسخ خود را به درخواست تجدیدنظر شما می‌دهد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- تازمانی‌که ضرورت پزشکی وجود داشته باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- آن‌ها معتقدند تاریخ ترخیص طرح ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بیمارستان بستری شما در ظهر روز بعد از پاسخگویی QIO به درخواست تجدیدنظر شما به پایان می‌رسد.
- ممکن است مجبور شوید تمام هزینه مراقبت‌های بیمارستانی را از ظهر روزی که QIO تصمیم شان را به درخواست تجدیدنظر شما می‌دهند، دریافت می‌کنید، بپردازید.
- اگر QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کند **و** پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده خود همچنان در بیمارستان بمانید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه کنید.

H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO می‌خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بیندازد. با این شماره 1-877-588-1123 (TTY: 711) با آن‌ها تماس بگیرید.

باید درخواست برای این بررسی را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از زمانی انجام دهید که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داده باشد. **فقط** در صورتی می‌توانید این بررسی را درخواست کنید که پس از تاریخ پایان پوشش خدمات درمانی در بیمارستان بمانید.

کارشناسان QIO:

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

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- ما باید سهم خودمان از خدمات بیمارستانی را که از ظهر روز بعد از روزی که QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد، به شما پس دهیم.
- تازمانی‌که ضرورت پزشکی وجود داشته باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- آن‌ها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی‌دهند.
- آن‌ها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و تجدیدنظر سطح 3 درخواست کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- همچنین می‌توانید از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه اقامت در بیمارستان کنید یا شکایت خود را به این اداره ارائه دهید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به **بخش F4** مراجعه کنید.

یک ALJ یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای کسب اطلاعات درباره درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3، 4 و 5، به **بخش J** مراجعه کنید.

I. درخواست ادامه پوشش برخی از خدمات پزشکی

این بخش فقط در مورد سه نوع از خدماتی است که ممکن است دریافت کنید:

- خدمات مراقبت درمانی خانگی
- خدمات درمانی پرستاری حرفه‌ای در مرکز پرستاران باتجربه **و**
- مراقبت توانبخشی به‌عنوان یک بیمار سرپایی در CORF مورد تأیید Medicare. معمولا این بدان معنی است که شما در حال دریافت خدمات درمانی برای یک بیماری یا حادثه هستید یا این‌که شما در حال بهبود از یک عمل جدی و سخت هستید.

با هرکدام از این سه نوع خدمات درمانی، شما از این حق برخوردار هستید تا همچنان خدمات تحت پوشش را تا زمانی که از نظر پزشکتان ضروری باشد، دریافت کنید.

هنگامی که ما تصمیم بگیریم پوشش هرکدام از این موارد را متوقف کنیم، باید **پیش از** پایان خدمات به شما اطلاع دهیم. هرگاه پوشش شما برای خدمات درمانی خاصی تمام شود، ما دیگر هزینه خدمات درمانی شما را پرداخت نمی‌کنیم.

اگر فکر می‌کنید که ما پوشش دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، **می‌توانید درخواست تجدیدنظر تصمیم ما را بدهید**. این بخش نحوه درخواست برای تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

I1. اطلاعیه قبلی، قبل از اتمام پوشش شما

ما یک اخطار کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که حداقل دو روز قبل از این‌که هزینه مراقبت شما را متوقف کنیم، دریافت خواهید کرد. این اطلاعیه، «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» نام دارد. در این اطلاعیه کتبی به شما اطلاع داده می‌شود که چه زمان مراقبت از شما را متوقف می‌کنیم و نحوه تجدیدنظر در مورد این تصمیم.چگونه است.

شما یا نماینده خود باید اعلامیه کتبی را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید. امضا کردن اطلاعیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا به این معنی **نیست** که شما با تصمیم ما موافق هستید.

I2. درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر فکر می‌کنید که ما پوشش دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر تصمیم ما را بدهید. این بخش در مورد فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 1 و کارهایی که باید انجام دهید به شما می‌گوید.

- **مهلت‌ها را رعایت کنید.** مهلت‌ها اهمیت دارند. مهلت‌هایی را که مربوط به کارهایی است که باید انجام دهید به‌خاطر بسپارید و از آن‌ها پیروی کنید. طرح ما نیز باید از این مهلت‌ها پیروی کند. اگر فکر می‌کنید که ما از مهلت‌ها پیروی نمی‌کنیم، می‌توانید شکایتی را ارائه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات، به **بخش K** مراجعه کنید.
- **در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید.** اگر سوالی دارید یا در هر زمانی نیاز به کمک دارید:
  - با شماره‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید.
  - با HICAP به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- **با QIO تماس بگیرید.**
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد QIO و نحوه تماس با آن‌ها به **بخش H2** یا **فصل 2**این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - از آن‌ها بخواهید درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و تصمیم بگیرند که تصمیم طرح ما را تغییر دهند یا خیر.
- **سریع عمل کنید و «درخواست پیگیری سریع درخواست تجدیدنظر» کنید.** از QIO بپرسید که آیا از نظر پزشکی مناسب است که ما به پوشش خدمات پزشکی شما پایان دهیم یا خیر.

مهلت شما برای تماس با این سازمان

- شما باید با QIO تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر خود را تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم الاجرا شدن در اطلاعیه عدم پوشش Medicare که برای شما ارسال کردیم، شروع کنید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست شما برای افزایش اقامت در بیمارستان رسیدگی نمی‌کند، یا اگر فکر می‌کنید که وضعیت شما اورژانسی است و خطری فوری و جدی نسبت به سلامتی‌تان وجود دارد یا درد شدیدی تحمل می‌کنید، می‌توانید از سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید یا نزد آن شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به **بخش F4** مراجعه کنید.

اصطلاح حقوقی برای توضیح کتبی «**اطلاعیه عدم پوشش Medicare» است.** برای دریافت کپی نمونه، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شمارهٔ 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا از نشانی زیر یک نسخه آنلاین دریافت کنید: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

در طول پیگیری سریع درخواست تجدیدنظر چه اتفاقی می‌افتد

- مسئولین بررسی QIO از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش دهی برای خدمات باید ادامه داشته باشد. شما نیازی به نوشتن بیانیه ندارید، اما می‌توانید بنویسید.
- مسئولین بررسی نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می‌کنند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- طرح ما همچنین یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کند که دلایل ما برای پایان دادن به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. شما این اخطار را تا پایان روزی دریافت می‌کنید که بازبین‌ها از درخواست تجدیدنظر شما به ما اطلاع می‌دهند.

اصطلاح حقوقی برای توضیح این اخطار «**توضیح تفصیلی عدم پوشش**» است.

- بازبین‌ها تصمیم خود را در عرض یک روز تمام پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز به شما اطلاع می‌دهند.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- ما خدمات تحت پوشش شما را تازمانی‌که از نظر پزشکی لازم باشند ارائه خواهیم داد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- پوشش شما در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
- ما پرداخت سهم خود از هزینه‌های این مراقبت را در تاریخ مندرج در اعلامیه متوقف می‌کنیم.
- اگر تصمیم به ادامه مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، یا خدمات CORF پس از پایان پوشش خود داشته باشید، هزینه کامل این مراقبت را خودتان می‌پردازید.
- شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید این خدمات را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه دهید.

I3. درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO می‌خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بیندازد. با شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-866-868-2289) با آن‌ها تماس بگیرید.

باید درخواست برای این بررسی را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از زمانی انجام دهید که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داده باشد. **فقط** در صورتی می‌توانید درخواست این بررسی را داشته باشید که همچنان پس از تاریخ پایان پوشش خدمات درمانی، خدمات را دریافت کنید.

کارشناسان QIO:

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

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- ما سهم خود را از هزینه مراقبت از تاریخی که پایان پوشش‌دهی را اعلام کرده‌ایم، به شما پرداخت می‌کنیم.
- ما تازمانی‌که از نظر پزشکی لازم باشد، مراقبت را تحت پوشش قرار می‌دهیم.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- آن‌ها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آن‌ها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و تجدیدنظر سطح 3 درخواست کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.

- می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه پوشش خدمات درمانی خود کنید. لطفاً برای اطلاع از درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به **بخش F4** مراجعه کنید. شما می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC علاوه بر تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید.

یک ALJ یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای کسب اطلاعات درباره درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3، 4 و 5، به **بخش J** مراجعه کنید.

J. ادامه درخواست تجدیدنظر به بالاتر از سطح 2

J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و تجدیدنظر سطح 2 را برای خدمات یا اقلام Medicare ارائه کنید و هر دو مورد رد شود، ممکن است از این حق برخوردار باشید تا سطوح اضافی درخواست تجدیدنظر را دنبال کنید.

اگر ارزش دلاری خدمات یا اقلام Medicare که برای آن درخواست تجدیدنظر کرده‌اید به حداقل مبلغ مشخصی نرسد، نمی‌توانید تجدیدنظر بیشتری کنید. اگر ارزش دلاری به اندازه کافی بالا باشد، می‌توانید روند تجدیدنظر را ادامه دهید. نامه‌ای که از IRO برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست سطح 3 دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

تجدیدنظر سطح 3، یک دادرسی توسط یک ALJ می‌باشد. شخصی که تصمیم می‌گیرد، یک ALJ یا یک وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد، ما حق داریم در مورد تصمیم سطح 3 که برای شما مطلوب است، تجدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم به **تجدیدنظرخواهی** در مورد این تصمیم بگیریم، یک نسخه از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را به همراه هر گونه اسناد همراه برای شما ارسال می‌کنیم. ممکن است قبل از صدور مجوز یا ارائه خدمات مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.
- اگر درباره این تصمیم **تجدیدنظر نکنیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا قاضی وکیل، مجوز یا خود این خدمات را به شما ارائه دهیم.
  - اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر بخواهید این تصمیم را که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.

- اگر این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. در اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید توضیح داده می‌شود برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورای استیناف Medicare (شورا) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر سطح 4 شما پاسخ **مثبت** بدهد یا درخواست ما برای بررسی یک تصمیم تجدیدنظر سطح 3 را که به نفع شماست رد کند، ما حق داریم درخواست تجدیدنظر سطح 5 کنیم.

- اگر بخواهیم درباره تصمیم **تجدیدنظر کنیم**، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم گرفتیم که درمورد این حکم درخواست **تجدیدنظر نکنیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورا به شما مجوز یا خود خدمات را به شما ارائه دهیم.

اگر شورا پاسخ **منفی** بدهد یا درخواست بررسی ما را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر بخواهید این تصمیم را که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **نپذیرید**، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

- قاضی «دادگاه منطقه فدرال» درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و در مورد **مثبت** یا**منفی** بودن پاسخ تصمیم می‌گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از «دادگاه منطقه فدرال» وجود ندارد.

J2. درخواست‌های تجدیدنظر تکمیلی Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما در مورد خدمات یا مواردی باشد که Medi-Cal معمولا پوشش می‌دهد، حقوق تجدیدنظر دیگری نیز دارید. نامه‌ای که از بخش درخواست‌های تجدیدنظر و دادرسی‌ها دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید، چه کاری انجام دهید.

نامه‌ای که از بخش دادرسی‌های ایالتی دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید، چه کاری انجام دهید.

J3. درخواست تجدیدنظر در سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست داروهای Medicare Part D

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. پاسخ کتبی که به درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بخواهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

تجدیدنظر سطح 3، یک دادرسی توسط یک ALJ می‌باشد. شخصی که تصمیم می‌گیرد، یک ALJ یا یک وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجوز یا ارائه پوشش دارویی تأیید شده را بدهیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر بخواهید این تصمیم را که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. در اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید توضیح داده می‌شود برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورا درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجوز یا ارائه پوشش دارویی تأیید شده را بدهیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد یا درخواست بازنگری را رد کند، ممکن است فرآیند تجدیدنظر هنوز به پایان نرسیده باشد.

- اگر تصمیمی که نفی‌کننده تجدیدنظرتان است، **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **نپذیرید**، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

- قاضی «دادگاه منطقه فدرال» درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و در مورد **مثبت** یا**منفی** بودن پاسخ تصمیم می‌گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از «دادگاه منطقه فدرال» وجود ندارد.

K. نحوه ارائه شکایت

K1. شکایات باید در مورد چه نوع مشکلاتی باشد؟

فرایند شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات مورد استفاده قرار می‌گیرد، ازجمله مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، مدت زمان انتظار، هماهنگی مراقبت‌ها، و خدمات مشتری. در این‌جا چند نمونه از انواع مشکلاتی که در روند رسیدگی به شکایتها بررسی می‌شوند عنوان شده است.

شکایت	مثال
کیفیت خدمات مراقبت پزشکی شما	• از کیفیت مراقبت، مانندمراقبت در بیمارستان، ناراضی هستید.
احترام به حریم خصوصی شما	• فکر می‌کنید کسی به حق حریم خصوصی شما احترام نگذاشته یا اطلاعات محرمانه شما را به اشتراک گذاشته است.
بی‌احترامی، خدمات ضعیف به مشتری یا سایر رفتارهای منفی	• ارائه‌دهنده یا پرسنل مراقبت درمانی با شما بی‌ادبانه یا غیرمحترمانه رفتار کردند. • برخورد کارکنان ما با شما بد بود. • فکر می‌کنید از طرح ما کنار گذاشته می‌شوید.

شکایت	مثال
دسترسی و کمک زبانی	• نمی‌توانید به خدمات و امکانات بهداشتی در مطب پزشک یا ارائه‌دهنده دسترسی فیزیکی داشته باشید. • پزشک یا ارائه‌دهنده شما برای زبان غیرانگلیسی که صحبت می‌کنید (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) مترجم فراهم نمی‌کند. • ارائه‌دهنده شما تسهیلات معقول دیگری که نیاز دارید و درخواست کرده‌اید، ارائه نمی‌دهد.
زمان‌های انتظار	• اگر برای تنظیم قرار ملاقات مشکل داشته‌اید یا مدت زمان زیادی در انتظار بوده‌اید. • پزشکان، داروسازان، یا سایر متخصصان بهداشت، خدمات اعضا، یا سایر کارکنان طرح، شما را برای مدت طولانی منتظر می‌گذارند.
بهداشت و تمیزی	• فکر می‌کنید که درمانگاه، بیمارستان یامطب پزشک تمیز نیست.
اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید	• فکر می‌کنید که در ارائه اطلاعیه یا نامه‌ای که باید دریافت می‌کردید قصور کرده‌ایم. • اگر فکر می‌کنید که اطلاعات کتبی که برایتان ارسال کرده‌ایم به سختی قابل فهم بوده‌اند.
وقت شناس بودن مربوط به تصمیمات پوشش یا تجدیدنظر	• اگر فکر می‌کنید که در تصمیم‌گیری درباره پوشش یا پاسخگویی به درخواست تجدیدنظر شما به مهلت‌های زمانی مقرر پایبند نبوده‌ایم. • اگر فکر می‌کنید که پس از دریافت نتیجه مربوط به پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر، از مهلت‌های تأیید یا ارائه خدمات یا برگرداندن هزینه برخی خدمات پزشکی به شما پیروی نمی‌کنیم. • معتقدید ما پرونده شما را به موقع به IRO نفرستادیم.

انواع مختلفی از شکایات وجود دارد. شما شکایتی داخلی و یا شکایتی خارجی تسلیم کنید. شکایت داخلی شکایتی است که به طرح ما تسلیم می‌شود و به دست طرح ما بررسی می‌شود. یک شکایت خارجی توسط سازمانی که به طرح ما ارتباطی ندارد ایجاد و بررسی می‌شود. اگر برای ارائه شکایت داخلی یا خارجی نیاز به کمک دارید، می‌توانید با مرکز خدمات اعضا با شماره تلفن‌هایی که در پایین این صفحه ذکر شده است تماس بگیرید.

> اصطلاح حقوقی برای «شکایت»، «**شکایت‌نامه**» است.
>
> اصطلاح حقوقی برای «ارسال شکایت»، «**ثبت شکایت‌نامه**» است.

K2. شکایات داخلی

برای یک شکایت داخلی می‌توانید با خدمات اعضا به شماره تلفن 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. می‌توانید شکایت را در هر زمانی تسلیم کنید، مگر این‌که درباره داروی Medicare Part D باشد. اگر شکایت مربوط به داروی Medicare Part D است، باید **ظرف 60 روز تقویمی** پس از وقوع مشکلی که می‌خواهید در مورد آن شکایت کنید ارائه شود.

- اگر لازم باشد کار دیگری انجام دهید، مرکز خدمات اعضا به شما خواهد گفت.
- می‌توانید شکایت خود را به‌صورت کتبی برای ما ارسال دارید. اگر شکایت خود را به‌صورت کتبی بفرستید، ما به شکایت شما به‌صورت کتبی پاسخ خواهیم داد.
- اگر یک پاسخ کتبی بخواهید، به‌صورت کتبی پاسخ خواهیم داد. اگر یک شکایت کتبی (شکایت‌نامه) ثبت کنید، یا اگر شکایت شما به کیفیت مراقبت مربوط باشد، ما به‌صورت کتبی پاسخ خواهیم داد.
- ما نامه‌ای ظرف پنج روز تقویمی از زمان دریافت شکایت شما مبنی بر اعلام وصول، ارسال خواهیم کرد.

ما باید تصمیم خود را در مورد شکایت شما هرچه زودتر و براساس وضعیت سلامتی شما ولی در کمتر از 30 روز از تاریخ دریافت شکایت، به شما اطلاع دهیم. شما در موارد خاص حق دارید برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید. این موضوع رویه «شکایت سریع» خوانده می‌شود. اگر با تصمیم ما در موقعیت‌های زیر موافق نیستید، حق دارید برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید:

- ما درخواست شما را برای بررسی سریع درخواست برای مراقبت پزشکی یا داروهای Medicare Part D قبول نکنیم.
- ما درخواست شما را برای بررسی سریع تجدیدنظر خدمات یا داروهای Medicare Part D تأیید نشده قبول نکنیم.
- ما تصمیم بگیریم که برای بررسی درخواست شما برای مراقبت پزشکی به زمان بیشتری نیاز است.

- ما تصمیم بگیریم که برای بررسی تجدیدنظر شما در مورد عدم ارائه مراقبت پزشکی به زمان بیشتری نیاز است.
- شکایات مربوط به Medicare Part D باید ظرف 60 روز تقویمی بعد از مشکلی که در مورد آن نارضایتی دارید ارائه شوند. همه انواع دیگر شکایات باید پس از وقوع سانحه یا اقدامی که موجب نارضایتی شما شده است به ما یا ارائه‌دهنده تسلیم شود.
- اگر بدین دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای «تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن» یا «تجدیدنظر سریع» قبول نکردیم، ما به طور خودکار یک پاسخ «شکایت سریع» به شکایت شما را در ظرف 24 ساعت خواهیم داد.

اصطلاح حقوقی برای «شکایت سریع»، به معنای «**تسریع شکایت‌نامه**» است.

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. اگر وضعیت سلامتی شما پاسخ سریع را ایجاب می‌کند، ما همین کار را خواهیم کرد.

- ما به بیشتر شکایات ظرف 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر تصمیم خود را در مدت 30 روز تقویمی نگرفتیم، به این دلیل است که به اطلاعات بیشتری نیاز داریم و مراتب را به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. همچنین یک به‌روزرسانی از وضعیت و زمان تخمین‌زده شده برای ارائه پاسخ را به شما اعلام می‌کنیم.
- اگر به دلیل رد درخواست شما برای "تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن" یا "درخواست تجدیدنظر سریع" شکایتی ارائه می‌کنید، ما به صورت خودکار یک "شکایت سریع" برای شما آماده کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.
- اگر به این دلیل شکایت می‌کنید که زمان زیادی را صرف تصمیم‌گیری یا تجدیدنظر درباره پوشش‌دهی می‌کنیم، ما به‌صورت خودکار یک "شکایت سریع" برای شما آماده کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.

اگر با بعضی از قسمت‌ها یا کل شکایت شما موافق نباشیم، به شما اطلاع می‌دهیم و دلایلمان را در اختیار شما قرار می‌دهیم. پاسخ می‌دهیم که آیا با شکایت شما موافق هستیم یا خیر.

K3. شکایات خارجی

Medicare

می‌توانید شکایت خود را به Medicare بگویید یا آن را به Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در این نشانی در دسترس است: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. لازم نیست پیش از ثبت شکایت در Medicare، شکایت خود را نزد Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) مطرح کنید.

Medicare شکایات شما را جدی تلقی می‌کند و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده می‌کند.

اگر بازخورد یا نگرانی‌های دیگری دارید یا اگر احساس می‌کنید که طرح سلامت به مشکل شما توجه نمی‌کند، می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. تماس رایگان است.

Medi-Cal

می‌توانید از طریق تماس با شماره 1-888-452-8609، شکایتی را نزد دفتر رسیدگی Medi-Cal مراقبت‌های مدیریت‌شده، اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی California (DHCS) ثبت کنید. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. تماس دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 5 عصر

می‌توانید نزد سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California (DMHC) شکایت کنید. DMHC برای کنترل طرح‌های درمانی مسئول است. شما می‌توانید برای دریافت کمک در مورد شکایات مربوط به خِدمات Medi-Cal، با مرکز پشتیبانی DMHC تماس بگیرید. برای موارد غیر فوری، اگر با تصمیم درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود مخالف هستید یا اگر طرح پس از 30 روز تقویمی شکایت شما را حل نکرده باشد، می‌توانید به DMHC شکایت کنید. با این حال، اگر در مورد شکایتی که مربوط به وضعیت اورژانسی یا خطر فوری و جدی برای سلامت‌تان است، به کمک نیاز دارید یا اگر درد شدیدی را تحمل می‌کنید یا چنانچه از تصمیم طرح ما در مورد شکایت خود ناراضی هستید، یا اگر طرح ما به شکایت شما بعد از 30 روز تقویمی رسیدگی نکرده است، می‌توانید بدون ثبت کردن یک درخواست تجدیدنظر سطح 1 با DMHC تماس بگیرید.

در این‌جا دو روش برای دریافت کمک از مرکز پشتیبانی ذکر می‌شود:

- با شماره **1-888- 466-2219** تماس بگیرید. اشخاص ناشنوا، و مبتلا به اختلالات شنوایی و گفتاری می‌توانند از خط TTY به شماره **1-877-688-9891** استفاده کنند. تماس رایگان است.
- به وب‌سایت سازمان خدمات درمانی مدیریت‌شده (**www.dmhc.ca.gov**) مراجعه کنید.

دفتر حقوق مدنی (OCR)

اگر فکر می‌کنید با عدالت با شما رفتار نشده است، می‌توانید در مورد حقوق شهروندی به OCR «وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده» (HHS) شکایت کنید. برای مثال، شما می‌توانید در مورد دسترس‌پذیری معلولیت یا مساعدت زبانی شکایت کنید. شماره OCR 1-800-368-1019 است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید به سایت www.hhs.gov/ocr بروید.

دفتر محلی OCR را همچنین می‌توانید در این‌جا پیدا کنید:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
تلفن: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
فکس: 1-202-619-3818

همچنین ممکن است طبق قانون معلولین آمریکا (ADA) و قانون حقوق مدنی Unruh نیز از حقوقی برخوردار باشید. می‌توانید برای دریافت کمک با دفتر Medi-Cal مراقبت‌های مدیریت‌شده و سلامت روان بخش رسیدگی تماس بگیرید. می توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر به وقت شرق اقیانوس آرام (PST)، غیر از روزهای تعطیل، با شماره 1-888-452-8609 (TTY: 711) تماس بگیرید.

QIO

هنگامی که شکایتتان درباره کیفیت خدمات درمانی است نیز دو انتخاب پیش رو دارید:

- شما می‌توانید شکایت خود را در مورد کیفیت مراقبت مستقیما به QIO ارائه دهید.
- شما می‌توانید شکایت خود را با QIO و طرح ما مطرح کنید. اگر شکایت را به QIO تسلیم کنید، ما با آن‌ها همکاری خواهیم کرد تا به شکایت شما رسیدگی شود.

QIO شامل گروهی از پزشکان شاغل و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌شود که تحت استخدام دولت فدرال هستند تا مراقبت ارائه‌شده به بیماران Medicare را کنترل کرده و بهبود دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO، به **بخش H2** یا به **فصل 2، بخش F** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در California، QIO با عنوان «سلامت را آغاز کنید» شناخته می‌شود. شماره تلفن «سلامت را آغاز کنید» عبارت است از 1-877-588-1123 (TTY: 711)

فصل 10: پایان دادن به عضویتتان در طرح ما

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید پس از ترک طرح ما، عضویت خود را با طرح ما و گزینه‌های پوشش سلامت خود پایان دهید. اگر طرح سلامت ما را ترک کنید، تازمانی‌که واجدشرایط باشید همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *دفترچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. چه زمانی می‌توانید به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید 273
B. چطور به عضویتتان در طرح ما پایان دهید 275
C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه 275
C1. خدمات Medicare شما 275
C2. خدمات Medi-Cal شما 279
D. لوازم، خدمات پزشکی و داروهای، شما تا پایان عضویتتان در طرح ما 280
E. سایر شرایطی که در آن عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد 280
F. مقررات علیه درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مربوط به سلامت 282
G. درصورتی‌که به عضویت شما در طرحمان خاتمه دهیم، می‌توانید از ما شکایت کنید 282
H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد پایان دادن به عضویتتان در طرح 282

A. چه زمانی می‌توانید به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال عضویت خود را پایان دهند. چون Medi-Cal دارید، دارای چند انتخاب هستید که عضویتتان را در طرح ماه در هر ماهی از سال پایان دهید.

علاوه بر این، می‌توانید عضویت خود را در طرح ما در دوره‌های زمانی زیر در هر سال خاتمه دهید:

- **دوره ثبت‌نام آزاد** که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در 31 دسامبر به پایان می‌رسد و عضویت شما در طرح جدید از 1 ژانویه آغاز می‌شود.
- **دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage (MA)** که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد، و همچنین برای ذی‌نفعان جدید Medicare که در یک طرح ثبت‌نام شده‌اند، از ماه استحقاق دریافت مزایای قسمت A و قسمت B تا آخرین روز 3امین ماه استحقاق. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد شروع می‌شود.

ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجدشرایط تغییر در ثبت‌نام خود باشید. برای مثال، اگر:

- اگر از منطقه خدماتی ما خارج شوید،
- واجدشرایط بودن شما برای Medi-Cal یا «کمک اضافی» تغییر کرد، **یا**
- اگر اخیرا به یک مرکز پرستاری یا بیمارستان مراقبت‌های طولانی‌مدت نقل‌مکان کرده‌اید، درحال‌حاضر تحت مراقبت هستید، یا به تازگی مرخص شده‌اید.

عضویت شما در آخرین روز از ماهی که ما درخواست شما برای تغییر طرحتان را دریافت کردیم، پایان می‌یابد. به عنوان مثال، اگر ما درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش دهی شما در طرح ما در پایان 31 ژانویه تمام می‌شود. پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد (1 فوریه در این مثال).

اگر از طرح ما خارج شوید، می‌توانید اطلاعاتی درباره مسائل زیر دریافت کنید:

- گزینه‌های Medicare در جدول **بخش C1** موجود است.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در **بخش C2**موجود است.

از طریق تماس با شماره‌های زیر، می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد نحوه خاتمه دادن به عضویت خود دریافت کنید:

- با خدمات اعضا به شماره‌های پایین این صفحه تماس بگیرید. شماره برای کاربران TTY نیز موجود است.
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) ایالت California، به شماره 1-800-434-0222، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر TTY:711. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقهٔ خود، لطفاً به وب‌سایت www.aging.ca.gov/HICAP مراجعه کنید. روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 6 عصر با بخش «گزینه‌های مراقبت از سلامت» به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- دفتر رسیدگی Medi-Cal Managed Care به شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر یا ایمیل MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov دردسترس است.

توجه: اگر در یک برنامه مدیریت دارو (DMP) هستید، نمی‌توانید طرح را تغییر دهید. برای کسب اطلاعات درباره برنامه‌های مدیریت دارو، به **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. چطور به عضویتتان در طرح ما پایان دهید

اگر تصمیم بگیرید به عضویت‌تان پایان دهید، می‌توانید در یک طرح دیگر Medicare نام‌نویسی کنید یا به طرح Original Medicare منتقل شوید. بااین‌حال، اگر می‌خواهید از برنامه ما به Original Medicare تغییر کنید اما هنوز یک طرح دارویی Medicare جداگانه انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست لغو ثبت‌نام از طرح ما را بدهید. دو روش برای درخواست لغو عضویت وجود دارد:

- می‌توانید یک درخواست کتبی به ما ارائه کنید. اگر درباره چگونگی انجام این کار به اطلاعات بیشتر نیاز دارید، با خدمات اعضاء به شماره موجود در زیر این صفحه تماس بگیرید.
- از طریق این شماره تلفن با Medicare تماس بگیرید: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY (افرادی که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. وقتی با 1-800-MEDICARE تماس بگیرید، می‌توانید در یک طرح دارو یا بهداشتی دیگر Medicare ثبت‌نام کنید. اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات Medicare پس از خروج از طرح ما در جدول در بخش C1 ارائه شده است.
- روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 6 عصر با بخش «گزینه‌های مراقبت از سلامت» به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- **بخش C** در زیر شامل مراحلی است که می‌توانید برای ثبت‌نام در طرح دیگری انجام دهید؛ این کار همچنین به عضویت شما در طرح ما پایان خواهد داد.

C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.

C1. خدمات Medicare شما

شما چهار گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود در هر ماهی از سال به شرح زیر دارید. در زمان‌های خاصی از سال، ازجمله **دوره ثبت‌نام آزاد** و **دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** یا سایر موقعیت‌های عنوان‌شده در **بخش A** گزینه اضافی زیر در دسترس شماست. با انتخاب یکی از این گزینه‌هاعضویت شما در طرح ما به‌طور خودکار پایان می‌یابد.

1. می‌توانید به طرح زیر تغییر دهید: **طرح Medicare Medi-Cal (طرح Medi-Medi) نوعی طرح Medicare Advantage است. این برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح با هم ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات هر دو طرح، ازجمله همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal یا برنامه مراقبت جامع ویژه سالمندان (PACE) را هماهنگ می‌کند، اگر واجدشرایط باشید.** **نکته:** اصطلاح طرح Medi-Medi نامی برای طرح‌های یکپارچه نیازهای ویژه دارای صلاحیت دوگانه (D-SNP) در California است.	**این کار را بکنید:** از طریق این شماره تلفن با Medicare تماس بگیرید: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای سوالات مربوط به برنامه جامع مراقبت از سالمندان (PACE) با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • برای ارتباط با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) ایالت California، از روز دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با شمارهٔ 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقهٔ خود، لطفاً به این وب‌سایت مراجعه کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/. **یا** ثبت‌نام در طرح Medi-Medi جدید وقتی پوشش طرح جدید شما شروع شود، عضویت شما به‌طور خودکار در طرح Medicare ما لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما تغییر می‌کند تا با طرح Medi-Medi شما مطابقت پیدا کند.

2. می‌توانید به طرح زیر تغییر دهید: **Original Medicare با طرح داروی Medicare جداگانه و طرح Medi-Cal.**	**این کار را بکنید:** از طریق این شماره تلفن با Medicare تماس بگیرید: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • برای ارتباط با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) ایالت California، از روز دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با شمارهٔ 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقهٔ خود، لطفاً به این وب‌سایت مراجعه کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/. **یا** در طرح جدید دارویی Medicare ثبت‌نام کنید. هنگامی که پوشش Original Medicare شما آغاز شود، به‌طور خودکار از طرح ما لغو ثبت‌نام خواهید شد. شما در طرح Medi-Cal خود ثبت‌نام باقی خواهید ماند، مگر این‌که طرح دیگری را انتخاب کنید.

3. می‌توانید به طرح زیر تغییر دهید:

Original Medicare بدون یک طرح دارویی جداگانه Medicare، در صورتی که دلیل معتبر برای لغو ثبت‌نام داشته باشید

توجه: اگر به طرح Original Medicare جابجا شوید و در یک طرح داروی تجویزی Medicare جداگانه ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در طرح دارو ثبت‌نام کند مگر این‌که به Medicare اطلاع دهید نمی‌خواهید به این طرح جداگانه ملحق شوید.

تنها در صورتی باید پوشش دارویی را لغو کنیدکه پوشش دارویی از منبع دیگری مانند کارفرما یا اتحادیه داشته باشید. اگر دربارهٔ نیاز یا عدم نیاز خود به پوشش بیمه دارویی سؤالی دارید، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) ایالت California به شمارهٔ 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقهٔ خود، لطفاً به سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.

این کار را بکنید:

از طریق این شماره تلفن با Medicare تماس بگیرید: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:

- برای ارتباط با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) ایالت California، از روز دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با شمارهٔ 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقهٔ خود، لطفاً به این وب‌سایت مراجعه کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/.

هنگامی که پوشش Original Medicare شما آغاز شود، به‌طور خودکار از طرح ما لغو ثبت‌نام خواهید شد.

شما در طرح Medi-Cal خود ثبت‌نام باقی خواهید ماند، مگر این‌که طرح دیگری را انتخاب کنید.

4. می‌توانید به طرح زیر تغییر دهید: **هر طرح سلامت Medicare** طی زمان‌های خاصی از سال ازجمله **دوره ثبت نام سالانه** و **دوره ثبت نام آزاد Medicare Advantage** یا موقعیت‌های دیگر توضیح داده شده در **بخش A**.	**این کار را بکنید:** از طریق این شماره تلفن با Medicare تماس بگیرید: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای سوالات مربوط به برنامه جامع مراقبت از سالمندان (PACE) با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • برای ارتباط با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) ایالت California، از روز دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با شمارهٔ 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقهٔ خود، لطفاً به این وب‌سایت مراجعه کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/. **یا** در یک طرح جدید Medicare ثبت‌نام کنید. وقتی پوشش طرح جدید شما شروع شود، عضویت شما به‌طور خودکار در طرح Medicare ما لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای پرسیدن سؤالات در مورد نحوه دریافت خدمات Medi-Cal خود پس از خروج از طرح ما، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 عصر با شماره 1-844-580-7272 با بخش «گزینه‌های مراقبت از سلامت» تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. یا به وب‌سایت www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en مراجعه کنید. درباره این‌که پیوستن به طرح دیگری یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر می‌گذارد، سؤال کنید.

D. لوازم، خدمات پزشکی و داروهای، شما تا پایان عضویتتان در طرح ما

اگر از طرح ما خارج شوید، مدتی طول می‌کشد تا این‌که عضویتتان تمام شود و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شما شروع شود. در طول این مدت، داروها و مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید تازمانی‌که طرح جدید شما شروع شود.

- برای دریافت مراقبت پزشکی، از ارائه‌دهندگان شبکه ما استفاده کنید.
- از داروخانه‌های شبکه ما ازجمله از طریق خدمات داروخانه سفارش پستی ما برای دریافت نسخه‌های خود استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به پایان می‌رسد در بیمارستان بستری شوید، طرح ما بستری شدن شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می‌دهد. این موضوع حتی وقتی پوشش بیمه جدید شما قبل از ترخیص شروع می‌شود نیز صادق خواهد بود.

E. سایر شرایطی که در آن عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد

مواردی که باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم:

- اگر وقفه‌ای در پوشش Medicare Part A و Medicare Part B شما وجود دارد.
- اگر دیگر واجدشرایط Medi-Cal نیستید. طرح ما برای افرادی است که هم واجدشرایط Medicare و هم Medi-Cal هستند. توجه: اگر دیگر واجدشرایط Medi-Cal نیستید می‌توانید موقتا با مزایای Medicare در طرح ما ادامه دهید. لطفاً اطلاعات زیر درمورد دوره‌های مجاز را ببینید. اگر دیگر شرایط ویژه لازم برای واجد شرایط بودن در طرح ما را نداشته باشید، عضویت شما در این طرح پس از 3 ماه پایان خواهد یافت (این مدت، دوره ادامه عضویت فرضی در طرح 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.
- اگر از منطقه خدماتی ما خارج شوید.
- اگر از منطقه خدماتی ما برای بیش از شش ماه دور هستید.
  - اگر جابه‌جا می‌شوید یا یک سفر طولانی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید تا بدانید که آیا جایی که به آن نقل‌مکان یا سفر می‌کنید در منطقه خدماتی طرح ما هست یا خیر.
- اگر برای جرم جنایی به بازداشتگاه یا زندان بروید.
- اگر درباره سایر بیمه‌هایی که برای دارو دارید دروغ بگویید یا اطلاعاتی را پنهان کنید.

- اگر شهروند یا تبعه ایالات متحده یا غیرشهروند واجد شرایط نیستید.
  - شما باید شهروند ایالات متحده باشید یا به‌صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید تا بتوانید عضوی از طرح سلامت ما بشوید.
  - مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) در صورت عدم صلاحیت شما برای باقی ماندن در طرح به‌عنوان عضو، به ما اطلاع خواهند داد.
  - اگر این شرایط را نداشته باشید مجبوریم عضویت شما را لغو کنیم.

اگر واجد شرایط بودن خود برای Medi-Cal را از دست بدهید، اما انتظار بر این باشد که ظرف 3 ماه دوباره واجد شرایط شوید، ما همچنان تمام مزایای Medicare تحت پوشش Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) را به شما ارائه خواهیم کرد. وقتی پوشش Medi-Cal شما به پایان می رسد، ما هزینه مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نمی کنیم. ما سهم هزینه‌های Medicare را که Medi-Cal در صورت ادامه داشتن صلاحیت شما پرداخت می‌کرد، تقبل خواهیم کرد. برای اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا از طریق شماره تلفنی که در پایین صفحه درج شده است تماس بگیرید.

ما به شما کمک خواهیم کرد تا دوباره واجد شرایط دریافت Medi-Cal شوید. اگر در زمانی که همچنان برای پوشش Medicare خود در طرح ما ثبت‌نام هستید، صلاحیت Medi-Cal شما دوباره برقرار شود، پرداخت مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و عضویت شما در طرح ما نیز ادامه خواهد داشت. اگر نتوانید در طول دوره 3 ماهه دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید، ثبت‌نام شما در طرح Medi-Cal لغو خواهد شد. اگر پس از لغو ثبت‌نام دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید، برای ثبت‌نام مجدد در طرح باید با ما تماس بگیرید.

ما تنها زمانی می‌توانیم به دلایل زیر شما را مجبور کنیم که طرح درمانی ما را ترک کنید که ابتدا اجازه Medicare و Medi-Cal را داشته باشیم.

- اگر عمدا به ما اطلاعات اشتباه را در هنگام ثبت‌نام در طرح سلامت ما بدهید و آن اطلاعات بر روی واجدشرایط بودن شما برای طرح سلامت ما تأثیر داشته باشد.
- اگر مرتب به روشی عمل کنید که متخل باشد و ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای طرح سلامت ما را با مشکلاتی مواجه کند.
- اگر به شخص دیگری اجازه بدهید که برای دریافت مراقبت پزشکی از کارت شناسایی (ID) عضویت شما استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را خاتمه دهیم، Medicare ممکن است از بازرس کل بخواهد که پرونده شما را بررسی کند.)

F. مقررات علیه درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مربوط به سلامت

ما نمی‌توانیم به هیچ دلیلی مرتبط با سلامتی شما از شما بخواهیم که طرح ما را ترک کنید. اگر احساس می‌کنید به دلیلی که مربوط به سلامت می‌شود از شما خواسته شده که طرح ما را ترک کنید، با **Medicare** به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید کاربران TTY باید با شمارهٔ 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

G. درصورتی‌که به عضویت شما در طرحمان خاتمه دهیم، می‌توانید از ما 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. همچنین می‌توانید به **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید تا اطلاعات بیشتری درباره نحوه ارائه شکایت کسب کنید.

H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد پایان دادن به عضویتتان در طرح

اگر سوالی دارید یا مایلید اطلاعات بیشتری درباره پایان دادن به عضویت‌تان دریافت کنید، می‌توانید با خدمات اعضا با شماره پایین این صفحه تماس بگیرید.

فصل 11: اعلامیه‌های حقوقی

مقدمه

این فصل شامل اعلامیه‌های حقوقی‌ای است که به عضویت شما در طرح ما مربوط می‌شود. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *دفترچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعیه درمورد قوانین 284
B. اطلاعیه فدرال درباره عدم تبعیض 284
C. اطلاعیه عدم تبعیض مربوط به Medi-Cal 284
D. اطلاعیه درباره Medicare به‌عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به‌عنوان آخرین پرداخت‌کننده 285
E. اطلاعیه درباره بازیابی اموال غیرمنقول از سوی Medi-Cal 286
F. بازپرداخت مزایای پرداختی از طریق طرح ما تحت طرح Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) شما 286
G. کارت عضویت 289
H. پیمانکاران مستقل 289
I. تقلب در طرح مراقبت درمانی 289
J. شرایط خارج از کنترل Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 290

A. اطلاعیه درمورد قوانین

قوانین بسیاری به این *دفترچه راهنمای اعضا* مربوط می‌شوند. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارند، حتی اگر در این *دفترچه راهنمای اعضا* ذکر یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی‌ای که اعمال می‌شوند قوانین فدرال و ایالتی مربوط به برنامه‌های Medicare و Medi-Cal هستند. قوانین فدرال و ایالتی دیگر نیز ممکن است اعمال شوند.

B. اطلاعیه فدرال درباره عدم تبعیض

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 اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا چنانچه در مورد تبعیض یا رفتار غیرعادلانه نگرانی‌هایی دارید:

- با «وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی» به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین، برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید به وب‌سایت www.hhs.gov/ocr مراجعه کنید.

C. اطلاعیه عدم تبعیض مربوط به Medi-Cal

ما براساس نژاد، قومیت، کشور زادگاه، رنگ پوست، دین، جنسیت، سن، گرایش جنسی، ناتوانی جسمی یا ذهنی، وضعیت سلامت، تجربه مربوط به مطالبات، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، مدرک مربوط به قابلیت بیمه شدن، یا موقعیت جغرافیایی در داخل منطقه خدماتی، نسبت به شما تبعیض قائل نمی‌شویم یا متفاوت رفتار نمی‌کنیم. به‌علاوه، ما به‌دلیل نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل یا وضعیت سلامت، افراد را به‌طور غیرقانونی مورد تبعیض قرار نمی‌دهیم، طرد نمی‌کنیم یا با آن‌ها رفتار متفاوتی نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا چنانچه در مورد تبعیض یا رفتار غیرعادلانه نگرانی‌هایی دارید:

- با اداره خدمات مراقبت‌های سلامت، «دفتر حقوق مدنی» با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرند. اگر فکر می‌کنید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایت‌نامه در مورد تبعیض مطرح کنید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. 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. شما همچنین می‌توانید از این طریق با ما مکاتبه داشته باشید:

  MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations
  P.O. Box 10198
  Van Nuys, CA 91410-0198
  go.wellcare.com/HealthNetCA

اگر شکایت‌نامه شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید از طریق تلفن، کتبی یا الکترونیکی شکایت خود را نزد اداره خدمات مراقبت‌های سلامت، دفتر حقوق مدنی مطرح کنید:

- از طریق تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی تکلم کنید یا بشنوید، لطفاً با شماره 711 (خدمات رله ارتباطات از راه دور) تماس بگیرید.
- به‌صورت کتبی: فرم شکایت‌نامه را پر کنید یا نامه‌ای به این آدرس ارسال کنید:

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

  فرم‌های شکایت در این آدرس در دسترس هستند:
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- به‌صورت الکترونیکی: به این آدرس ایمیل بفرستید CivilRights@dhcs.ca.gov.

اگر معلولیتی دارید یا برای دسترسی به خدمات درمانی یا ارائه‌دهنده به کمک نیاز دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر شکایتی درباره مسائلی مانند مشکل دسترسی به صندلی چرخدار دارید، خدمات اعضا می‌تواند کمک کند.

D. اطلاعیه درباره Medicare به‌عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به‌عنوان آخرین پرداخت‌کننده

گاهی اوقات شخص دیگری باید اول هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌دهیم پرداخت کند. به‌عنوان‌مثال، اگر شما در یک حادثه رانندگی بوده اید یا اگر در محل کار دچار جراحت شده اید، شرکت بیمه یا سازمان جبران خسارت کارگری باید ابتدا سهم خود را پرداخت کند.

ما حق و مسئولیت داریم که برای خدمات تحت پوشش Medicare که برای آن‌ها Medicare پرداخت کننده اول نیست جمع آوری کنیم.

ما از قوانین ایالتی و فدرال و قوانین مرتبط با تعهدات حقوقی اشخاص ثالث برای خدمات درمانی به اعضا، تبعیت می‌کنیم. ما تمام روش‌های منطقی را به کار می‌گیریم تا اطمینان حاصل کنیم که طرح Medi-Cal آخرین پرداخت کننده سهم بیمه باشد.

اعضای Medi-Cal باید ابتدا از تمام پوشش‌های بهداشتی دیگر (OHC) استفاده کنند، زمانی که همان خدمت تحت پوشش بهداشتی شما در دسترس است، زیرا Medi-Cal به‌عنوان پرداخت‌کننده نهایی عمل می‌کند. این به این معناست که در اکثر موارد، Medi-Cal پرداخت‌کننده ثانویه نسبت به پوشش بهداشتی Medicare OHC خواهد بود و هزینه‌های مجاز پرداخت‌نشده توسط طرح ما یا سایر OHC را تا سقف نرخ Medi-Cal پوشش می‌دهد.

E. اطلاعیه درباره بازیابی اموال غیرمنقول از سوی Medi-Cal

برنامه Medi-Cal باید بازپرداخت مزایای Medi-Cal را از برخی اعضای فوت شده که مزایا را در سالروز 55 سالگی تولدشان یا پس از آن دریافت کرده‌اند، از طریق اموال غیرمنقول که بر اساس وصیت‌نامه تایید شده‌اند وصول کند. بازپرداخت، شامل هزینه در قبال خدمات و حق‌بیمه‌های مراقبت مدیریت شده/ پرداخت‌های سرانه برای خدمات مرکز پرستاری، خدمات خانگی و محلی، و خدمات بیمارستانی و نسخه‌های مربوطه که در زمان بستری شدن عضو در یک مرکز مراقبت دریافت کرده و یا خدمات خانگی یا محلی دریافت می‌کرد، است. بازپرداخت نمی‌تواند از ارزش املاک تحت وصیت‌نامه عضو فراتر رود.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به وب‌سایت بازپس‌گیری املاک اداره خدمات مراقبت‌های سلامت به آدرس www.dhcs.ca.gov/er مراجعه کنید یا با شماره 0590-650-916 تماس بگیرید.

F. بازپرداخت مزایای پرداختی از طریق طرح ما تحت طرح شما Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

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 فروشگاهی 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 کمک‌هزینه 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:

- اگر نام و نشانی طرف مسئول و/یا وکیل او را می‌دانید، درصورت مرتبط بودن، همچنین اگر از وکیل استفاده می‌کنید نام و نشانی وکیل خودتان، نام و نشانی هرکدام از شرکت‌های بیمه حاضر در این مسئله، و توصیفی از جراحت، بیماری، یا شرایط خاص ایجادشده را در اختیار طرح ما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی قرار دهید.
- تکمیل هرگونه کار اداری که طرح ما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی ممکن است 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.

G. کارت عضویت

کارت عضویت صادرشده از طرف طرح ما تحت این *دفترچه راهنمای اعضا* فقط برای شناسایی عضو است. داشتن کارت عضویت هیچ حقی را در مورد هیچ کدام از خدمات یا مزایا براساس این *دفترچه راهنمای اعضا*به کسی نمی‌دهد. برای اینکه واجد شرایط استفاده از خدمات یا مزایای تحت این *دفترچه راهنمای اعضا* باشید، دارنده این کارت باید واجد شرایط دریافت پوشش باشد و به عنوان عضو براساس این *دفترچه راهنمای اعضا* ثبت‌نام کرده باشد. هر فردی که خدمات را دریافت کند درصورتی که در آن زمان واجدشرایط نباشد براساس این *دفترچه راهنمای اعضا* مسئول پرداخت هزینه چنین خدماتی خواهد بود. عضو این طرح باید کارت عضویت طرح را هنگام دریافت خدمات ارائه کند نه کارت Medicare. در صورت نیاز به تعویض کارت عضویتتان با خدمات اعضا با شماره هایی که در پایین صفحه ارائه شده است 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.

H. پیمانکاران مستقل

I. تقلب در طرح مراقبت درمانی

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 کرده‌اید یا نسبت به آن مشکوک شده‌اید، از طریق خط ویژه کلاهبرداری به شماره 1-800-977-3565 (TTY: 711) با طرح ما تماس بگیرید. خط ویژه کلاهبرداری در تمام 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته فعال است. تمام تماس‌ها کاملا محرمانه هستند.

J. شرایط خارج از کنترل Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

ازآن‌جایی‌که بلایای طبیعی، جنگ، شورش، قیام داخلی، اپیدمی، تخریب کامل یا جزئی تأسیسات، انفجار اتمی یا انتشار انرژی هسته‌ای دیگر، ناتوانی پرسنل مهم گروه پزشکی وضعیت اضطراری، یا سایر رویدادهای مشابه در محدوده کنترل طرح ما نیست، منجر به عدم دسترسی به امکانات یاپرسنل Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) برای ارائه یا ترتیب دادن خدمات یا مزایای ذکرشده در این *دفترچه راهنمای اعضا*، می‌شود، تعهد Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به ارائه چنین خدمات یا مزایایی محدود به این الزام است که Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) با حسن نیت برای ارائه یا ترتیب ارائه چنین خدمات یا مزایایی در شرایط فعلی امکانات یا پرسنل خود تلاش می‌کند.

فصل 12: تعریف واژه‌های مهم

مقدمه

این فصل شامل عبارات کلیدی و مفاهیم آن‌ها است که در *دفترچه راهنمای اعضا* به کار رفته‌اند. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر عبارت‌های مورد نظرتان را پیدا نمی‌کنید یا اگر به اطلاعاتی بیشتر از تعریف ارائه‌شده نیاز دارید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

فعالیت‌های زندگی روزمره (ADL): کارهایی که اشخاص به‌طور روزمره انجام می‌دهند؛ از قبیل غذا خوردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، حمام گرفتن، یا مسواک زدن.

قاضی حقوق اداری: یک قاضی حقوق اداری (ALJ) قاضی است که پرونده‌های مربوط به سازمان‌های دولتی را می‌شنود و تصمیم می‌گیرد. قاضی حقوق اداری: یک قاضی که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند.

برنامه کمک‌های دارویی ایدز (ADAP): به افراد واجدشرایط مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز کمک می‌کند به داروهای نجات‌بخش اچ‌آی‌وی دسترسی پیدا کنند.

مرکز جراحی سرپایی: مرکزی که جراحی سرپایی برای بیمارانی ارائه می‌دهد که نیازی به بستری ندارند و بیش از 24 ساعت به مراقبت نیاز ندارند.

درخواست تجدیدنظر: راهی برای شما تا اگر فکر می‌کنید مرتکب اشتباهی شده‌ایم، علیه اقدام ما اعتراض کنید. شما می‌توانید با ارائه درخواست تجدیدنظر، خواستار تغییر یک تصمیم‌گیری درباره پوشش شوید. **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا* تجدیدنظر و نحوه ثبت آن را توضیح می‌دهد.

صورتحساب مابه‌التفاوت: عملکردی که در آن ارائه دهنده برای مابه‌التفاوت بین هزینه های کامل صورتحساب ارائه دهنده و مبلغی که توسط برنامه سلامت بیمار پرداخت می شود، به بیمار صورتحساب می دهد.

سلامت رفتاری: به رفاه عاطفی، روانی و اجتماعی ما اشاره دارد. به زبان ساده: نحوه تفکر، احساس و تعامل ما با دیگران. این اصطلاح جامعی شامل خدمات سلامت روان و اختلالات مصرف مواد است.

محصول بیولوژیکی: دارویی که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، گیاهی، باکتری یا مخمر درست می‌شود. 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» نیز مراجعه کنید).

بیوسیمیلار: داروی بیولوژیکی که بسیار شبیه به محصول بیولوژیک اصل است اما دقیقا با آن یکسان نیست. داروهای بیوسیمیلار به همان اندازه محصول بیولوژیک اصل سالم و مؤثرند. بعضی از داروهای بیوسیمیلار ممکن است در داروخانه جایگزین محصول بیولوژیک اصل شوند بدون این‌که نیاز به نسخه جدیدی باشد. (به بخش «بیوسیمیلار قابل تعویض» مراجعه کنید).

داروی برند: دارویی است که به دست شرکتی که در ابتدا آن را تولید کرده، ساخته و فروخته می‌شود. داروهای برند حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت‌های دارویی دیگر ساخته و فروخته می‌شوند و عموماً تازمانی‌که حق اختراع داروی برند به پایان نرسد، در دسترس نیستند.

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

طرح مراقبت: به «طرح مراقبت فردی» مراجعه کنید.

تیم مراقبت: به «تیم مراقبت بین‌رشته‌ای» مراجعه کنید.

مرحله پوشش فاجعه بار: مرحله‌ای در Medicare Part D مزیت دارویی است که طرح ما، کل هزینه داروهای قسمت D شما را تا پایان سال پرداخت می‌کند. شما این مرحله را زمانی آغاز می‌کنید که (یا سایر طرف‌های واجد شرایط از طرف شما) در طول سال $2,400 برای داروهای تحت پوشش قسمت D هزینه کرده باشید. شما هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): سازمان فدرال مسئول Medicare. **فصل 2** دفترچه *راهنمای اعضا* نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS): برنامه خدماتی مرکزمحور بیماران سرپایی است که مراقبت پرستاران باتجربه، خدمات اجتماعی، کاردرمانی و گفتاردرمانی، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت از خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، حمل‌ونقل و سایر خدمات را به ثبت‌نام‌کنندگان واجد شرایطی ارائه می‌دهد که معیارهای لازم را داشته باشند.

شکایت: اظهاریهٔ کتبی یا شفاهی مبنی بر اینکه شما مشکل یا نگرانی‌ای دربارهٔ مراقبت یا خدمات تحت پوشش خودتان دارید. این موضوع شامل هرگونه نگرانی مربوط به کیفیت خدمات، کیفیت مراقبت شما، ارائه‌دهندگان شبکه ما یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. نام رسمی «ارسال شکایت»، «تهیه شکایت‌نامه» است.

تسهیلات جامع توانبخشی سرپایی (CORF): مرکزی که پس از بیماری، سانحه، یا جراحی عمده عمدتا خدمات توانبخشی ارائه می‌کند. این مرکز خدمات گوناگونی را ارائه می‌کند؛ ازجمله فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس‌درمانی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و خدمات ارزیابی محیط خانه.

سهم بیمه‌گذار: یک مبلغ ثابت که هر بار که داروهای نسخه‌ای خاصی دریافت می‌کنید، به عنوان سهم هزینه‌های خود پرداخت می‌نمایید. برای مثال، ممکن است $2 یا $5 برای یک داروی تجویزی بپردازید.

تسهیم هزینه: مبالغی که هنگام دریافت داروهای نسخه‌ای خاص پرداخت می‌کنید. تسهیم هزینه شامل سهم بیمه‌گذار می‌شود.

ردیف‌های تسهیم هزینه: گروهی از داروها هستند که سهم بیمه‌گذار آن‌ها یکسان است. هر دارویی در *فهرست داروهای تحت پوشش* (که به نام *فهرست داروهای تحت پوشش* هم شناخته می‌شود) در یکی از شش ردیف تسهیم هزینه قرار دارد. به‌طورکلی، هر چه ردیف تسهیم هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای دارو هم بالاتر می‌رود.

تصمیم مربوط به پوشش‌دهی: تصمیم در مورد اینکه ما چه مزایایی را تحت پوشش قرار دهیم. این موضوع شامل تصمیمات مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی می‌شود که برای خدمات بهداشتی شما پرداخت خواهیم کرد. **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا* درباره نحوه درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش توضیح داده شده است.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که برای همه داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش طرح خود استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: عبارت کلی که برای همه خدمات مراقبت درمانی، خدمات وحمایت‌های طولانی‌مدت، لوازم، داروهای تجویزی و بدون نسخه، وسیله‌ها و سایر خدمات تحت پوشش طرح سلامت خود استفاده می‌کنیم.

آموزش توانایی فرهنگی: آموزش‌هایی تکمیلی برای ارائه‌دهندگان مراقبت از سلامت که کمک می‌کند هرچه بهتر پس‌زمینه، ارزش‌ها، و عقاید شما را بشناسند و خدمات را مطابق با نیازهای اجتماعی، فرهنگی، و زبانی شما ارائه کنند.

نرخ روزانه تسهیم هزینه: نرخی که زمانی اعمال می‌شود که پزشک برخی از داروها را برای کمتر از یک ماه کامل برایتان تجویز می‌کند و شما ملزم به پرداخت سهم بیمه‌گذار هستید. نرخ روزانه تسهیم هزینه برابر است با مبلغ سهم بیمه‌گذار بر تعداد روزهای ماهی که دوز مصرفی برای آن تجویز شده است.

به‌عنوان‌مثال: فرض کنید سهم بیمه‌گذار برای تأمین یک ماه کامل داروی شما (تأمین 30 روزه) $1.65 است. این بدان معنی است که مبلغی که شما برای داروی خود پرداخت می‌کنید کمتر از $0.06 در روز می‌باشد. اگر شما برای هفت روز دارو دریافت کنید، پرداختی شما کمتر از $0.06 در روز ضرب در هفت روز خواهد بود که در مجموع کمتر از $0.39 است.

اداره خدمات مراقبت‌های سلامت (DHCS): اداره ایالتی در California که برنامه Medicaid (معروف به Medi-Cal) را اداره می‌کند.

سازمان خدمات درمانی هماهنگ (DMHC): اداره ایالتی در California که مسئول کنترل و نظارت بر طرح‌های سلامت است. DMHC به افرادی که درباره خدمات Medi-Cal شکایتی یا درخواست تجدیدنظر دارند، کمک می‌کند. DMHC همچنین بررسی‌های پزشکی مستقل (IMR) را اجرا می‌کند.

لغو عضویت: فرایند خاتمه دادن به عضویت شما در طرح ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب خود شما) باشد.

برنامه مدیریت دارو (DMP): برنامه‌ای که کمک می‌کند اطمینان حاصل کنیم اعضا داروهای مخدر تجویزی و سایر داروهایی را که معمولاً با سوء مصرف همراه هستند به صورت ایمن مصرف کنند.

ردیف‌های دارویی: گروه‌های دارویی موجود در *فهرست داروهای* ما. داروهای ژنریک، برند یا داروهای بدون نسخه (OTC) نمونه‌هایی از ردیف‌های دارویی هستند. تمام داروهای موجود در *فهرست داروها* در یکی از این شش ردیف قرار دارند.

طرح نیازهای ویژه دارای صلاحیت دوگانه (D-SNP): طرح سلامتی که به افراد واجد شرایط Medicare و Medicaid خدمات ارائه می‌دهد. طرح ما یک D-SNP است.

وسیله پزشکی بادوام (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می‌کند. نمونه‌هایی از این اقلام عبارتند از: صندلی چرخ‌دار، عصا، سیستم تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت بیمارستان که توسط ارائه‌دهنده برای استفاده در منزل سفارش داده شده، پمپ‌های تزریق IV، دستگاه‌های تولید صدا، تجهیزات اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

اضطراری: یک وضعیت اورژانسی پزشکی زمانی رخ می‌دهد که شما یا هر فرد دیگری با دانش متوسط در زمینه سلامت و پزشکی، معتقد باشید که علائم پزشکی دارید که نیاز به مراقبت فوری پزشکی دارد تا از مرگ، از دست دادن عضوی از بدن یا از دست دادن یا اختلال جدی در عملکرد بدن (و اگر زن باردار هستید، از دست دادن فرزند متولد نشده) جلوگیری شود. این علائم پزشکی ممکن است بیماری، جراحت، درد شدید یا وضعیت سلامت خاصی باشد که به سرعت وخیم‌تر می‌شود.

مراقبت‌های اضطراری: خدمات تحت پوشش که از سوی ارائه‌دهنده آموزش‌دیده برای خدمات اضطراری ارائه می‌شوند و برای درمان یک وضعیت پزشکی یا سلامت رفتاری اضطراری لازم هستند.

استثنا: اجازه دریافت پوشش برای دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت‌های خاص.

خدمات مستثنی شده: خدماتی که از سوی این طرح سلامت پوشش داده نمی‌شوند.

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

داروی ژنریک: دارویی که توسط Food and Drug Administration (سازمان غذا و دارو، FDA) برای استفاده به جای داروی برند تأیید شده است. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی برند را دارد. این دارو معمولا ارزان‌تر بوده و همان تأثیر داروی برند را دارد.

شکایت‌نامه: شکایتی که علیه ما یا یکی از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های شبکه ما تسلیم می‌کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت شما یا کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط طرح سلامت شما می‌شود.

برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) ایالت California: برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان را درباره Medicare ارائه می‌کند. **فصل 2** *دفترچه راهنمای اعضا* نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

طرح سلامت: سازمانی که از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات بلندمدت و سایر ارائه‌دهندگان تشکیل شده است. این طرح دارای هماهنگ‌کننده مراقبت است که به شما در مدیریت همه ارائه‌دهندگان و خدمات کمک می‌کند. همه آن‌ها با هم کار می‌کنند تا مراقبت‌های مورد نیاز شما را ارائه دهند.

ارزیابی خطر سلامت (HRA): بررسی سابقه پزشکی و وضعیت کنونی شما. برای آگاهی از سلامتی شما و این‌که چگونه ممکن است در آینده تغییر کند استفاده می‌شود.

کمک درمان در منزل: شخصی که خدماتی را ارائه می‌کند که به مهارت‌های پرستار یا درمانگر مجاز نیاز ندارد؛ از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام گرفتن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، یا انجام ورزش‌های تجویزشده). امدادگران مراقبت بهداشت در منزل، مجوز پرستاری ندارند و درمان ارائه نمی‌کنند.

آسایشگاه بیماران رو به مرگ: برنامه‌ای که مراقبت و حمایت را در اختیار اشخاصی قرار می‌دهد که بیماری مهلک دارند تا به آن‌ها کمک شود زندگی راحتی داشته باشند. تشخیص بیماری لاعلاج به این معنی است که یک شخص از نظر پزشکی تعیین شده است که دارای بیماری غیرقابل درمان است، یعنی انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر زنده بماند.

- هر ثبت‌نام‌کننده‌ای که بیماری لاعلاج دارد، می‌تواند آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب کند.
- گروهی از متخصصین و مراقبت‌کننده‌هایی که کارآموزی ویژه دیده‌اند تا مراقبت را برای شخص کامل ارائه‌کنند که شامل نیازهای جسمانی، احساسی، اجتماعی و معنوی می‌شود.
- ما موظفیم فهرستی از ارائه‌دهندگان خدمات آسایشگاه بیماران رو به مرگ در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهیم.

صدور صورت‌حساب نادرست/نامناسب: وضعیتی که در آن خدمات‌دهنده (اعم از پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ تسهیم هزینه ما برای خدمات از شما مطالبه می‌کند. اگر صورتحسابی دریافت کرده اید که آن را متوجه نمی‌شوید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

از آنجاییکه ما کل هزینه خدمات را پرداخت می‌کنیم، شما بابت تسهیم هزینه بدهکار **نیستید**. ارائه‌دهندگان نباید در قبال این خدمات هیچ مبلغی از شما دریافت کنند.

خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS): برنامه IHSS در پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک خواهد کرد، طوری که بتوانید در خانه خودتان در شرایط امن بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از خانه، مانند مراکز پرستاری یا مراکز اسکان و مراقبت است. برای دریافت خدمات ارزیابی انجام می‌شود تا مشخص شود که برای هر شرکت‌کننده براساس نیاز آن‌ها چه نوع خدمات ممکن است مجاز باشد. انواع خدمات که ممکن است از سوی IHSS تأیید شوند، عبارتند از تمیزکاری منزل، کمک در تهیه غذا، لباسشویی، خرید سوپرمارکت، خدمات مراقبت شخصی (مانند کمک در رفتن به توالت، حمام کردن، آراستگی و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای ملاقات پزشکی، و نظارت مراقبتی برای افراد معلول ذهنی. سازمان‌های خدمات اجتماعی شهرستان، IHSS را اجرا می‌کنند.

بررسی پزشکی مستقل (IMR): اگر درخواست شما را برای خدمات یا درمان پزشکی قبول نکنیم، می‌توانید از ما درخواست تجدیدنظر کنید. اگر با تصمیم ما موافق نباشید و مشکل شما در مورد خدمات Medi-Cal باشد، ازجمله منابع و داروهای DME، می‌توانید از سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California درخواست IMR کنید. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط پزشکانی است که بخشی از طرح سلامت ما نیستند. اگر تصمیم‌گیری IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را در اختیار شما قرار دهیم. شما هزینه‌ای بابت IMR پرداخت نمی‌کنید.

سازمان بازنگری مستقل (IRO): یک سازمان مستقل در استخدام Medicare که تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. 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. نام رسمی آن **نهاد بازنگری مستقل** است.

طرح مراقبت فردی (ICP یا طرح مراقبت): طرحی است برای خدماتی که دریافت خواهید کرد و نحوه دریافت آن‌ها. طرح شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و خدمات و حمایت‌های بلندمدت شود.

بستری: اصطلاحی که وقتی به‌صورت رسمی برای دریافت خدمات پزشکی تخصصی در بیمارستان بستری می‌شوید،استفاده می‌شود. اگر به طور رسمی بستری نشده باشید، حتی اگر برای تمام شب در بیمارستان باشید ممکن است به عنوان بیمار سرپایی محسوب شوید، نه بستری.

D-SNP یکپارچه: یک طرح نیازهای ویژه دارای صلاحیت دوگانه که Medicare و بیشتر یا همه خدمات Medicaid را تحت یک طرح سلامت تحت پوشش قرار می‌دهد و برای گروهی از افرادی است که واجد شرایط هر دو طرح Medicare و Medicaid هستند. این افراد به‌عنوان افرادی که واجدشرایط مزایای کامل هردو طرح هستند شناخته می‌شوند.

بیوسیمیلار قابل تعویض: داروهای بیوسیمیلاری که می‌توانند در داروخانه جایگزین محصول اصلی شوند بدون این‌که نیاز به نسخه جدیدی باشد زیرا شرایط لازم اضافی مربوط به قابلیت جایگزینی خودکار را دارند. جایگزینی خودکار در داروخانه منوط به قوانین ایالتی است.

تیم مراقبت بین‌رشته‌ای (ICT یا تیم مراقبت): تیم مراقبتی متشکل از پزشکان، پرستاران، مشاوران و سایر متخصصان درمانی که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان در دسترس شما هستند. تیم مراقبتی شما برای ایجاد یک برنامه مراقبتی نیز به شما کمک خواهد کرد.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی): فهرستی از داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) که ما پوشش می‌دهیم. ما داروهای موجود در این لیست را با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. *فهرست داروها* حاوی اطلاعاتی در مورد هرگونه مقرراتی می‌باشد که لازم است برای دریافت داروهای خود از آن‌ها پیروی کنید. *فهرست داروها* گاهی «دارونامه» خوانده می‌شود.

خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS): خدمات و حمایت‌های بلندمدت که به بهبود وضعیت سلامت بلندمدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند تا در خانه خودتان بمانید تا لازم نباشد که به مرکز پرستاری یا بیمارستان بروید. LTSS تحت پوشش طرح ما شامل خدمات مبتنی بر جامعه بزرگسالان (CBAS) می‌شود که به‌عنوان مراقبت‌های روزانه بزرگسالان، مراکز پرستاری (NF)، و حمایت‌های اجتماعی نیز شناخته می‌شود. برنامه‌های چشم‌پوشی IHSS و 1915(c) عبارتند از Medi-Cal LTSS که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

یارانه افراد کم درآمد (LIS): به «کمک اضافی» مراجعه کنید.

برنامه سفارش پستی: برخی از طرح‌ها ممکن است برنامه سفارش پستی ارائه دهند که امکان می‌دهد تا میزان حداکثر سه ماه از داروهای تجویزی تحت پوشش شما مستقیما به درب منزلتان ارسال شود. این ممکن است یک راه مقرون به صرفه و راحت برای دریافت نسخه‌هایی باشد که به‌طور منظم مصرف می‌کنید.

Medicaid (یا Medical Assistance): برنامه اجراشده از سوی دولت فدرال و ایالتی که به افراد کم‌درآمد کمک می‌کند هزینه‌های خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت و هزینه‌های درمان را پرداخت کنند. Medi-Cal، برنامه Medicaid برای ایالت California است.

Medi-Cal: نام برنامه Medicaid ایالت California است. Medi-Cal توسط دولتی ایالتی مدیریت شده و هزینه آن توسط دولت‌های ایالتی و فدرال تأمین می‌شود.

- این طرح به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت‌های بلندمدت و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند.
- این طرح، خدمات اضافی و برخی داروهایی را که تحت پوشش Medicare نیستند پوشش می‌دهد.
- برنامه‌های Medicaid در هر ایالت متفاوت هستند اما اگر واجدشرایط Medicare و Medi-Cal باشید، اکثر هزینه‌های درمانی تحت پوشش هستند.

طرح‌های Medi-Cal: طرح‌هایی که فقط مزایای Medi-Cal، مانند خدمات و حمایت‌های بلندمدت، تجهیزات پزشکی و حمل‌ونقل را پوشش می‌دهند. مزایای Medicare جدا هستند.

ضرورت پزشکی: لوازم یا داروهایی را که برای پیشگیری، تشخیص، یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامت فعلی خود نیاز دارید، شرح می‌دهد. این موضوع شامل مراقبتی میشود که از رفتن شما به بیمارستان یا مرکز پرستاری جلوگیری میکند. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته‌شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند. ضرورت پزشکی به همه خدمات تحت پوشش اشاره دارد که استفاده از آن‌ها برای حفظ زندگی، جلوگیری از بیماری مهم یا معلولیت چشمگیر، یا تخفیف درد شدید از طریق تشخیص یا معالجه عارضه، بیماری، یا جراحت، منطقی و لازم می‌باشد.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 سال به بالا، بعضی افراد زیر 65 سال با معلولیت‌های خاص، و اشخاصی که مبتلا به بیماری کلیوی لاعلاج هستند (افراد مبتلا به نارسایی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارند). اشخاص عضو Medicare می‌توانند پوشش درمانی خود را از طریق Original Medicare یا طرح مراقبت‌های هماهنگ دریافت کنند (به "طرح سلامت") مراجعه کنید.

Medicare Advantage: یک برنامه Medicare که به آن «Medicare Part C» یا «MA» نیز گفته می‌شود و طرح‌های MA را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare به این شرکت‌ها هزینه‌ای پرداخت می‌کند تا مزایای Medicare شما را تحت پوشش قرار دهد.

شورای استیناف Medicare (شورا): شورایی که یک درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می‌کند. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

خدماتتحت پوشش Medicare: خدمات تحت پوشش Medicare Part A و Medicare Part B. همه طرح‌های سلامت Medicare، ازجمله طرح ما، باید همه خدماتی را که تحت پوشش Medicare Part A و Medicare Part B هستند پوشش دهند.

برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (MDPP): برنامه ساختارمند سلامتی برای تغییر رفتار که در زمینه تغییر درازمدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت فیزیکی و استراتژی‌های غلبه بر چالش‌های کاهش مستمر وزن و سبک زندگی سالم، آموزش‌هایی ارائه می‌دهد.

عضو Medicare-Medi-Cal: شخصی که برای پوشش Medicare و Medicaid واجد شرایط است. شخص ثبت‌نام‌شده در Medicare- Medicaid «شخص واجد شرایط دوگانه» نیز خوانده می‌شود.

Medicare Part A: برنامه Medicare که بیشتر مراقبت‌های بیمارستانی، مرکز پرستاران باتجربه، مراقبت بهداشتی در خانه و مراقبت آسایشگاهی بیماران رو به مرگ که دارای ضرورت پزشکی باشند را پوشش می‌دهد.

Medicare Part B: برنامه Medicare که خدمات (تست‌های آزمایشگاهی، جراحی، و ویزیت‌های پزشک) و لوازم (از قبیل صندلی چرخ‌دار و واکر) دارای ضرورت پزشکی برای درمان بیماری یا عارضه را تحت پوشش قرار می‌دهد. Medicare Part B بسیاری از خدمات پیشگیرانه و غربالگری را نیز پوشش می‌دهد.

Medicare Part C: برنامه Medicare که با عنوان «Medicare Advantage» یا «MA» نیز شناخته می‌شود و به شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق طرح MA برنامه ارائه دهند.

Medicare Part D: برنامه مزایای داروی تجویزی Medicare. ما این برنامه را به‌طور مختصر «قسمت D» می‌نامیم. Medicare Part D داروهای تجویزی بیماران سرپایی، واکسن‌ها و برخی لوازمی که تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B یا Medicaid نیستند را پوشش می‌دهد. طرح ما Medicare Part D را شامل می‌شود.

داروهای Medicare Part D: داروهایی که تحت پوشش Medicare Part D هستند. کنگره مشخصاً دسته‌های خاصی از داروها را از پوشش Medicare Part D خارج کرده است. Medicaid ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

مدیریت درمان دارویی (MTM): یک برنامه Medicare Part D برای نیازهای بهداشتی پیچیده که به افرادی ارائه می‌شود که شرایط خاصی را دارند یا در برنامه مدیریت دارو هستند. خدمات MTM معمولا شامل گفت‌وگو با یک داروساز یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی برای بررسی داروها می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

طرح Medi-Medi: طرح Medi-Medi نوعی طرح Medicare Advantage است. این برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح با هم ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات را در هر دو برنامه هماهنگ می‌کند، ازجمله خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal.

عضو (عضو طرح ما یا عضو طرح): شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده، در طرح سلامت ما ثبت‌نام شده، و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

دفترچه *راهنمای اعضا* و افشای اطلاعات: این مدرک به همراه فرم عضویت و هرگونه مطالب الصاقی، الحاقیه یا سایر اسناد پوشش اختیاری انتخاب‌شده که پوشش شما و آنچه باید انجام دهید، حقوق شما و آنچه به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما باید انجام دهید، شرح می‌دهد.

خدمات اعضا: مرکزی در طرح ما که مسئول پاسخگویی به سؤالات شما در مورد عضویت، مزایا، شکایت‌نامه‌ها، و تجدیدنظرخواهی‌ها است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد «خدمات اعضا»، به **فصل 2** *دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید*.

داروخانه شبکه: داروخانه‌ای که پذیرفته است تا نسخه‌ها را برای اعضای طرح ما بپیچد. به این دلیل به آن‌ها «داروخانه‌های شبکه» می‌گوییم که موافقت کرده‌اند با طرح ما همکاری کنند. در اکثر مواقع، ما هزینه نسخه‌ها را صرفاً در صورتی پرداخت می‌کنیم که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما تهیه شده باشد.

ارائه‌دهندگان شبکه ارائه‌دهندگانی هستند که با طرح ما همکاری دارند. این ارائه‌دهندگان مبلغ پرداخت شده توسط ما را به‌عنوان کل مبلغ قابل پرداخت می‌پذیرند. ما ترتیب دادیم که این ارائه‌دهندگان خدمات تحت پوشش را به شما ارائه دهند. ارائه‌دهنده شبکه برای مراقبتی که به شما می‌دهند مستقیما برای ما صورت‌حساب ارسال می‌کنند. زمانی که از یک ارائه‌دهنده شبکه استفاده می‌کنید، معمولا هیچ مبلغی برای خدمات تحت پوشش آن پرداخت نخواهید کرد. «ارائه‌کننده» یک اصطلاح عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر اشخاصی استفاده می‌کنیم که خدمات و مراقبت به شما ارائه می‌کنند. این عبارت شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های مراقبت خانگی، درمانگاه‌ها و سایر مکان‌هایی که خدمات مراقبت درمانی، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت‌های بلندمدت را در اختیار شما قرار می‌دهند نیز می‌شود.

مرکز یا خانه سالمندان: مکانی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می‌کند که نمی‌توانند در خانه خودشان مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

دفتر بازرسی: دفتری در ایالت شما است که به عنوان وکیل از طرف شما فعالیت دارد. اگر مشکل یا شکایتی دارید آنها می‌توانند به شما کمک کنند متوجه شوید که باید چه کاری انجام دهید. خدمات بازرسی رایگان است. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در **فصل‌های 2 و 9**دفترچه راهنما اعضا خود بیابید.

تصمیم سازمان: هنگامی که طرح ما یا یکی از ارائه‌دهندگان ما درباره اینکه آیا خدماتی تحت پوشش قرار بگیرند یا نه و اینکه شما چه مقدار باید برای خدمات تحت پوشش پرداخت کنید تصمیمی می‌گیریم در واقع به آن تصمیم سازمان گفته می‌شود. تعیین‌های سازمانی به‌عنوان «تصمیم‌گیری‌های پوشش» شناخته می‌شوند. **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا* درباره تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی توضیح می‌دهد.

محصول بیولوژیک اصل: محصولی بیولوژیکی که از سوی FDA تأیید شده و به‌عنوان مرجع برای تولیدکنندگانی استفاده می‌شود که نسخه بیوسیمیلار آن را تولید می‌کنند. این محصول همچنین به‌عنوان محصول مرجع شناخته می‌شود.

Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare خدمات در قبال هزینه): دولت، Original Medicare را ارائه می‌کند. به موجب Original Medicare، خدمات از طریق پرداخت به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت به میزان مشخص‌شده توسط کنگره تحت پوشش قرار می‌گیرند.

- می‌توانید نزد هر پزشک، بیمارستان یا ارائه‌دهنده مراقبت درمانی دیگری که Medicare را قبول می‌کند بروید. Original Medicare دارای دو بخش است: Medicare Part A (بیمه بیمارستانی) و Medicare Part B (بیمه درمانی).
- Original Medicare در هر کجای ایالات متحده در دسترس می‌باشد.
- اگر نمی‌خواهید در طرح ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که موافقت نکرده است تا با طرح ما برای هماهنگ‌سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما همکاری کند. طرح ما بیشتر داروهایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید پوشش نمی‌دهد، مگر این‌که شرایط خاصی اعمال شود.

ارائه‌دهنده خارج از شبکه: یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌دهنده یا مرکزی که تحت استخدام، مالکیت یا اداره طرح سلامت ما نیست و برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما قرارداد ندارد. **فصل 3** این *دفترچه راهنمای اعضا* ارائه‌دهندگان یا مراکز خارج از شبکه را توضیح می‌دهد.

داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه به هر نوع دارویی گفته می‌شود که فرد بدون داشتن نسخه از پزشک می‌تواند آن‌ها را تهیه کند.

قسمت A: به «Medicare Part A» مراجعه کنید.

قسمت B: به «Medicare Part B» مراجعه کنید.

قسمت C: به «Medicare Part C» مراجعه کنید.

قسمت D: به «Medicare Part D» مراجعه کنید.

داروهای قسمت D: به «داروهای Medicare Part D» مراجعه کنید.

اطلاعات سلامت شخصی (اطلاعات سلامت محافظت‌شده نیز نامیده می‌شود) (PHI): اطلاعات مربوط به شما و سلامت شما، مانند نام، نشانی، شماره تأمین اجتماعی، مراجعه‌ها به پزشک، و سابقه پزشکی‌تان. به منظور اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و واگذاری PHI شما به علاوه حقوق شما در رابطه با PHI شما به روال‌های اعلامیه محرمانگی مراجعه کنید.

خدمات پیشگیرانه: مراقبت‌های بهداشتی برای پیشگیری از بیماری یا تشخیص بیماری در مراحل اولیه، زمانی که درمان به احتمال زیاد به بهترین نحو عمل می‌کند (به‌عنوان‌مثال، خدمات پیشگیرانه شامل آزمایش پاپ، واکسن آنفولانزا و غربالگری ماموگرافی).

ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP): پزشک یا سایر ارائه‌دهندگانی که پیش از سایرین برای اغلب مشکلات سلامت شما را ویزیت می‌کنند. آن‌ها مطمئن می‌شوند که مراقبت لازم را برای حفظ سلامتی خود دریافت کنید.

- آن‌ها ممکن است با پزشکان و ارائه‌دهندگان مراقبت درمانی دیگری در مورد مراقبت از شما مشورت کنند یا شما را به آن‌ها ارجاع کنند.
- در بسیاری برنامه‌های درمانی Medicare، شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه‌دهنده درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود بروید.
- به **فصل 3** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید تا اطلاعات بیشتری درباره دریافت مراقبت از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه به دست آورید.

مجوز قبلی (PA): مجوزی که قبل از دریافت خدمات یا داروی خاص یا مراجعه به ارائه‌دهنده خارج از شبکه باید آن را از ما دریافت کنید. در صورت عدم دریافت تأیید قبلی، ممکن است طرح ما این خدمات یا داروها را تحت پوشش قرار ندهد.

طرح ما برخی از خدمات پزشکی شبکه را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک یا ارائه‌دهنده شبکه دیگر از ما PA دریافت کند.

- خدمات تحت پوششی که نیاز به PA از طرح ما دارند، در **فصل 4** این *دفترچه راهنمای اعضا* مشخص شده‌اند.

طرح ما فقط در صورت دریافت PA از ما، برخی از داروها را پوشش می‌دهد.

- داروهای تحت پوششی که نیاز به داشتن PA از طرح ما دارند، در *فهرست داروهای تحت پوشش* مشخص شده‌اند و قوانین مربوط به آن‌ها در وب‌سایت ما قرار دارد.

برنامه مراقبت جامع ویژه سالمندان (PACE): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medicaid را باهم برای افراد 55 ساله و بالاتر که برای زندگی در خانه به مراقبت سطح بالاتر نیاز دارند، پوشش می‌دهد.

پروتز و ارتوتز: دستگاه‌های پزشکی توصیه شده از سوی پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از بریس بازو، کمر و گردن؛ اعضای مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و دستگاه‌های مورد نیاز برای جایگزینی عضو داخلی یا عملکرد داخلی بدن ازجمله لوازم استومی و درمان تغذیه با لوله انترال و پارنترال.

ارائه‌دهندگان پزشکان، پرستاران و سایر افرادی هستند که خدمات و مراقبت به شما ارائه می‌دهند و از سوی ایالت مجوز دارند. ارائه‌دهندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی در منزل، کلینیک‌ها و دیگر مکان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و برخی از LTSSها است.

سازمان بهبود کیفیت (QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصان درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت برای اعضای Medicare کمک می‌کنند. دولت فدرال برای بررسی و بهبود مراقبت‌های ارائه شده به بیماران به QIO پول می‌پردازد. برای کسب اطلاعات درباره QIO، به **فصل 2، بخش F** *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

محدودیت مقدار: محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. ما ممکن است مورد مقدار دارویی که در هر نسخه تحت پوشش قرار می‌دهیم را محدود کنیم.

ابزار مزیت زمان واقعی: پرتال یا برنامه کامپیوتری که در آن اعضا می‌توانند همه اطلاعات مربوط به داروها و مزایای تحت پوشش فرد ثبت‌نام شده را به صورت کامل، دقیق، به‌موقع و مناسب از نظر کلینیکی ببینند. این اطلاعات عبارتند از مبالغ تسهیم هزینه، داروهای جایگزین که برای همان عارضه پزشکی مورد نظر داروی تجویز شده قابل استفاده هستند، و محدودیت‌های پوشش (مجوز قبلی، درمان مرحله‌ای، محدودیت‌های مقدار) که شامل داروهای جایگزین می‌شوند.

ارجاع: به تأییدیه ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما یا تأییدیه ما برای استفاده از ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP شما گفته می‌شود. اگر ابتدا تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را تحت پوشش قرار ندهیم. برای ویزیت توسط بعضی متخصصان خاص مثل متخصص زنان نیازی به ارجاع ندارید. اطلاعات بیشتر را درباره ارجاع‌ها می‌توانید در **فصل‌های 3 و 4** *کتابچه راهنمای اعضا* خود بیابید.

خدمات توانبخشی: درمانی که دریافت می‌کنید تا از بیماری، سانحه، یا جراحی عمده بهبود پیدا کنید. این خدمات شامل مراقبت های توانبخشی داخلی، فیزیوتراپی (سرپایی)، گفتار درمانی و زبان درمانی و کاردرمانی است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات توانبخشی، به **فصل 4** این دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، بیماری‌های مقاربتی (STI)، بیماری‌های اچ‌آی‌وی/ایدز، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت، و خشونت شریک جنسی.

منطقه خدماتی: یک منطقه جغرافیایی که اگر طرح سلامت، عضویت را بر اساس محل زندگی اشخاص محدود کند، اعضای ساکن آن منطقه را می‌پذیرد. در مورد طرح‌هایی که استفاده شما از پزشکان یا بیمارستان‌ها را محدود می‌کند، به‌صورت کلی منطقه ای که می‌توانید خدمات روتین (غیر اضطراری) را دریافت کنید. فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند در طرح ما ثبت‌نام کنند.

مرکز پرستاران باتجربه (SNF): یک مرکز پرستاری تخصصی با پرسنل و تجهیزات برای ارائه خدمات پرستاری حرفه‌ای و در اکثر موارد خدمات بازپروری حرفه‌ای و سایر خدمات درمانی مربوطه.

مراقبت در مرکز پرستاران باتجربه (SNF): خدمات توانبخشی و مراقبت حرفه‌ای ارائه‌شده به صورت پیوسته و روزانه در یک مرکز مراقبت‌های تخصصی. نمونه‌های مراقبت در مرکز پرستاران باتجربه شامل فیزیوتراپی یا تزریقات وریدی (IV) است که توسط یک پرستار یا پزشک ثبت‌شده انجام می‌شود.

متخصص: پزشکی که متخصص درمان بیماری‌های خاص است. به‌عنوان‌مثال، یک جراح ارتوپد استخوان‌های شکسته را درمان می‌کند؛ یک متخصص آلرژی‌ها را درمان می‌کند؛ و یک متخصص قلبمشکلات گوش‌های ساعت را درمان می‌کند. در اغلب موارد یک عضو برای مراجعه به متخصص به ارجاع از طرف PCP خود نیاز دارد.

داروخانه تخصصی: جهت اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های تخصصی، به **فصل 5**این دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

جلسه رسیدگی ایالتی: اگر پزشک یا ارائه‌دهنده‌ای دیگر درخواست خدمات Medi-Cal دارد که ما تأیید نمی‌کنیم یا اگر ما دیگر هزینه خدمات Medi-Cal را که قبلاً دریافت کرده‌اید پرداخت نکنیم، شما از این حق برخوردارید که درخواست دادرسی ایالتی کنید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم.

درمان مرحله‌ای: یک مقررات پوشش‌دهی که بر اساس آن ابتدا باید قبل از اینکه داروی مورد نظرتان را تحت پوشش قرار دهیم ابتدا دارویی دیگر را امتحان کنید.

درآمد مکمل تأمین اجتماعی (SSI): مزایای ماهانه خدمات اجتماعی که به اشخاصی پرداخت می‌شود که درآمد و منابع مالی محدود داشته و معلول، نابینا، یا 65 ساله یا بالاتر هستند. مزایای SSI مشابه مزایای تأمین اجتماعی نیستند.

مراقبت‌های فوری ضروری: مراقبتی که برای بیماری، مصدومیت یا عارضه ناگهانی دریافت می‌کنید که اضطراری نیست ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. شما می‌توانید در مواقع نیاز مراقبت‌های فوری ضروری، از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه خدمات دریافت کنید، زمانی که به دلیل زمان، مکان یا شرایط خاص، دسترسی به ارائه‌دهندگان شبکه ممکن نباشد یا غیرمنطقی باشد (به‌عنوان‌مثال، زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید و به خدمات فوری پزشکی برای یک بیماری غیرمنتظره نیاز دارید، اما این وضعیت یک مورد اورژانس پزشکی نیست).

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به این وب‌سایت مراجعه کنید: go.wellcare.com/HealthNetCA.

خدمات اعضای Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

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. همچنین خدمات ترجمه رایگان خدمات اعضا برای غیرانگلیسی‌زبانان قابل دسترسی 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
وب‌سایت	go.wellcare.com/HealthNetCA

بیانیه سلب مسئولیت PRA:

بر طبق قانون، کم کردن میزان استفاده از کاغذ در کارهای اداری مصوب 1995، هیچ فردی ملزم به پاسخگویی و جمع‌آوری اطلاعات نیست مگر این‌که شماره کنترل OMB معتبری وجود داشته باشد. شماره کنترل OMB معتبر برای جمع آوری این اطلاعات: 0938-1444. 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.