

2024



## کتابچه راهنمای اعضا

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan



H5433\_24MM002TF\_M

## OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

### کتابچه راهنمای اعضا

1 ژانویه 2024 - 31 دسامبر 2024

### پوشش درمانی و دارویی ما تحت OneCare

### معرفی کتابچه راهنمای اعضا

این کتابچه راهنمای اعضا، که به عنوان شواهد پوشش (the Evidence of Coverage) شناخته می شود، در مورد پوشش شما با طرح بیمه ما تا 31 دسامبر 2024 به شما توضیحاتی ارائه می کند. این کتابچه خدمات مراقبت های بهداشتی، سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد)، پوشش داروهای تجویزی، و خدمات و حمایت های طولانی مدت را توضیح می دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل 12 کتاب راهنمای اعضا شما آمده است.

این یک سند حقوقی مهم است. آن را در یک مکان امن نگهداری کنید.

وقتی این کتابچه راهنمای اعضا می گوید «ما»، «مربوط به ما»، یا «برنامه ما»، همه اینها به معنای OneCare است. این سند به صورت رایگان به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره ای، چینی و عربی در دسترس است. می توانید این سند را به صورت رایگان در قالب های دیگر، مانند چاپ بزرگ، بریل، سی دی داده، و/یا صوتی با تماس با خدمات مشتریان در شماره پایین این صفحه دریافت کنید. تماس رایگان است. همچنین می توانید برای دریافت مطالب به زبان های آستانه و/یا فرمهای جایگزین درخواست دائمی کنید.

- زبانهای آستانه ای اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره ای، عربی یا چینی میباشند.

- فرمهای جایگزین شامل چاپ درشت، خط بریل یا صوتی هستند.

- ما درخواست دائمی شما را در سیستم خود حفظ میکنیم و برای ارسال اطلاعات و مکاتبات در آینده استفاده شود

- برای لغو یا ایجاد تغییر در درخواست دائمی خود، لطفاً با شماره **1-877-412-2734**

(TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

ما خدمات مترجم رایگان ارائه می دهیم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد طرح بیمه درمانی یا دارویی ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای دریافت مترجم فقط با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711) تماس بگیرید. یکی از کارمندان که انگلیسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این خدمات برای شما رایگان است.

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



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**Spanish:**

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:**

我們提供免費的翻譯服務，幫助您解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

**Chinese Cantonese:**

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:**

Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:**

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:**

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-877-412-2734 (TTY 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:**

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:**

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**Russian:**

Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-877-412-2734** (телетайп **711**). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**:Arabic**

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-877-412-2734** (TTY **711**). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:**

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-877-412-2734** (TTY **711**) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है

**Italian:**

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-877-412-2734** (TTY **711**). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:**

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-877-412-2734** (TTY **711**). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:**

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-877-412-2734** (TTY **711**). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:**

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-877-412-2734** (TTY **711**). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:**

当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-877-412-2734** (TTY **711**) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**Armenian:**

Մենք ունենք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու համար առողջապահական կամ դեղերի պլանի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցի: Բանավոր թարգմանչի ծառայություն ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ **1-877-412-2734 (TTY 711)** հեռախոսահամարով: Ձեզ կարող է օգնել մեկն, ով խոսում է հայերեն : Սա անվճար ծառայություն է:

**Cambodian:**

យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ភាសាផ្ទៃក្នុងដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកមានស្តីអំពីផែនការសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)**។ នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយ ភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាឥតគិតថ្លៃ។

**:Farsi**

ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی خود داشته باشید پاسخ دهیم. برای دریافت مترجم، فقط با ما تماس بگیرید **1-877-412-2734 (TTY 711)**. کسی که انگلیسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

**Hmong:**

Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm yeeb tshuaj. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Muaj tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**Laotian:**

ພວກເຮົາມີບໍລິການນາຍແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຂອງທ່ານທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບທີ່ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ຜູ້ທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາ ລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ.

**Mien:**

Yie mbuo mbenc maaih faan waac mienh wang-henh tengx nzie dau waac bun muangx dongh meih maaih waac qiemx zuqc naaic gorngv taux yie mbuo goux heng-wangc a'fai ndie-daan wuov. Liouh lorx faan waac mienh, korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Maaih mienh haih gornv mienh waac tengx faan waac bun meih oc. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hngangv.

**Punjabi:**

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ **1-877-412-2734 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

**Thai:**

เรามีบริการล่ามฟรี เพื่อตอบคำถามด้านสุขภาพหรือแผนการใช้ยาใดๆ ที่คุณอาจมีข้อสงสัย หากคุณต้องการรับบริการล่าม กรุณาโทรศัพท์หาเราที่ **1-877-412-2734 (TTY 711)** มีบุคคลที่สามารถพูดภาษาไทยได้พร้อมช่วยเหลือคุณ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการนี้



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**Ukrainian:**

Ми пропонуємо безкоштовні послуги перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану охорони здоров'я чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб зв'язатися з перекладачем, просто зателефонуйте нам за телефоном **1-877-412-2734** (TTY **711**). Вам буде надано підтримку українською мовою. Ця послуга є безкоштовною.



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فهرست مطالب

---

10	فصل 1: شروع به کار به عنوان عضو.....
19	فصل 2 : شماره تلفنها و منابع مهم .....
39	فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما .....
60	فصل 4: جدول مزایا .....
118	بخش 5: دریافت داروهای تجویزی سریایی شما.....
135	فصل 6: مبلغ پرداختی شما برای داروهای نسخه‌ای Medicare و Medi-Cal .....
144	فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید.....
150	فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما .....
168	فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟ ...
214	فصل 10: پایان دادن به عضویت‌تان در طرح ما .....
222	فصل 11: اطلاعیه‌های حقوقی.....
225	فصل 12: تعریف‌های کلمات مهم.....



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

اعلامیه سلب مسئولیت

- ❖ OneCare (HMO D-SNP) یک سازمان Medicare Advantage با قرارداد Medicare است. ثبت نام در برنامه OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. برنامه OneCare طبق قوانین حقوق مدنی دولت، هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت قائل نمیشود. شما میتوانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره رایگان **1-877-412-2734 (TTY 711)** با بخش خدمات مشتریان OneCare تماس بگیرید.
- ❖ پوشش ارائه شده توسط OneCare پوشش بهداشتی واجد شرایطی است که به عنوان "حداقل پوشش ضروری" نامیده می شود. این الزامات مسئولیت مشترک فردی قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (ACA) را برآورده می کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد الزامات مسئولیت مشترک فردی، از وب سایت خدمات درآمد مالیاتی داخلی (IRS, Internal Revenue Service) به نشانی [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) دیدن کنید.

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-877-412-2734 (TTY 711)**. These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير اتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ស្កាមភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**简体中文标语 (Simplified Chinese)**

请注意:如果您需要以您的母语提供帮助,请致电 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务,例如盲文和大字体阅读,提供您方便取用。请致电 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。这些服务都是免费的。

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



### हिंदी टैगलाइनी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-877-412-2734 (TTY 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-877-412-2734 (TTY 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-877-412-2734 (TTY 711)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-877-412-2734 (TTY 711)** へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

### 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

### Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

### ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY 711)**। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ |



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyo ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-877-412-2734** (TTY **711**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734** (TTY **711**). Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-412-2734** (TTY **711**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-877-412-2734** (TTY **711**). Các dịch vụ này đều miễn phí.



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فصل 1: شروع به کار به عنوان عضو

### معرفی

این فصل شامل اطلاعاتی در مورد OneCare است، یک طرح بهداشتی که همه خدمات Medicare شما را پوشش می دهد و همه خدمات Medicare و Medi-Cal شما و عضویت شما در آن را هماهنگ می کند. همچنین به شما می گوید که چه انتظاری داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضا شما آمده است.

### فهرست مطالب

11	A. به طرح ما خوش آمدید .....
11	B. اطلاعات درباره Medicare و Medi-Cal .....
11	B1. Medicare .....
11	B2. Medi-Cal .....
12	C. مزایای طرح ما .....
12	D. محدوده خدماتی طرح ما .....
13	E. چه چیزی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می کند .....
13	F. در ابتدای عضویت در یک برنامه خدمات درمانی چه انتظاری باید داشته باشید .....
14	G. تیم مراقبت و طرح مراقبتی شما .....
14	G1. تیم مراقبت .....
14	G2. طرح مراقبتی .....
15	H. هزینه های ماهانه شما برای OneCare .....
15	I. کتابچه راهنمای اعضا شما .....
15	J. اطلاعات مهم دیگر که از ما دریافت می کنید .....
15	J1. کارت عضویت طرح شما .....
16	J2. فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها .....
17	J3. فهرست داروهای تحت پوشش .....
18	J4. شرح مزایا .....
18	K. به روز نگه داشتن سوابق عضویت تان .....
18	K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI) .....

اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که برای هر دو برنامه واجد شرایط هستند ارائه می‌کند. طرح ما شامل پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت رفتاری و ارائه‌کنندگان دیگر است. همچنین برای کمک به شما جهت مدیریت ارائه‌کنندگان و خدمات‌تان، افرادی به‌عنوان هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی و نیز تیم‌های خدمات مراقبتی در اختیار داریم. این اشخاص با همکاری با یکدیگر مراقبت مورد نیاز شما را ارائه می‌کنند.

به عنوان یک عضو CalOptima Health OneCare، به یکی از بزرگترین شبکه‌های ارائه دهنده در Orange County دسترسی دارید. این به این معنی است که شما به بیمارستانها، پزشکان و متخصصین بیشتری دسترسی خواهید داشت. OneCare مزایای Medicare و Medi-Cal شما را از طریق یک طرح واحد هماهنگ می‌کند.

## B. اطلاعات درباره Medicare و Medi-Cal

### B.1 Medicare

Medicare بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر می باشد:

- افراد 65 ساله یا مسن تر،
- برخی افراد زیر 65 سال که معلولیت‌ها و ناتوانی‌های خاصی دارند، و
- افرادی که مبتلا به مرحله نهایی بیماری کلیه (نارسائی کلیوی) میباشند.

### B.2 Medi-Cal

برنامه Medicaid کالیفرنیا Medi-Cal نام دارد. Medi-Cal از سوی ایالت اجرا می‌شود و حمایت مالی آن بر عهده دولت ایالتی و فدرال است. Medi-Cal به افراد دارای درآمد و منابع پایین کمک می‌کند هزینه‌های خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (Long-Term Services and Supports, LTSS) و هزینه‌های درمانی را پرداخت کنند این خدمات اضافی و داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند را پوشش می‌دهد.

هر ایالت تصمیم می‌گیرد:

- چه چیزی به عنوان درآمد و دارائی محسوب می‌شود.
- چه کسی واجد شرایط است،
- کدام خدمات پوشش داده می‌شوند، و
- هزینه خدمات.

تا زمانی که قوانین فدرال رعایت شوند، هر ایالتی میتواند تصمیم بگیرد که چگونه برنامه‌های خود را اداره کند. Medicare و ایالت کالیفرنیا طرح ما را تایید کرده‌اند. شما می‌توانید خدمات Medicare و Medi-Cal را از طریق طرح ما دریافت کنید، تا زمانی که:

- ما تصمیم به ارائه برنامه گرفته باشیم، و
- Medicare و ایالت کالیفرنیا به ما اجازه دهند ارائه این طرح را ادامه دهیم.

حتی اگر طرح ما در آینده فعالیت خود را متوقف کند، واجد شرایط بودن شما برای خدمات Medicare و Medi-Cal تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد.



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## C. مزایای طرح ما

شما اکنون همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal، از جمله داروهای تجویزی را از طرح ما دریافت خواهید کرد. برای پیوستن به این برنامه درمانی، هزینه اضافی پرداخت نمی‌کنید.

ما کمک می‌کنیم مزایای Medicare و Medi-Cal با هم مؤثرتر عمل کنند و برای شما کارآمدتر باشند. بعضی از مزیت‌های آن به شرح زیر است:

- شما می‌توانید برای اکثر نیازهای مراقبت‌های بهداشتی خود با ما همکاری کنید.
  - شما یک تیم مراقبتی خواهید داشت که خودتان در تشکیل آن سهم خواهید داشت. تیم مراقبت شما شامل خود شما، مراقب شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران، یا سایر متخصصان سلامت است.
  - شما به یک هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی دسترسی خواهید داشت. او شخصی است که با شما، با طرح ما، و با تیم مراقبت شما همکاری می‌کند تا به ایجاد یک برنامه درمانی کمک کند.
  - شما می‌توانید با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت شخصی خود، روند مراقبت‌های خود را هدایت کنید.
  - تیم مراقبت شما و هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی با شما همکاری می‌کنند تا یک طرح مراقبتی ایجاد کنند که مختص برآورده کردن نیازهای خاص شما در حیطه سلامت است. گروه مراقبتی در زمینه هماهنگ کردن خدمات مورد نیاز شما کمک خواهد کرد. برای مثال، این یعنی تیم مراقبت شما اطمینان حاصل می‌کند که:
    - پزشکان شما از تمام داروهائی که مصرف می‌کنید آگاه باشند تا از مصرف داروهای صحیح اطمینان حاصل کرده، و همچنین پزشکان شما بتوانند عوارض جانبی ناشی از داروها را کاهش دهند.
    - نتایج آزمایشات شما در صورت لزوم در اختیار تمام پزشکان و ارائه‌کنندگان دیگر قرار داده شود.
- اعضای جدید OneCare:** در بیشتر موارد، در اولین روز از ماه پس از درخواست ثبت‌نام در OneCare، برای مزایای Medicare خود در OneCare فعال خواهید شد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را به مدت یک ماه دیگر از برنامه درمانی قبلی Medi-Cal دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق OneCare دریافت خواهید کرد. هیچگونه وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal به وجود نمی‌آید. اگر پرسشی دارید، لطفاً با ما به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته، تماس بگیرید.

## D. محدوده خدماتی طرح ما

محدوده خدماتی ما شامل Orange County در ایالت کالیفرنیا می‌شود.

فقط کسانی که در محدوده خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو طرح ما شوند.

اگر به خارج از محدوده خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. برای اطلاعات بیشتر درباره اثرات نقل مکان به خارج از محدوده خدماتی ما، به فصل 8 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## E. چه چیزی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می کند

شما تا زمانی برای طرح ما واجد شرایط هستید که:

- در محدوده خدماتی ما زندگی کنید (افراد زندانی به عنوان ساکن آن محدوده خدماتی به شمار نمی روند، حتی اگر به صورت فیزیکی در آن حضور داشته باشند)، و
  - در زمان عضویت 21 سال یا بیشتر سن داشته باشید، و
  - هر دو طرح Medicare Part A و Medicare Part B را داشته باشید، و
  - اگر شهروند (سیتیزن) ایالات متحد آمریکا باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده اقامت داشته باشید، و
  - در حال حاضر واجد شرایط Medi-Cal باشید.
- اگر صلاحیت واجد شرایط بودن Medi-Cal را از دست بدهید ولی احتمال معقول وجود داشته باشد که ظرف شش (6) ماه آن را دوباره به دست آورید، در این صورت همچنان برای عضویت در طرح ما واجد شرایط هستید. برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.

## F. در ابتدای عضویت در یک برنامه خدمات درمانی چه انتظاری باید داشته باشید

هنگامی که برای نخستین بار به طرح ما می پیوندید، ظرف 90 روز پیش از تاریخ آغاز اعتبار عضویت در طرح ما، یک ارزیابی ریسک سلامت (Health Risk Assessment, HRA) برای شما انجام می شود. ما موظف هستیم یک HRA را برای شما انجام دهیم. این HRA اساس ایجاد طرح مراقبتی شما است. HRA شامل سؤالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی، سلامت رفتاری و عملکردی شماست. برای تکمیل HRA با شما تماس خواهیم گرفت. HRA را می توان در یک ملاقات حضوری، از طریق تلفن و یا پست تکمیل کرد. ما اطلاعات بیشتری درباره HRA به شما خواهیم فرستاد.

اگر طرح ما برایتان جدید است، می توانید برای مدت زمان معینی از پزشکان فعلی خودتان که در شبکه نیستند استفاده کنید. ما این را تداوم یا استمرار خدمات مراقبتی می نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، می توانید ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را در زمان ثبت نام تا 12 ماه در صورت رعایت همه شرایط زیر حفظ کنید:

- شما، نماینده یا ارائه کننده تان از ما بخواهند به استفاده از ارائه کننده فعلی ادامه دهید.
- ما تأیید کنیم که شما در حال حاضر ارتباطی جاری با ارائه کننده مراقبت اولیه یا تخصصی دارید، که استثنائاتی را شامل می شود. زمانی که سخن از «ارتباط جاری» به میان می آید، این یعنی شما به ارائه کننده خارج از شبکه حداقل برای یکبار برای ویزیت غیراورژانسی در طی 12 ماه قبل از تاریخ ثبت نام اولیه طرح ما مراجعه کرده اید.
- ما ارتباط جاری را با بازبینی اطلاعات سلامت موجود یا اطلاعاتی که به ما می دهید تعیین می کنیم.
- پاسخ به درخواست شما تا 30 روز طول می کشد. می توانید از ما درخواست کنید تا سریع تر تصمیم بگیریم و ما باید تا 15 روز پاسخ دهیم. اگر سلامت شما در خطر قرار داشته باشد، ما باید ظرف 3 روز پاسخ دهیم.
- شما یا ارائه کننده تان باید مدرکی از ارتباط موجود نشان دهید و با شرایطی معین هنگام درخواست توافق کنید.



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**توجه:** شما می توانید این درخواست را برای خدمات تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME)، حداقل به مدت 90 روز تا زمانی که اجازه کرایه جدید را صادر کنیم و ارائه دهنده شبکه کرایه را تحویل دهد، ارائه دهید. اگرچه شما نمی توانید این درخواست را برای ارائه دهندگان حمل و نقل یا سایر ارائه دهندگان جانبی ارائه دهید، می توانید خدمات حمل و نقل یا سایر خدمات جانبی را که در طرح ما گنجانده نشده است، درخواست کنید.

پس از خاتمه دوره استمرار مراقبت، لازم است شما از پزشکان یا سایر ارائه کنندگان شبکه OneCare که وابسته به شبکه درمانی ارائه کننده مراقبت های اولیه شما هستند استفاده کنید، مگر اینکه موافقتی را با پزشک خارج از شبکه شما اتخاذ کرده باشیم. یک ارائه کننده عضو شبکه ارائه کننده ای است که با برنامه خدمات بهداشتی و درمانی همکاری دارد. شبکه درمانی گروهی از پزشکان و بیمارستان هایی است که با OneCare قرارداد دارند تا خدمات تحت پوشش را برای اعضای ما فراهم کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت، به **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## G. تیم مراقبت و طرح مراقبتی شما

### G1. تیم مراقبت

یک تیم مراقبت می تواند به شما کمک کند مراقبت مورد نیازتان را به صورت مستمر دریافت کنید. یک تیم مراقبت شامل پزشک شما، هماهنگ کننده خدمات مراقبتی، یا یک شخص دیگر در حیطه سلامت است که خودتان انتخاب می کنید. هماهنگ کننده خدمات مراقبتی کسی است که کمک می کند شما مراقبت مورد نیازتان را مدیریت کنید. هنگامی که در طرح ما نام نویسی می کنید، یک هماهنگ کننده خدمات مراقبتی به شما اختصاص می یابد. این شخص همچنین شما را به سایر منابع محلی که طرح ما نمی تواند ارائه کند معرفی می کند و با تیم مراقبت شما همکاری می کند تا به هماهنگ کردن خدمات مراقبتی تان کمک کند. برای اطلاعات بیشتر درباره هماهنگ کننده خدمات مراقبتی و تیم مراقبت تان، با شماره های ذکر شده در پایین صفحه با ما تماس بگیرید.

### G2. طرح مراقبتی

تیم مراقبت شما در تهیه یک طرح مراقبتی با شما همکاری می کند. در طرح مراقبتی، خدمات مورد نیاز شما و چگونگی دریافت آنها شرح داده می شود. این شامل خدمات پزشکی، سلامت رفتاری و LTSS یا سایر خدمات می شود. طرح مراقبتی شما شامل موارد زیر است:

- یک برنامه مدون مراقبتی که پس از ارزیابی نیازهای مراقبت های اجتماعی و درمانی شما ایجاد شده است که نشان می دهد چه خدماتی برای رسیدن و حفظ بهتر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود دریافت خواهید کرد.
  - اهداف شما در حیطه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما، و
  - یک جدول زمانی برای دریافت خدمات مورد نیازتان.
- پس از ارزیابی ریسک سلامت شما (HRA)، تیم مراقبت با شما دیدار می کند. آنها درباره خدماتی که به آنها نیاز دارید با شما صحبت خواهند کرد. آنها همچنین درباره خدماتی که ممکن است به دریافت آنها فکر کنید توضیح می دهند. طرح مراقبتی شما بر پایه نیازها و اهداف شما است. تیم مراقبت با شما همکاری می کند تا طرح مراقبتی تان را حداقل یکبار در سال به روز کند.



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## H. هزینه های ماهانه شما برای OneCare

طرح ما حق بیمه ماهانه ندارد.

## I. کتابچه راهنمای اعضا شما

کتابچه راهنمای اعضا، بخشی از قرارداد ما با شماست. این یعنی ما موظفیم همه قوانین مندرج در این سند را رعایت کنیم. اگر فکر می‌کنید ما کاری انجام داده‌ایم که برخلاف این قوانین است، می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست‌های تجدیدنظر، به فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.

با تماس با خدمات مشتریان به شماره‌های مندرج در پایین صفحه، می‌توانید یک کتابچه راهنمای اعضا درخواست کنید. همچنین می‌توانید در وبسایت ما به نشانی مندرج در پایین صفحه مراجعه کنید و کتابچه راهنمای اعضا را دانلود کنید. قرارداد بین 1 ژانویه 2024 تا 31 دسامبر 2024، طی ماه‌هایی که در طرح ما عضویت دارید معتبر است.

## J. اطلاعات مهم دیگر که از ما دریافت می‌کنید

اطلاعات مهم دیگر که به شما ارائه می‌کنیم عبارتند از کارت عضویت (Identification, ID) شما، اطلاعات مربوط به دسترسی به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها (Provider and Pharmacy Directory)، و اطلاعات مربوط به دسترسی به فهرست داروهای تحت پوشش.

## J1. کارت عضویت طرح شما

طبق طرح ما، شما یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود، از جمله LTSS، برخی خدمات سلامت رفتاری و داروهای نسخه ای دریافت می‌کنید. در زمان دریافت هریک از خدمات یا تهیه داروهای نسخه ای باید این کارت را ارائه کنید. اینجا نمونه‌ای از کارت عضویت را ملاحظه می‌کنید:

<p>If you have a life-threatening emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. Contact your health network to find out how to access your health network's urgent care services.</p> <p>Customer Service: 1-877-412-2734 TTY: 711 Behavioral Health: 1-855-877-3885 24-Hour Nurse Advice: 1-844-447-8441 Non-Medical Transportation: 1-866-412-4166 Vision Services: 1-800-877-7185 Medi-Cal Dental Program: 1-800-322-6384</p> <p>Website: caloptima.org/OneCare</p> <p>Send Claims to: Medical: OneCare PO Box 11065 Orange, CA 92856</p> <p>Pharmacy: MedImpact Health Care Systems PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108</p>	<p> </p> <p>OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, CalOptima Health, A Public Agency</p> <p><b>Member Name:</b> &lt;Cardholder Name&gt; <b>Member ID:</b> &lt;Cardholder ID#&gt; <b>Personal care coordinator:</b> none; &lt;PCC Phone&gt;</p> <p><b>Health Network:</b> &lt;HN Name&gt; <b>Health Network Phone:</b> &lt;HN Phone&gt; <b>PCP Group/Name:</b> &lt;PCP Name&gt; <b>PCP Phone:</b> &lt;PCP Phone&gt;</p> <p>H5433-001</p> <p><b>RxBIN:</b> 015574 <b>RxPCN:</b> ASPROD1 <b>RxGroup:</b> CAT04</p>
---	--

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.





اگر کارت عضویت‌تان آسیب دید، گم شد یا دزدیده شد، فوراً با خدمات مشتریان به شماره پایین صفحه تماس بگیرید. ما یک کارت جدید برای شما خواهیم فرستاد.

تا زمانی که عضو طرح ما هستید، برای دریافت بیشتر خدمات نیازی به استفاده از کارت قرمز، سفید و آبی Medicare یا کارت Medi-Cal خود ندارید. آن کارت‌ها را در مکانی مطمئن نگهداری کنید تا در صورت لزوم در آینده بتوانید به آنها دسترسی داشته باشید. اگر به جای کارت عضویت‌تان، کارت Medicare را نشان دهید، ارائه‌کننده ممکن است صورتحساب را به جای طرح ما برای Medicare صادر کند و ممکن است صورتحسابی دریافت کنید. برای اطلاع از اقدامی که در صورت دریافت صورتحساب از یک ارائه‌کننده باید انجام دهید، به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

به یاد داشته باشید که برای دسترسی به خدمات زیر، باید کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایا (Benefits Identification Card, BIC) داشته باشید:

## • خدمات دندانپزشکی

- Medi-Cal (از طریق برنامه Medi-Cal Dental) برخی از خدمات دندانپزشکی را پوشش می‌دهد
- گر سؤالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات دندانپزشکی بیشتر بدانید، با برنامه دندانپزشکی Medi-Cal به شماره 1-800-322-6384 (کاربران TTY 1-800-735-2922 یا 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، از دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. همچنین می‌توانید از وب سایت برنامه دندانپزشکی Medi-Cal به نشانی <https://www.dental.dhcs.ca.gov> یا <https://smilecalifornia.org/> دیدن کنید.

## • خدمات بهداشت رفتاری

- خدمات غیرتخصصی سلامت روان (NSMHS) تحت پوشش CalOptima Health و خدمات تخصصی سلامت روان (SMHS) تحت پوشش برنامه بهداشت روانی آژانس مراقبت‌های بهداشتی اورنج کانتی (OCHCA) قرار دارند.
- اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید در مورد خدمات بهداشت رفتاری بیشتر بدانید، با خط سلامت رفتاری CalOptima Health به شماره 1-855-877-3885 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

## • خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)

- اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات حمایتی در خانه (IHSS) بیشتر بدانید، با آژانس خدمات اجتماعی اورنج کانتی به شماره 1-714-825-3000 یا 1-800-281-9799 (TTY 1-800-735-2929) تماس بگیرید.

## 2. فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها

در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های عضو شبکه طرح ما ذکر شده‌اند. شما تا زمانی که عضو طرح ما هستید باید برای دریافت خدمات تحت پوشش به ارائه‌کنندگان عضو شبکه مراجعه کنید. شما می‌توانید با تماس با خدمات مشتری در شماره‌های پایین صفحه، یک فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه (به صورت الکترونیکی یا به صورت کتبی) درخواست کنید. درخواست‌های نسخه کتبی فهرست‌های ارائه‌دهنده و داروخانه ظرف سه روز کاری برای شما پست می‌شود.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

همچنین می‌توانید از طریق آدرس اینترنتی مندرج در پایین صفحه، به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید. فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه فهرستی از تمام شبکه‌های بهداشتی، PCP، متخصصان، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و داروخانه‌های قرارداد شده با OneCare را در اختیار شما قرار می‌دهد.

## تعریف ارائه‌کنندگان شبکه

- ارائه‌کنندگان شبکه ما عبارتند از:
    - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت سلامت که می‌توانید به عنوان عضو طرح ما از آنها استفاده کنید؛
    - کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری، و سایر محل‌هایی که خدمات سلامت را در طرح ما ارائه می‌کنند؛ ولینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر مکان‌هایی است که در برنامه ما به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می‌پردازند، و
    - خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)، خدمات سلامت رفتاری، آژانس‌های درمان خانگی، تأمین‌کنندگان تجهیزات پزشکی با دوام و سایر مراجعی که کالا یا خدمات ارائه شده از سوی Medicare یا Medi-Cal را تأمین می‌نمایند نیز جزو آنها می‌باشند.
- ارائه‌کنندگان شبکه موافقت می‌کنند که پرداخت‌های خدمات تحت پوشش را به صورت پرداخت کامل از طرح ما بپذیرند.

## تعریف داروخانه‌های شبکه

- داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که با تأمین داروهای تجویزی برای اعضای طرح ما موافقت می‌کنند. برای یافتن داروخانه شبکه موردنظرتان، از فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها استفاده کنید.
  - به غیر از موارد اضطراری، اگر می‌خواهید برنامه درمانی ما در پرداخت هزینه داروها به شما کمک کند شما باید نسخه‌های خود را از یکی از داروخانه‌های شبکه ما تهیه کنید.
- برای اطلاعات بیشتر با شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. هم خدمات مشتری و هم وب سایت ما می‌توانند به روزترین اطلاعات را در مورد تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان شبکه ما به شما ارائه دهند.

## 3. فهرست داروهای تحت پوشش

طرح دارای یک فهرست داروهای تحت پوشش است. به اختصار آنرا "فهرست داروها" می‌نامیم. این فهرست به شما اطلاع می‌دهد که کدام داروهای تجویزی تحت پوشش برنامه درمانی ما پوشش هستند.

فهرست داروها همچنین وجود هرگونه مقررات یا محدودیت برای داروها، مانند محدود بودن مقداری که می‌توانید دریافت کنید را نشان می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

ما هر سال اطلاعات نحوه دسترسی به فهرست داروها را به شما می‌فرستیم، ولی بعضی تغییرات ممکن است در طول سال رخ دهند. برای دریافت به روزترین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش، با خدمات مشتری تماس بگیرید یا از وب سایت ما در آدرس پایین صفحه بازدید کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## 4.J. شرح مزایا

هرگاه از مزایای داروهای نسخه ای بخش D خود استفاده کنید، یک گزارش خلاصه برای شما خواهیم فرستاد تا از پرداخت های مربوط به داروهای نسخه ای بخش D خود آگاه شده و سابقه آنها را نگهداری کنید. این خلاصه را شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOB) می نامند.

در شرح مزایا (EOB) کل مبلغی که شما، یا دیگران از طرف شما برای داروهای نسخه ای بخش D خود پرداخته اید و کل مبلغی که در طول ماه برای هر یک از داروهای نسخه ای بخش D شما پرداخته ایم مشخص می باشد. این یک صورت حساب نیست. EOB حاوی اطلاعات بیشتر در مورد داروهایی است که مصرف می کنید. **فصل 6** در کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری را درباره EOB و چگونگی کمک آن در پیگیری پوشش دارویی خود ارائه می کند.

همچنین می توانید برای دریافت EOB نیز درخواست دهید. برای دریافت نسخه ای از آن، با خدمات مشتریان به شماره های پایین صفحه تماس بگیرید.

## K. به روز نگه داشتن سوابق عضویت تان

شما می توانید با اعلام هرگونه تغییر در اطلاعات و مشخصات خود، سوابق عضویت خود را به روز نگاه دارید. ما این اطلاعات را لازم داریم تا از صحت اطلاعاتی که از شما در سیستم مان داریم مطمئن باشیم. شبکه ارائه کنندگان و داروخانه های ما نیز به اطلاعات درست درباره شما نیاز دارند. آنها از اطلاعات عضویت شما استفاده می کنند تا بدانند چه خدمات و داروهایی را دریافت می کنید و هزینه آنها برای شما چقدر است. در موارد زیر فوراً به ما اطلاع دهید:

- تغییر در نام، نشانی، یا شماره تلفن تان
- تغییر در هرگونه پوشش بیمه سلامت دیگر مانند بیمه های ارائه شده از سوی کارفرمایان، کارفرمای همسران، یا کارفرمای پارتنر شما، یا جبران خسارت کارگران.
- هرگونه مطالبه بدهی، مانند مطالبات مربوط به حوادث رانندگی.
- پذیرش در یک مرکز پرستاری یا بیمارستان
- مراقبت ارائه شده از سوی یک بیمارستان یا بخش اورژانس.
- تغییر مراقب تان (یا هر کس که مسئولیت شما را برعهده دارد)، و
- اگر در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت می کنید. (توجه: شما ملزم نیستید درباره یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که در آن شرکت می کنید یا عضوی از آن می شوید به ما توضیح دهید، ولی توصیه می کنیم این کار را انجام دهید.)

در صورت تغییر هرگونه اطلاعات، با شماره های پایین صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید.

## K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)

اطلاعات موجود در مدارک عضویت تان ممکن است شامل اطلاعات سلامت شخصی (Personal Health Information, PHI) باشد. ما به موجب قوانین ایالتی و فدرال ملزم هستیم PHI شما را محرمانه نگه داریم. ما از PHI شما محافظت می کنیم. برای اطلاع از جزئیات بیشتر درباره PHI خود، به **فصل 8** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فصل 2 : شماره تلفن‌ها و منابع مهم

### معرفی

در این فصل، اطلاعات تماس منابع مهمی ارائه شده است که می‌تواند به شما در پاسخ به سؤالاتی که از طرح ما و مزایای مراقبت‌های بهداشتی‌تان دارید کمک کند. همچنین می‌توانید از این فصل برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه تماس با هماهنگ کننده مراقبت و سایرین برای حمایت و وکالت از طرف شما استفاده کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبایی در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

20	A. خدمات مشتریان.....
23	B. هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما .....
25	C. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (HICAP) .....
26	D. خط مشاوره با پرستار.....
27	E. خطوط بحران سلامت روان.....
28	F. سازمان بهبود کیفیت (QIO).....
29	G. Medicare .....
30	H. Medi-Cal .....
31	I. دفتر Ombudsman مراقبت و سلامت روانی مدیریت شده توسط Medi-Cal .....
32	J. خدمات اجتماعی یا سوشیال سرویس کانتی .....
33	K. طرح بهداشت روان تخصصی کانتی .....
34	L. برنامه هایی برای کمک به مردم در پرداخت هزینه داروهای تجویزی خود.....
34	L1. کمک اضافی .....
35	M. تامین اجتماعی یا سوشیال سکيوریتی .....
36	N. هیئت بازنشستگان راه آهن (RRB).....
37	O. منابع دیگر.....
38	P. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal .....



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**A. خدمات مشتریان**

تلفن تماس	1-877-412-2734. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته.
فکس	1-714-246-8711
مکاتبه	خدمات مشتریان OneCare 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCarecustomerservice@caloptima.org
وبسایت	www.caloptima.org/OneCare

برای گرفتن کمک با خدمات مشتریان تماس بگیرید:

- پرسشها در مورد برنامه درمانی
- پرسش‌های مربوط به مطالبه‌ها یا ارائه صورتحساب
- تصمیمات در مورد پوشش مراقبت درمانی شما
  - تصمیم در مورد پوشش مراقبت درمانی شما شامل موارد زیر است:
    - مزایای شما و خدمات تحت پوشش، یا
    - مبلغی که برای خدمات بهداشتی شما پرداخت خواهیم کرد.
  - اگر پرسش‌هایی درباره تصمیم صادره برای پوشش مراقبت‌های بهداشتی سلامت دارید، با ما تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش، به فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- درخواست تجدید نظر در مورد مراقبتهای درمانی
  - درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما جهت بررسی تصمیمی است که در مورد پوشش شما گرفته ایم تا اگر فکر می کنید اشتباه کرده ایم، با این روش از ما بخواهید آن را تغییر دهیم.
  - برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- شکایات در مورد مراقبتهای درمانی خود
  - شما می توانید شکایتی از ما یا هر کدام از ارائه کنندگان (خارج شبکه یا عضو شبکه) ارائه کنید. یک ارائه کننده عضو شبکه، ارائه کننده ایست که با برنامه درمانی همکاری دارد. همچنین می توانید یک شکایت درباره کیفیت مراقبتی که از ما دریافت کردید، به ما یا سازمان بهبود کیفیت (به بخش **F**، صفحه 28 مراجعه کنید) ارائه کنید.
  - می توانید با ما به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید و شکایت خود را توضیح دهید.
  - اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش در مورد مراقبت های بهداشتی شما است، می توانید درخواست تجدید نظر کنید (به بخش بالا، در صفحه 21 مراجعه کنید).
  - شما می توانید شکایت مربوط به طرح بیمه ما را برای Medicare ارسال کنید. شما می توانید از فرم آنلاین در [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** تماس بگیرید.
  - می توانید با شماره تلفن **1-888-804-3536** به برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds Program شکایت کنید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اقامه شکایت در مورد مراقبت های بهداشتی خود، به **فصل 9** کتاب راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- تصمیمهای مربوط به پوشش داروهای شما
  - تصمیم در مورد پوشش داروهای شما شامل موارد زیر است:
    - مزایای شما و داروهای تحت پوشش، یا
    - مبلغی که برای داروهای شما پرداخت خواهیم کرد.
  - داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند، مانند داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین های خاص، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx در [medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتری Medi-Cal Rx به شماره **1-800-977-2273** تماس بگیرید.
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش در مورد داروهای تجویزی خود، به **فصل 9** کتاب راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- درخواست تجدید نظر در مورد داروهای شما
  - درخواست تجدید نظر روشی برای درخواست از ما برای ایجاد تغییرات در تصمیم پوششی می باشد.
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدید نظر در مورد داروهای تجویزی خود، به **فصل 9** کتاب راهنمای اعضا مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- شکایات در مورد داروهایتان
  - شما می‌توانید در مورد ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. اینکار شامل شکایت در مورد داروهای نسخه‌ای شما می‌شود.
  - اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش مربوط به داروهای نسخه‌ای شماست، می‌توانید درخواست بررسی مجدد کنید. (به بخش بالا، در صفحه 21 مراجعه کنید.)
  - شما می‌توانید شکایت مربوط به طرح بیمه ما را برای Medicare ارسال کنید. شما می‌توانید از فرم آنلاین در [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدید نظر در مورد داروهای تجویزی خود، به **فصل 9 کتاب راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
- پرداخت هزینه مراقبت درمانی یا داروهای که قبلاً هزینه آنها پرداخت کرده‌اید
  - برای کسب اطلاعات در مورد نحوه بازپرداخت به شما، یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7 کتاب 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 تجدید نظر کنید. به **فصل 9 کتاب راهنمای اعضا** مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**B. هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما**

هماهنگ کننده مراقبت شخصی OneCare یکی از افراد اصلی است که باید با او در تماس باشید. این شخص در مدیریت تمام ارائه‌ندگان و خدمات به شما کمک میکند تا اطمینان حاصل می‌کند که آنچه لازم دارید را دریافت میکنید.

تلفن تماس	<b>1-877-412-2734</b> . این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌کنیم.
TTY	<b>711</b> . این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنیداری یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته.
فکس	<b>1-714-246-8711</b>
مکاتبه	خدمات مشتریان OneCare 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCarecustomerservice@caloptima.org
وبسایت	<b>www.caloptima.org/OneCare</b>

با هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود تماس بگیرید تا در موارد زیر کمک بگیرید:

- پرسش در مورد مراقبت درمانی خود
- پرسش در مورد دریافت خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد)
- سوالاتی در مورد مزایای دندانپزشکی
- سوالات در مورد حمل و نقل به قرار ملاقات پزشکی

خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS) شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS) و مراکز پرستاری (NF) می‌شوند.

گاهی اوقات می‌توانید کمک‌هایی را در رابطه با مراقبت بهداشتی و نیازهای زندگی روزمره خود دریافت کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS)
- مراکز پرستاری تخصصی،
- فیزیوتراپی،
- کار درما نی،
- گفتار درما نی،
- خدمات اجتماعی پزشکی
- مراقبت سلامتی در منزل، و
- خدمات پشتیبانی درخانه، از طریق آژانس خدمات اجتماعی کانتی شما .



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## C. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (HICAP)

برنامه کمک بیمه سلامت دولتی (SHIP) به افراد دارای Medicare مشاوره رایگان بیمه درمانی می‌دهد. در کالیفرنیا برنامه (SHIP) به نام برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) شناخته می‌شود. مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا بفهمید برای رسیدگی به مشکل خود چه کاری باید انجام دهید. HICAP مشاورین کارآموزده ای را در هر کانتی در استخدام دارد و این خدمات رایگان می‌باشند. HICAP با هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی‌باشد.

تلفن تماس	1-800-434-0222 یا 1-714-560-0424 دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 4 بعد از ظهر.
TTY	1-800-735-2929 یا 711. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنیداری یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	The Council on Aging Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614
ایمیل	help@coasc.org
وبسایت	http://aging.ca.gov/hicap/

برای دریافت کمک با HICAP تماس بگیرید:

- برای پرسش در مورد Medicare
- مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما در مورد تغییر به برنامه درمانی جدید پاسخ دهند و به شما در موارد زیر کمک کنند:
  - به شما در درک حقوقتان کمک کنند،
  - به شما در درک گزینه‌های برنامه درمانی کمک کنند،
  - به شما در اقامه شکایات در مورد مراقبت درمانی یا مداوای شما کمک کنند، و
  - به شما در رسیدگی و اصلاح مشکلات مربوط به صورتحساب‌ها کمک کنند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### D. خط مشاوره با پرستار

خط مشاوره پرستاری به شما کمک میکند تا بتوانید با پرستار با مدرک رسمی (RN) به منظور دریافت کمک و پرسش در مورد نگرانیهای سلامتی تماس بگیرید. شما می‌توانید با خط تماس مشاوره پرستاری در مورد سؤالات مربوط به سلامتی یا مراقبت‌های بهداشتی خود تماس بگیرید.

تلفن تماس	<b>1-844-447-8441</b> . این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌کنیم.
TTY	<b>1-844-514-3774</b> . این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### E. خطوط بحران سلامت روان

اگر در شرایط اضطراری که زندگی شما را تهدید می‌کند هستید، لطفاً با شماره 911 تماس بگیرید. اگر دچار بحران سلامت روان هستید، با شماره زیر تماس بگیرید:

لینک های OC 1-855-625-4657. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌کنیم.	تلفن تماس
1-714-834-2332. این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته.	TTY

برای کمک با خط بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید:

- دریافت کمک در زمینه های زیر با خط بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید

اگر فکر می‌کنید در بحران نیستید و سؤالات کلی در مورد خدمات بهداشت روان و سوء مصرف مواد دارید، با خط سلامت رفتاری CalOptima Health به شماره **1-855-877-3885 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

برای سؤالات در مورد خدمات تخصصی بهداشت روانی انتی خود، به بخش **K**، در صفحه 33 مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی تحت عنوان Livanta, LLC دارد. این سازمان متشکل از گروهی پزشکان و دیگر افراد حرفه ای در امور درمانی است که به ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامتی اعضای Medicare کمک می کنند. Livanta, LLC. با طرح ما مرتبط نیست.

تلفن تماس	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668
مکاتبه	Livanta, LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
ایمیل	Communications@Livanta.com
وبسایت	<a href="https://www.livantaqio.com/en">https://www.livantaqio.com/en</a>

با Livanta, LLC تماس بگیرید. برای کمک در زمینه های:

- پرسش در مورد حقوق مراقبت درمانی خود
- می توانید برای مراقبتی که دریافت کرده اید شکایت کنید اگر:
  - در مورد کیفیت مراقبت مشکلی دارید،
  - فکر می کنید که خیلی زود از بیمارستان مرخص می شوید، یا
  - فکر می کنید که مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) خیلی زود خاتمه پیدا می کند.



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## Medicare .G

مدیکر یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص 65 سال به بالا، بعضی اشخاص معلول زیر 65 سال و اشخاصی می باشد که در مرحله نهائی بیماری کلیوی هستند (نارسائی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد). آژانس فدرال مسئول Medicare، مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS است.

<p>تلفن تماس 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.</p>	
<p>TTY 1-877-486-2048. این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.</p>	
<p>وبسایت <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> این وب سایت رسمی Medicare است. این وبسایت اطلاعات بروز شده در مورد Medicare را به شما می دهد. همچنین اطلاعاتی در مورد بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری، پزشکان، آژانس‌های بهداشتی خانگی، امکانات دیالیز، امکانات توانبخشی بستری، و آسایشگاه‌ها دارد. این شامل وب سایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید است. همچنین دارای اسنادی است که می توانید مستقیماً از کامپیوتر خود پرینت کنید. اگر کامپیوتر ندارید، کتابخانه محلی یا مراکز سالمندان ممکن است بتواند به شما کمک کند تا با استفاده از کامپیوتر آنها از این وب سایت بازدید کنید. یا، می توانید با شماره بالا با Medicare تماس بگیرید و به آنها بگویید به دنبال چه اطلاعاتی هستید. آنها اطلاعات را در وب سایت پیدا می کنند و اطلاعات را با شما بررسی می کنند.</p>	



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## Medi-Cal .H

Medi-Cal نام برنامه Medicaid در کالیفرنیا است. این یک برنامه بیمه سلامت عمومی است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز را برای افراد کم درآمد، از جمله خانواده‌های دارای فرزندان، سالمندان، افراد دارای معلولیت، کودکان و نوجوانان زیر سرپرستی موقت، و زنان باردار ارائه می‌دهد. هزینه‌های Medi-Cal توسط بودجه دولت ایالتی و فدرال تامین می‌شود.

مزایای Medi-Cal شامل خدمات پزشکی، دندانپزشکی، سلامت رفتاری و خدمات و پشتیبانی طولانی مدت است. شما در Medicare و Medi-Cal ثبت نام کرده‌اید. اگر در مورد مزایای Medi-Cal خود سؤال دارید، با هماهنگ کننده مراقبت برنامه خود تماس بگیرید. اگر در مورد ثبت نام طرح Medi-Cal سؤال دارید، با Health Care Options تماس بگیرید.

تلفن تماس	1-888-587-8088 یا 1-714-246-8500 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهر.
TTY	711 این شماره برای اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	CalOptima Health 505 City Parkway West Orange, CA 92868
وبسایت	<a href="http://www.caloptima.org">www.caloptima.org</a>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### I. دفتر Ombudsman مراقبت و سلامت روانی مدیریت شده توسط Medi-Cal

دفتر Ombudsman به عنوان وکیل از طرف شما کار می‌کند. آنها می‌توانند در صورت داشتن مشکل یا شکایت به سؤالات پاسخ دهند و به شما کمک کنند که بفهمید برای مدیریت مشکل خود چکار کنید. دفتر Ombudsman همچنین در مورد مشکلات خدمات یا صورتحساب به شما کمک می‌کند. آنها با طرح ما یا با هیچ شرکت بیمه یا طرح بهداشتی ارتباط ندارند. این خدمات رایگان هستند.

تلفن تماس	1-888-452-8609 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر.
TTY	711 این تماس رایگان است.
مکاتبه	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وبسایت	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx</a>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## ل. خدمات اجتماعی یا سوشیال سرویس کانتی

اگر در مورد مزایای خدمات حمایتی در منزل (IHSS) خود به کمک نیاز دارید، با آژانس خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید. IHSS شامل طیف گسترده‌ای از خدمات برای رفع نیازهای فردی شما و کمک به شما برای زندگی ایمن در خانه است. برای دریافت مزایای IHSS باید الزامات صلاحیت برنامه را داشته باشید تا بتوانید واجد شرایط IHSS باشید. برخی از خدمات IHSS که ممکن است در دسترس شما باشند عبارتند از:

- نظافت منزل و کارهای سنگین نظافت، آماده سازی غذا، شستشوی لباسها، کارهای خرید و کارهای بیرون در حد معقول.
- خدمات مراقبت شخصی مانند تغذیه، استحمام، مراقبت های ویژه اجابت مزاج و دفع ادرار، لباس پوشیدن و سایر خدمات.
- کمک در رفت و آمد برای قرارهای پزشکی و خدمات مربوط به بهداشت و سلامت.
- خدمات مراقبت های پیراپزشکی.

با آژانس خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید تا برای خدمات حمایتی در خانه درخواست دهید، که به پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک می کند تا بتوانید با آرامش در خانه خود بمانید. انواع خدمات ممکن است شامل کمک در تهیه غذا، حمام کردن، لباس پوشیدن، خرید لباسشویی یا حمل و نقل باشد. برای هرگونه سوال در مورد واجد شرایط بودن Medi-Cal خود با آژانس خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید.

تلفن تماس	1-714-825-3000 یا 1-800-281-9799. این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 بعد از ظهر.
TTY	1-800-735-2929 این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	Orange County Social Services Agency 1505 East Warner Avenue Santa Ana, CA 92705
وبسایت	<a href="http://www.ssa.ocgov.com">www.ssa.ocgov.com</a>



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### K. طرح بهداشت روان تخصصی کانتی

در صورت داشتن معیارهای دسترسی، خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان کانتی (MHP) در دسترس شما قرار می‌گیرد.

<b>تلفن تماس</b>	1-800-723-8641. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌کنیم.
<b>TTY</b>	711. این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته.

در موارد زیر با برنامه تخصصی بهداشت روانی کانتی تماس بگیرید:

- سؤالات در مورد خدمات بهداشت رفتاری ارائه شده توسط کانتی
- خدمات عبارتند از:
  - خدمات بهداشت روانی تخصصی سرپایی
  - خدمات پشتیبانی دارویی
  - مداخله در شرایط بحرانی و پایدارسازی
  - معالجات روزانه فشرده
  - بازپروری روزانه
  - خدمات درمانی عرضه شده به بزرگسالان و/یا در مواقع بحران
  - خدمات مدیریت هدفمند پرونده ها
  - خدمات سرپایی مصرف مواد که شامل خدمات درمانی سرپایی فشرده میشود
  - خدمات درمانی
  - خدمات مسکونی پیش از وضع حمل
  - خدمات سرپایی بدون مواد مخدر / مشاوره
  - خدمات درمان مواد مخدر و Naltrexone.



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**L. برنامه هایی برای کمک به مردم در پرداخت هزینه داروهای تجویزی خود**

وب سایت Medicare.gov

[www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)

[the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) اطلاعاتی در مورد چگونگی کاهش

هزینه های داروهای تجویزی خود ارائه می دهد. برای افراد با درآمد محدود، برنامه های دیگری نیز وجود دارد که در زیر توضیح داده شده است.

**L1. کمک اضافی**

از آنجایی که شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، برای پرداخت هزینه های طرح داروی تجویزی خود واجد شرایط دریافت «کمک اضافی» از Medicare هستید. برای دریافت این «کمک اضافی» نیازی به انجام هیچ کاری توسط شما نیست.

تلفن تماس	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.
TTY	1-877-486-2048 این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
وبسایت	<a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## M. تامین اجتماعی یا سوشیال سکيوریتی

سوشیال سکيوریتی واجد شرایط بودن را تعیین می کند و ثبت نام برای مدیکر را انجام می دهد. شهروندان ایالات متحده و ساکنان دائمی قانونی که 65 سال و بالاتر دارند، یا دارای ناتوانی یا بیماری کلیوی مرحله پایانی (ESRD) هستند و شرایط خاصی را دارند، واجد شرایط Medicare هستند. اگر در حال حاضر چک های سوشیال سکيوریتی را دریافت می کنید، ثبت نام در Medicare به صورت خودکار انجام می شود. اگر چک سوشیال سکيوریتی دریافت نمی کنید، باید در Medicare ثبت نام کنید. برای درخواست Medicare، می توانید با سوشیال سکيوریتی تماس بگیرید یا به دفتر سوشیال سکيوریتی محلی خود مراجعه کنید.

اگر آدرس پستی خود را جابه جا می کنید یا تغییر می دهید، مهم است که با دفتر سوشیال سکيوریتی تماس بگیرید تا آنها را مطلع کنید.

تلفن تماس	1-800-772-1213 تماس با این شماره رایگان است. از 8:00 صبح تا 7:00 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه در دسترس است. شما می توانید از خدمات تلفن خودکار آنها برای دریافت اطلاعات ضبط شده و انجام برخی کارهای 24 ساعته استفاده کنید.
TTY	1-800-325-0778 این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	Social Security Administration Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235.
وبسایت	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



### N. هیئت بازنشستگان راه آهن (RRB)

RRB یک آژانس مستقل فدرال است که برنامه های مزایای جامع را برای کارگران راه آهن کشور و خانواده های آنها مدیریت می کند. اگر Medicare را از طریق RRB دریافت می کنید، مهم است که در صورت جابجایی یا تغییر آدرس پستی خود به آنها اطلاع دهید. اگر در مورد مزایای خود از RRB سؤالی دارید، با آژانس تماس بگیرید.

تلفن تماس	1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. اگر "0" را فشار دهید، می توانید از ساعت 9 صبح تا 3:30 بعد از ظهر، دوشنبه، سه شنبه، پنجشنبه و جمعه و از ساعت 9 صبح تا 12 بعد از ظهر چهارشنبه با نماینده RRB صحبت کنید. اگر "1" را فشار دهید، می توانید به خط راهنمای خودکار RRB و اطلاعات ضبط شده در 24 ساعت شبانه روز، از جمله آخر هفته ها و تعطیلات، دسترسی پیدا کنید.
TTY	1-312-751-4701 این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. تماس با این شماره رایگان است.
وبسایت	<a href="http://www.rrb.gov">www.rrb.gov</a>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## 0. منابع دیگر

برنامه بازرسان کل (Medicare Medi-Cal Ombuds Program)، کمک رایگان را به افرادی که می‌خواهند پوشش سلامت دریافت کنند یا آن را حفظ کنند و مشکلات خود را در زمینه برنامه‌های درمانی‌شان حل کنند ارائه می‌نماید.

اگر با این موارد مشکل دارید:

- Medi-Cal
- Medicare
- درباره برنامه بیمه درمانی
- دسترسی به خدمات پزشکی
- درخواست خدمات رد شده، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، خدمات بهداشت روان و غیره.
- صورتحساب درمان
- خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)

برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds به شکایات، استیناف‌ها و جلسات رسیدگی کمک می‌کند. شماره تلفن برنامه بازرس، Ombud 1-888-804-3536 می‌باشد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## P. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal

برخی از خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal در دسترس هستند. شامل اما نه محدود به خدمات زیر:

- معاینه اولیه، عکسبرداری، تمیز کردن و درمان با فلوراید
- پر کردن و روکش دندان
- درمان عصب کشی
- دندان مصنوعی موضعی و کامل، تنظیمات، ترمیم و رلین و لایه گذاری

تلفن تماس	1-800-322-6384 این تماس رایگان است. مزایای دندانپزشکی از طریق برنامه های هزینه خدمات دندانپزشکی Medi-Cal و مراقبت های مدیریت شده دندانپزشکی (DMC) در دسترس است. نمایندگان برنامه هزینه خدمات دندانپزشکی Medi-Cal از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر از دوشنبه تا جمعه در دسترس شما هستند.
TTY	1-800-735-2922 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
وبسایت	<a href="http://www.dental.dhcs.ca.gov">www.dental.dhcs.ca.gov</a>

علاوه بر برنامه هزینه خدمات دندانپزشکی Medi-Cal، ممکن است از طریق برنامه مراقبت مدیریت شده دندانپزشکی از مزایای دندانپزشکی بهره مند شوید. برنامه های مراقبت مدیریت شده دندانپزشکی در کانتی های ساکرامنتو و لس آنجلس موجود است. اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد برنامه‌های دندانپزشکی داشته باشید، یا می‌خواهید برنامه‌های دندانپزشکی را تغییر دهید، با گزینه‌های مراقبت بهداشتی به شماره 1-800-430-4263 (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس می‌گیرند)، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 صبح تا ساعت 6 بعد از ظهر تماس بگیرید. این تماس رایگان می باشد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

### مقدمه

این فصل دارای شرایط و قوانین خاصی است که برای دریافت مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش با برنامه ما، باید از آنها مطلع باشید. همچنین درباره این موارد شما را آگاه می‌کند: هماهنگ‌کننده مراقبت شما، نحوه دریافت مراقبت از انواع مختلف ارائه‌کنندگان و تحت شرایط خاص (از جمله از ارائه‌کنندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)؛ اگر برای خدمات تحت پوشش ما صورت‌حسابی مستقیماً به شما ارسال شود، چه کاری باید انجام دهید؛ و قوانین مربوط به مالکیت «تجهیزات پزشکی بادوام» (Durable Medical Equipment, DME). اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبایی در آخرین فصل کتابچه راهنمای عضو آمده است.

### فهرست مطالب

- A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌کنندگان ..... 41
- B. قوانین دریافت خدماتی که برنامه ما پوشش می‌دهد ..... 41
- C. هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی شما ..... 43
  - C1. هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی چیست ..... 43
  - C2. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود ..... 43
  - C3. نحوه تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود ..... 43
- D. مراقبت از سوی ارائه‌کنندگان ..... 43
  - D1. مراقبت از سوی ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP) ..... 43
  - D2. مراقبت‌ها از سوی متخصصین و سایر ارائه‌کنندگان شبکه ..... 45
  - D3. وقتی ارائه‌کننده‌ای از برنامه ما خارج می‌شود ..... 46
  - D4. ارائه‌کنندگان خارج از شبکه ..... 47
- E. خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (LTSS) ..... 48
- F. خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال سوءمصرف مواد) ..... 48
  - F1. خدمات بهداشت رفتاری Medi-Cal خارج از برنامه ما ارائه می‌شود ..... 48



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## Medicare Medi-Cal Plan, OneCare (HMO D-SNP) یک برنامه کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- G. خدمات حمل و نقل** ..... 50
- G1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیراورژانسی ..... 50
- G2. حمل و نقل غیر پزشکی ..... 51
- H. خدمات تحت پوشش در مراقبتهای فوری، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام وضعیت بحرانی** ..... 52
- H1. مراقبت در مراقبتهای فوری ..... 52
- H2. مراقبتهای ضروری فوری ..... 53
- H3. مراقبت در حین وقوع بحران ..... 54
- I. اگر بابت خدماتی که تحت پوشش برنامه ما است صورت حساب مستقیم دریافت کنید، چه کاری باید انجام دهید.** ..... 55
- I1. اگر برنامه ما خدمات را پوشش ندهد، چه کاری باید انجام دهید. ..... 55
- J. پوشش خدمات مراقبت بهداشتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی** ..... 56
- J1. تعریف مطالعه تحقیقاتی بالینی ..... 56
- J2. پرداخت برای خدمات در زمانی که در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت دارید ..... 56
- J3. اطلاعات بیشتر در مورد مطالعات تحقیقاتی بالینی ..... 57
- K. خدمات مراقبت بهداشتی شما در مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی چگونه تحت پوشش قرار می‌گیرد.** ..... 57
- K1. تعریف مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی ..... 57
- K2. مراقبت از سوی مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی ..... 57
- L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)** ..... 58
- L1. DME به‌عنوان عضوی از برنامه ما ..... 58
- L2. مالکیت DME در صورتی که بیمه خود را به Original Medicare تغییر دهید ..... 58
- L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به‌عنوان عضوی از برنامه ما ..... 59
- L4. تجهیزات اکسیژن در صورتی که بیمه خود را به Original Medicare یا طرح Medicare Advantage (MA) دیگری تغییر دهید ..... 59



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌کنندگان

خدمات عبارت‌اند از مراقبت بهداشتی خدمات و حمایت‌های بلندمدت (Long-Term Services and Supports, LTSS)، لوازم، خدمات بهداشت رفتاری، داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه، تجهیزات و خدمات دیگر. خدمات تحت پوشش هر یک از این خدماتی است که برنامه ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند. مراقبت‌های بهداشتی تحت پوشش، خدمات سلامت رفتاری و LTSS تحت پوشش در فصل 4 از کتابچه راهنمای اعضا ذکر شده‌اند. خدمات زیر پوشش شما برای داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه تحت پوشش در فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا ذکر شده‌اند.

ارائه‌کننده کان به پزشکان، پرستاران و سایر افرادی اطلاق می‌شود که به شما خدمات و مراقبت ارائه می‌کنند. ارائه‌کنندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های بهداشت خانگی، درمانگاه‌ها و مکان‌های دیگری است که خدمات مراقبت بهداشتی، خدمات بهداشت رفتاری، تجهیزات پزشکی و LTSS را به شما ارائه می‌دهند.

ارائه‌کنندگان شبکه ارائه‌کنندگانی هستند که با برنامه ما همکاری می‌کنند. این ارائه‌کنندگان موافقت می‌کنند که پرداخت ما را به‌عنوان پرداخت کامل بپذیرند. ارائه‌کنندگان شبکه بابت مراقبتی که به شما ارائه می‌دهند، به ما مستقیماً صورت حساب می‌دهند. در هنگام استفاده از ارائه‌کننده شبکه، معمولاً هزینه‌ای بابت خدمات تحت پوشش نمی‌پردازید.

### B. قوانین دریافت خدماتی که برنامه ما پوشش می‌دهد

برنامه ما همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را پوشش می‌دهد. این امر شامل برخی خدمات بهداشت رفتاری و خدمات LTSS می‌شود.

طرح ما به طور کلی برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی، خدمات بهداشت رفتاری، و LTSS که با پیروی از قوانین ما دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کند. برای تحت پوشش بودن در برنامه ما:

- مراقبتی که دریافت می‌کنید باید جزو مزایای برنامه باشد. این یعنی آن را در جدول مزایا در فصل 4 از کتابچه راهنمای اعضا گنجانده باشیم.
- مراقبت باید دارای ضرورت پزشکی باشد. منظور از ضرورت پزشکی خدمات مهمی است که منطقی است و باعث محافظت از جان شخص می‌شود. مراقبت دارای ضرورت پزشکی برای جلوگیری از بیماری جدی یا ناتوانی افراد لازم است و با درمان بیماری، ناخوشی یا جراحی، درد شدید را کاهش می‌دهد. برای خدمات پزشکی، باید یک پزشک مراقبت‌های درمانی اولیه (PCP) عضو شبکه داشته باشید که دستور مراقبت را می‌دهد یا به شما می‌گوید که از خدمات پزشک دیگری استفاده نمایید. به عنوان یک عضو برنامه، باید یک ارائه‌کننده شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.
- در بیشتر موارد، پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شبکه یا طرح بیمه شما باید تأییدیه بدهد تا بتوانید از ارائه‌کننده‌ای که پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما نیست یا از سایر ارائه‌دهندگان در شبکه برنامه ما استفاده کنید. به این کار، معرفی نامه می‌گویند. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است نتوانیم خدمات را پوشش دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارجاعات، به صفحه 45 مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- مراقبتهای درمانی اصلی برنامه ما به شبکه‌های درمانی وابسته هستند. در هنگام انتخاب پزشک مراقبتهای درمانی اصلی، شبکه درمانی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. یعنی پزشک مراقبتهای درمانی اصلی، شما را به متخصصان و مراکز خدماتی وابسته به شبکه درمانی خودشان معرفی می‌کند. شبکه درمانی گروهی از پزشکان و بیمارستان‌هایی است که با OneCare قرارداد دارند تا خدمات تحت پوشش را برای اعضای ما فراهم کنند.
- برای مراقبت‌های اورژانسی یا مراقبت‌های فوری مورد نیاز، برای استفاده از ارائه دهنده سلامت زنان یا برای هر یک از خدمات دیگر فهرست شده در بخش **D1** این فصل، نیازی به ارجاع از PCP خود ندارید.
- **شما باید از ارائه‌کنندگان شبکه که به شبکه درمانی پزشک مراقبتهای درمانی اصلی شما وابسته هستند مراقبت‌های خود را دریافت کنید.** معمولاً، ما مراقبت‌های ارائه‌کننده‌ای را که با برنامه درمانی ما و شبکه درمانی پزشک مراقبتهای درمانی اصلی شما همکاری نمی‌کند پوشش نمی‌دهیم. این یعنی شما برای خدمات ارائه‌شده باید به‌طور کامل هزینه‌ها را خودتان به ارائه‌کننده پرداخت کنید. در اینجا چند مورد که این قانون در مورد آنها صدق نمی‌کند ارائه شده است:
  - ما مراقبت‌های اضطراری یا مورد نیاز فوری از ارائه‌کننده خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم (برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش **H** در این فصل مراجعه کنید).
  - اگر به مراقبت‌هایی نیاز دارید که برنامه ما پوشش می‌دهد و ارائه‌کنندگان شبکه ما نمی‌توانند آن را به شما ارائه دهند، می‌توانید از ارائه‌کننده خارج از شبکه مراقبت‌ها را دریافت کنید، که این امر نیازمند یک اجازه قبلی است. در این شرایط، ما مراقبت‌ها را پوشش می‌دهیم، به‌گونه‌ای که گویی آن را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کرده‌اید.
  - هنگامی که شما برای مدت کوتاهی در منطقه خارج از محدوده خدمات برنامه ما هستید یا زمانی که ارائه‌کننده خدمات شما به‌طور موقت قابل استفاده یا در دسترس نیست، خدمات دیالیز کلیه را پوشش می‌دهیم. می‌توانید این خدمات را در یکی از مراکز دیالیز مورد تأیید Medicare دریافت کنید.
  - هنگامی که برای اولین بار به برنامه ما ملحق می‌شوید، می‌توانید درخواست کنید که دریافت خدمات از ارائه‌کنندگان فعلی خود را ادامه دهید. به استثنای برخی موارد، اگر برای ما محرز شود که قبلاً از این ارائه‌کننده خدمات دریافت کرده‌اید، باید این درخواست را تأیید کنیم. به **فصل 1 کتابچه راهنمای اعضای خود** مراجعه کنید. اگر درخواست شما را تأیید کنیم، می‌توانید تا 12 ماه به دریافت خدمات از ارائه‌کنندگان فعلی ادامه دهید. در طول این مدت، هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان با شما تماس خواهد گرفت تا کمک کند ارائه‌کنندگانی را در شبکه ما پیدا کنید که به شبکه درمانی پزشک مراقبتهای درمانی اصلی شما وابسته هستند. اگر پس از گذشت 12 ماه همچنان از ارائه‌کنندگانی استفاده کنید که در شبکه ما نیستند و به شبکه درمانی پزشک مراقبتهای درمانی اصلی شما وابسته نیستند، دیگر مراقبت‌های شما را پوشش نمی‌دهیم.

**اعضای جدید OneCare:** در بیشتر موارد، در اولین روز از ماه پس از درخواست ثبت‌نام در OneCare (HMO D-SNP)، یک طرح Medicare Medi-Cal، برای مزایای Medicare خود در OneCare ثبت‌نام خواهید کرد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از برنامه درمانی قبلی Medi-Cal به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق OneCare دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با ما تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

### C. هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی شما

#### C1. هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی چیست

هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی به پزشک یا افراد آموزش‌دیده دیگری گفته می‌شود که برای برنامه ما، به منظور ارائه خدمات هماهنگی مراقبت به شما، کار می‌کند. (برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش G در فصل 1 مراجعه کنید).

#### C2. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود

می‌توانید اطلاعات تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود را در روی کارت شناسایی OneCare خود بیابید.

#### C3. نحوه تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود

می‌توانید از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با طرح OneCare خود تماس بگیرید و درخواست تغییر کنید.

### D. مراقبت از سوی ارائه‌کنندگان

#### D1. مراقبت از سوی ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP)

شما باید (PCP) را انتخاب کنید تا مراقبت‌های شما را ارائه و مدیریت کند. پزشک‌های مراقبت‌های درمانی اصلی برنامه ما به شبکه‌های درمانی وابسته هستند. در هنگام انتخاب پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی، شبکه درمانی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید.

#### تعریف پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی و کاری که پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی برای شما می‌کند

پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی چیست؟ پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما پزشکی است که مطابق با الزامات ایالتی برای ارائه مراقبت‌های اولیه پزشکی به شما آموزش دیده است.

شبکه درمانی چیست؟ شبکه درمانی شما گروهی از پزشکان و بیمارستان‌هایی است که با برنامه ما قرارداد دارند تا خدمات مراقبت بهداشتی را به اعضای برنامه ما ارائه کنند.

کدام نوع از ارائه‌کنندگان می‌توانند به‌عنوان پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی عمل کنند؟ در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های OneCare، تمام ارائه‌کنندگان شبکه که می‌توانند به‌عنوان پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی عمل کنند ذکر شده است. برخی از متخصصان، از جمله پزشک زنان و متخصص زنان و زایمان، می‌توانند به‌عنوان پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی عمل کنند، مشروط به اینکه با انجام دادن این کار موافق باشند و نامشان به‌عنوان پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها (*Provider and Pharmacy Directory*) ذکر شده باشند.

شما مراقبت‌های معمول یا اولیه خود را از پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی دریافت خواهید کرد. پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما همچنین بقیه خدمات تحت پوشش را که به‌عنوان عضو OneCare دریافت می‌کنید هماهنگ می‌کند. هماهنگی خدمات شما به‌معنای بررسی یا مشورت با سایر ارائه‌کنندگان برنامه در مورد مراقبت شما و نحوه انجام دادن آن است. در بیشتر موارد، قبل از مراجعه به سایر ارائه‌کنندگان مراقبت بهداشتی یا به‌منظور تأیید قبلی برخی از خدمات یا لوازم تحت پوشش، باید به پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود مراجعه کنید تا معرفی‌نامه بگیرید. برای انواع خاصی از خدمات یا لوازم تحت پوشش، باید از قبل از پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود تأییدیه دریافت کنید (مانند دادن معرفی‌نامه به شما برای مراجعه به متخصص).



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

آیا درمانگاه می‌تواند ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه من باشد؟ بله. اعضا می‌توانند «مراکز بهداشت مورد تأیید دولت فدرال» (Federally Qualified Health Centers, FQHC) را که به‌عنوان پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های OneCare ذکر شده‌اند به‌عنوان ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه خود انتخاب کنند.

### انتخاب شما برای پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی

OneCare دارای «فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها» است که در صورت درخواست در دسترس شخص قرار می‌گیرد. در این فهرست راهنما، فهرستی از تمام شبکه‌های درمانی، پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی، متخصصین، درمانگاه‌ها و بیمارستان‌هایی وجود دارد که تحت قرارداد با OneCare هستند تا خدمات را به اعضای OneCare ارائه دهند. برای درخواست فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها، لطفاً با خدمات مشتریان OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

پزشک‌های مراقبت‌های درمانی اصلی بر اساس شهر و در زیر شبکه‌های درمانی وابسته به آنها ذکر شده‌اند. نام آن پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی را که می‌خواهید به‌عنوان ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما عمل کند پیدا کنید. پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی باید در شبکه درمانی انتخابی شما باشد.

به زیر نام پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی نگاه کنید تا شماره شناسایی (Identification, ID) او را بیابید و با «خدمات مشتریان» OneCare تماس بگیرید تا انتخاب خود را به ما اطلاع دهید.

اگر بخواهید از متخصص یا بیمارستان مشخصی استفاده کنید، باید اطلاع کسب کنید که آیا آنها به شبکه درمانی پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما وابسته هستند یا خیر. برای اینکه بدانید آیا پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی مورد نظر شما برای آن متخصص یا بیمارستان معرفی‌نامه صادر می‌کند یا خیر، به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید یا از خدمات مشتریان بپرسید.

### حق تغییر پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی

می‌توانید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود را هر زمان که خواستید و به هر دلیل تغییر دهید. همچنین، ممکن است پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما از شبکه برنامه ما خارج شود. اگر پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما از شبکه ما خارج شود، می‌توانیم به شما کمک کنیم پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی جدیدی در شبکه ما پیدا کنید.

شما می‌توانید PCP خود را به هر دلیلی و در هر زمانی تغییر دهید. هر زمان خواستید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود را تغییر دهید، لطفاً با خدمات مشتریان OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. در بیشتر موارد، تاریخ شروع خدمات پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی جدید شما اولین (1 امین) ماه پس از تاریخ دریافت درخواست شما توسط OneCare است. اگر در انتخاب پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی به کمک نیاز دارید، با «خدمات مشتریان OneCare» تماس بگیرید. اگر به متخصص مراجعه می‌کنید یا خدمات تحت پوشش دیگری را دریافت می‌کنید که نیاز به تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما دارند (مانند خدمات بهداشت در منزل و تجهیزات پزشکی بادوام) حتماً به «خدمات مشتریان» اطلاع دهید. «خدمات مشتریان» به شما کمک می‌کند تا پس از تغییر دادن پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود همچنان از مراقبت تخصصی و دیگر خدماتی که قبلاً دریافت می‌کردید بهره‌مند شوید. آنها همچنین بررسی خواهند کرد تا مطمئن شوند پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی انتخابی جدید مدنظر شما بیمار جدید می‌پذیرد. «خدمات مشتریان» سابقه عضویت شما را تغییر می‌دهد تا نام پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی جدید شما در آن نمایش داده شود و به شما اطلاع می‌دهد که تغییر به پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی جدید از چه زمانی اعمال خواهد شد. آنها کارت عضویت جدیدی نیز برایتان ارسال می‌کنند که نام و شماره تلفن پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی جدید شما در آن درج شده است.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## Medicare Medi-Cal Plan یک برنامه OneCare (HMO D-SNP), کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

پزشک‌های مراقبت‌های درمانی اصلی برنامه ما به شبکه‌های درمانی وابسته هستند. اگر پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود را تغییر دهید، ممکن است شبکه درمانی شما نیز تغییر کند. هنگام درخواست تغییر، اگر نزد متخصص می‌روید یا خدمات تحت پوشش دیگری را دریافت می‌کنید که باید تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی را داشته باشند، به «خدمات مشتریان» اطلاع دهید. «خدمات مشتریان» به شما کمک می‌کند مراقبت‌های تخصصی و سایر خدمات خود را پس از تغییر پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی همچنان دریافت کنید.

### خدماتی که می‌توانید بدون تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود دریافت کنید

در اکثر موارد، قبل از استفاده از خدمات ارائه‌کنندگان دیگر، به تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود نیاز دارید. این تأیید معرفی‌نامه نامیده می‌شود. می‌توانید خدماتی مانند موارد ذکر شده در زیر را بدون تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌کنندگان شبکه یا ارائه‌کنندگان خارج از شبکه.
- مراقبت‌های مورد نیاز فوری از ارائه‌دهندگان شبکه.
- مراقبت‌های مورد نیاز فوری از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه، هنگامی که نمی‌توانید به ارائه‌کننده شبکه دسترسی پیدا کنید (مثلاً، در حین تعطیلات آخر هفته یا در صورتی که در منطقه خارج از محدوده خدمات برنامه ما باشید).
- توجه: مراقبت‌های مورد نیاز فوری باید فوراً مورد نیاز باشند و ضرورت پزشکی داشته باشند.
- خدمات دیالیز کلیه که در منطقه خارج از محدوده خدمات برنامه ما در مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare به شما ارائه می‌شود. قبل از خروج از محدوده خدمات، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید. می‌توانیم به شما در دریافت دیالیز در زمانی که خارج از محدوده خدمات هستیم کمک کنیم.
- واکسن آنفولانزا و واکسن کووید-19 و همچنین واکسن هپاتیت B و واکسن ذات‌الریه، به شرطی که آنها را از یک ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید.
- مراقبت بهداشتی معمول زنان و خدمات تنظیم خانواده. این امر شامل معاینه پستان، ماموگرافی غربالگری (عکس‌برداری با اشعه ایکس از پستان)، آزمایش‌های پاپ و معاینه لگن است، مادامی‌که آنها را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید.
- به‌علاوه، اگر واجد شرایط دریافت خدمات از ارائه‌کنندگان خدمات درمانی به سرخپوستان باشید، می‌توانید بدون معرفی‌نامه از این ارائه‌کنندگان استفاده کنید.

### D2. مراقبت‌ها از سوی متخصصین و سایر ارائه‌کنندگان شبکه

متخصص یعنی پزشکی که مراقبت بهداشتی را برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن ارائه می‌دهد. متخصصان انواع گوناگونی دارند، از قبیل:

- متخصص انکولوژی مراقبت‌های سلامت را به بیماران مبتلا به سرطان ارائه می‌کند.
  - متخصص قلب مراقبت‌های سلامت را به افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی ارائه می‌کند.
  - متخصص ارتوپدی مراقبت‌های سلامت را به افراد دارای مشکلات استخوان، مفصل یا عضله ارائه می‌کند.
- اگر نظر پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما این باشد که شما به درمان تخصصی نیاز دارید، به شما یک معرفی‌نامه (تأییدیه قلبی) می‌دهد تا به یک متخصص برنامه درمانی یا ارائه‌کننده خاص دیگری مراجعه کنید. برای برخی از انواع معرفی‌نامه‌ها، پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما ممکن است نیاز به دریافت تأییدیه قلبی از OneCare داشته باشد (به این تأییدیه «اجازه قلبی» گفته می‌شود). برای کسب اطلاعات در مورد خدماتی که نیاز به اجازه قلبی دارند، لطفاً به «جدول مزایا» در فصل 4 مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

یک ارجاع کتبی ممکن است تنها یک بازدید باشد یا اگر به خدمات مستمر نیاز دارید ممکن است یک ارجاع ثابت برای بیش از یک بازدید استفاده شود. ما باید برای هر یک از این شرایط شما را به یک متخصص واجد شرایط ارجاع دهیم.

- یک وضعیت مزمن (مداوم).
  - یک بیماری روانی یا جسمی تهدید کننده زندگی.
  - بیماری یا ناتوانی دژنراتیو یا رو به انحطاط.
  - هر وضعیت یا بیماری دیگری که به اندازه کافی جدی یا پیچیده باشد که نیاز به درمان توسط متخصص داشته باشد.
- اگر در صورت نیاز یکارجاع کتبی دریافت نکنید، ممکن است هزینه صورتحساب پرداخت نشود. برای اطلاعات بیشتر با شماره تلفن پایین همین صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید

### D3. وقتی ارائه‌کننده‌ای از برنامه ما خارج می‌شود

ارائه‌کننده شبکه‌ای که به آن مراجعه می‌کنید ممکن است از برنامه ما خارج شود. اگر یکی از ارائه‌کنندگان خدمات به شما از برنامه ما خارج شود، از حقوق و حمایت‌های خاصی برخوردارید که خلاصه آن در زیر آمده است:

- حتی اگر شبکه ارائه‌کنندگان ما در طول سال تغییر کند، باید به شما دسترسی بی‌وقفه به ارائه‌کنندگان واجد شرایط ارائه دهیم.
- ما تلاش می‌کنیم به شما اطلاع دهیم که ارائه‌کنندگان خدمات شما در حال ترک طرح ما است، تا برای انتخاب ارائه‌کننده جدید فرصت داشته باشید.
- اگر ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا بهداشت رفتاری شما از طرح ما خارج شود، اگر در سه سال گذشته به آن ارائه‌دهنده مراجعه کرده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر هر یک از ارائه‌دهندگان دیگر شما طرح ما را ترک کند، اگر به ارائه‌دهنده منصوب شده اید، در حال حاضر از آنها مراقبت دریافت می‌کنید یا آنها را در سه ماه گذشته دیده اید، به شما اطلاع خواهیم داد.
- به شما کمک خواهیم کرد تا ارائه‌کننده تحت قرارداد واجد شرایط جدیدی را برای تداوم مدیریت نیازهای مراقبت بهداشتی خود انتخاب کنید.
- اگر در حال حاضر تحت درمان یا تراپی‌های پزشکی با ارائه‌دهنده فعلی خود هستید، حق دارید درخواست کنید، و ما به شما کمک می‌کنیم تا اطمینان حاصل کنیم که درمان یا تراپی‌های ضروری پزشکی که دریافت می‌کنید ادامه خواهند یافت.
- ما اطلاعاتی در مورد دوره‌های در دسترس مختلف ثبت نام در طرح بیمه و گزینه‌هایی که ممکن است برای تغییر برنامه طرح داشته باشید در اختیار شما قرار می‌دهیم.
- اگر نتوانیم متخصص شبکه واجد شرایطی را بیابیم که در دسترس شما باشد، باید متخصص خارج از شبکه‌ای را فراهم کنیم تا مراقبت شما را ارائه دهد. هنگامی که یک ارائه‌دهنده یا مزایایی در شبکه در دسترس نیست یا برای رفع نیازهای پزشکی شما کافی نیست، قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید..
- اگر فکر می‌کنید که ما ارائه‌کننده قبلی شما را با ارائه‌کننده واجد شرایطی جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را خوب مدیریت نمی‌کنیم، این حق را دارید که شکایت کیفیت مراقبت به «سازمان بهبود کیفیت» (QIO)، شکایت کیفیت مراقبت یا هر دو را ارسال کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 9، صفحه 168، مراجعه کنید.)



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## Medicare Medi-Cal Plan, یک برنامه OneCare (HMO D-SNP) کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

اگر متوجه شدید یکی از ارائه‌کنندگان شما از برنامه ما خارج می‌شود، با ما تماس بگیرید. می‌توانیم در یافتن ارائه‌کننده جدید و مدیریت مراقبت‌هایتان به شما کمک کنیم. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید.

### D4. ارائه‌کنندگان خارج از شبکه

اعضای OneCare برای دریافت مزایا باید به ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های تحت قرارداد در اورنج کانتی مراجعه کنند. OneCare ارائه‌کنندگان خارج از شبکه را در شرایط زیر پوشش می‌دهد:

- مراقبت‌های اضطراری و خدمات فوری خارج از محدوده خدمات که از ارائه‌کننده خارج از شبکه در ایالات متحده و قلمروهای آن دریافت می‌کنید.
- اگر به مراقبت‌های پزشکی نیاز دارید که Medicare یا OneCare Medi-Cal آن را پوشش می‌دهد و ارائه‌کنندگان شبکه OneCare نمی‌توانند این مراقبت را ارائه دهند، می‌توانید با اجازه قبلی این مراقبت را از یک ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت کنید.
- خدمات دیالیز کلیه که، وقتی موقتاً در منطقه خارج از محدوده خدمات ما (اورنج کانتی) هستید، در یک مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare دریافت می‌کنید.
- تنظیم خانواده.
- خدمات مراقبت بهداشتی سرخپوستان بومی آمریکا.
- خدمات زنان و زایمان و برخی از خدمات پزشکی زنان مانند آزمایش پاپ اسمیر.
- اگر از ارائه‌کننده خارج از شبکه استفاده کنید، ارائه‌کننده باید واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.
- ما نمی‌توانیم به ارائه‌کننده‌ای که واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست هزینه‌ای پرداخت کنیم.
- اگر از ارائه‌کننده‌ای استفاده کنید که واجد شرایط شرکت در Medicare نیست، باید تمام هزینه خدماتی را که دریافت می‌کنید بپردازید.
- ارائه‌کنندگان اگر واجد شرایط شرکت در Medicare نباشند باید به شما اطلاع دهند.
- در دوران یک وضعیت بحرانی اعلام شده یا اضطراری بهداشت عمومی، اگر نمی‌توانید از یک ارائه‌دهنده شبکه استفاده کنید، ما به شما اجازه می‌دهیم بدون هیچ هزینه‌ای از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه مراقبت دریافت کنید.
- هنگامی که PCP شما فکر می‌کند که شما به درمان تخصصی نیاز دارید، او به شما یک ارجاع (تأیید از قبل) می‌دهد تا به یک متخصص طرح یا ارائه‌دهندگان خاص دیگری مراجعه کنید. برای برخی از انواع ارجاعات، PCP شما ممکن است نیاز به دریافت تأییدیه از قبل از OneCare داشته باشد (به این «دریافت مجوز قبلی» می‌گویند).
- اگر از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه استفاده می‌کنید، ارائه‌دهنده باید واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.
- ما نمی‌توانیم هزینه ارائه‌دهنده‌ای که واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست، را پرداخت کنیم.
- اگر از ارائه‌دهنده‌ای استفاده می‌کنید که واجد شرایط شرکت در Medicare نیست، باید هزینه کامل خدماتی را که دریافت می‌کنید بپردازید.
- ارائه‌دهندگان موظف هستند که به شما اطلاع دهند که آیا واجد شرایط شرکت در Medicare نیستند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



### E. خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (LTSS)

LTSS می تواند به شما کمک کند در خانه خود بمانید و از اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری یا ماهر خودداری کنید. شما از طریق طرح ما به LTSS خاصی دسترسی دارید، از جمله مراقبت توسط مرکز پرستاری ماهر، خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS) و پشتیبانی های جامعه. نوع دیگری از LTSS، برنامه خدمات پشتیبانی در خانه In-Home Supportive Services است که از طریق آژانس خدمات اجتماعی کانتی شما در دسترس است. اگر سؤالی دارید یا نیاز به کمک دارید، لطفاً با هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود با شماره تلفن روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.

### F. خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال سوء مصرف مواد)

شما به خدمات بهداشت رفتاری ضروری پزشکی که Medicare و Medi-Cal پوشش می دهند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات بهداشت رفتاری تحت پوشش Medicare و طرح مراقبت مدیریت شده Medi-Cal managed care را فراهم می کنیم. طرح ما خدمات بهداشت روانی تخصصی رفتاری تحت پوشش Medi-Cal یا اختلالات مصرف مواد در کانتی را ارائه نمی دهد، اما این خدمات از طریق خط دسترسی برنامه بهداشت روانی OCHCA به شماره 1-800-723-2641، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته در دسترس شما است.

#### F1. خدمات بهداشت رفتاری Medi-Cal خارج از برنامه ما ارائه می شود

اگر دارای معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی بهداشت روانی باشید، خدمات تخصصی بهداشت روانی Medi-Cal از طریق برنامه بهداشت روانی (Mental Health Plan, MHP) کانتی در دسترس شما است. خدمات تخصصی بهداشت روانی

Medi-Cal ارائه شده توسط برنامه بهداشت روانی OCHCA شامل این موارد است:

- خدمات بهداشت روانی
- خدمات حمایت دارویی
- خدمات فشرده درمان روزانه
- توانبخشی روزانه
- مداخله در بحران
- پایدارسازی بحران
- خدمات درمانی بزرگسالان در مراکز اقامتی
- خدمات درمانی وضعیت های بحرانی در مراکز اقامتی
- خدمات مراکز روان پزشکی
- خدمات بستری در بیمارستان برای بیماری های روانی
- مدیریت هدفمند پرونده



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## Medicare Medi-Cal Plan, یک برنامه OneCare (HMO D-SNP) کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

خدمات «سیستم تحویل سازمان‌یافته Medi-Cal یا Drug Medi-Cal» از طریق برنامه بهداشت روانی OCHCA در دسترس شما است، به شرطی که معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید. خدمات Drug Medi-Cal ارائه شده توسط برنامه بهداشت روانی OCHCA شامل این موارد است:

- خدمات درمان سرپایی فشرده
  - خدمات درمانی در مراکز اقامتی
  - خدمات سرپایی بدون دارو
  - خدمات درمان مواد مخدر
  - خدمات نالترکسون برای ترک وابستگی به مواد افیونی
- خدمات سیستم تحویل سازمان‌دهی شده Drug Medi-Cal شامل این موارد است:
- خدمات درمانی سرپایی و فشرده سرپایی
  - داروهای برای درمان اعتیاد («درمان به کمک دارو» نیز نامیده می‌شود)
  - اقامتی/بستری
  - مدیریت ترک اعتیاد
  - خدمات درمان مواد مخدر
  - خدمات ریکواری
  - هماهنگی مراقبت

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

خدمات تخصصی سلامت روانی که تحت پوشش CalOptima Health نیستند، زیر نظر طرح سلامت روان OCHCA از طریق آژانس مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ می‌شوند تا از دسترسی یکپارچه همه ثبت نام کنندگان اطمینان حاصل شود. ثبت نام‌شدگان باید ابتدا با خط سلامت رفتاری CalOptima Health Behavioral Health به شماره **1-855-877-3885 (TTY 711)** برای ارزیابی و ارجاع به سطح مناسب خدمات تماس بگیرند.

برای اطلاعات بیشتر در مورد در دسترس بودن خدمات بهداشت رفتاری، فرآیندهای تعیین ضرورت پزشکی، روش‌های ارجاع بین طرح و نهاد کانتی، و فرآیندهای حل مشکلات، لطفاً با خط سلامت رفتاری CalOptima Health به شماره **1-855-877-3885 (TTY 711)** تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### G. خدمات حمل و نقل

#### G1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیراورژانسی

اگر نیازهای پزشکی شما به گونه‌ای است که اجازه نمی‌دهد از خودرو، اتوبوس یا تاکسی برای رفتن به وقت ملاقات خود استفاده کنید، حق برخورداری از وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی را دارید. وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی را می‌توان برای خدمات تحت پوشش مانند قرار ملاقات‌های پزشکی، دندانپزشکی، بهداشت روانی، سوء مصرف مواد و داروخانه ارائه کرد. اگر به وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی نیاز دارید، می‌توانید با پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود صحبت کنید و آن را درخواست کنید. پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما بهترین نوع حمل و نقل را برای رفع نیازهای شما تعیین خواهد کرد. اگر به وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی نیاز داشته باشید، او آن را با تکمیل فرم و ارسال آن به OneCare برای تأیید، تجویز خواهد کرد. بسته به نیاز پزشکی شما، تأییدیه به مدت یک سال معتبر است. پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما نیازتان به وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی را هر 12 ماه یکبار مجدداً ارزیابی خواهد کرد تا تأییدیه مجدد صادر کند.

وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی شامل آمبولانس، ون مجهز به برانکار، ون مجهز به صندلی چرخدار یا حمل و نقل هوایی است. زمانی که نیاز به استفاده از وسایل حمل و نقل برای رفتن به وقت ملاقات خود داشته باشید، OneCare امکان حمل و نقل تحت پوشش با کمترین هزینه و مناسب‌ترین وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی را برای نیازهای پزشکی شما فراهم می‌کند. مثلاً اگر با توجه به شرایط جسمی یا پزشکی امکان استفاده از ون مجهز به صندلی چرخدار را داشته باشید، OneCare هزینه آمبولانس را پرداخت نمی‌کند. فقط در صورتی می‌توانید از حمل و نقل هوایی استفاده کنید که استفاده از هیچ نوع حمل و نقل زمینی بر اساس وضعیت پزشکی شما ممکن نباشد.

وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی باید در موارد زیر استفاده شود:

- شما - به تشخیص پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود و با مجوز کتبی از او - از نظر جسمانی یا پزشکی به آن نیاز دارید، زیرا نمی‌توانید از اتوبوس، تاکسی، خودرو یا ون برای رفتن به وقت ملاقات خود استفاده کنید.
- شما به دلیل ناتوانی جسمی یا ذهنی برای رفت و آمد به محل سکونت، وسیله نقلیه یا محل درمان خود به کمک راننده نیاز دارید.

برای درخواست حمل و نقل پزشکی که پزشک شما برای قرارهای **ملاقات معمول** غیر فوری تجویز کرده است، حداقل پنج (5) روز کاری (دوشنبه - جمعه) قبل از وقت ملاقات خود و از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** با OneCare تماس بگیرید. برای **وقت ملاقات‌های اضطراری**، در اولین فرصت تماس بگیرید. در هنگام تماس گرفتن، کارت شناسایی عضویت خود را در دسترس داشته باشید. همچنین در صورت نیاز به کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید تماس بگیرید.

#### محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی

OneCare کم‌هزینه‌ترین حمل و نقل پزشکی را که نیازهای پزشکی شما را برآورده می‌کند، از خانه شما به نزدیک‌ترین ارائه‌کننده‌ای که وقت خالی برای مراجعه دارد، پوشش می‌دهد. اگر خدمات تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نباشد، حمل و نقل پزشکی ارائه نخواهد شد. اگر نوع وقت ملاقات تحت پوشش Medi-Cal باشد اما نه از طریق برنامه درمانی، OneCare به شما کمک می‌کند تا حمل و نقل خود را برنامه‌ریزی کنید. فهرست خدمات تحت پوشش در **فصل 4** این کتابچه ارائه شده است. حمل و نقل خارج از شبکه OneCare یا در منطقه خارج از محدوده خدمات تحت پوشش قرار نمی‌گیرد، مگر اینکه از قبل مجوز آن گرفته شده باشد.



## Medicare Medi-Cal Plan یک برنامه OneCare (HMO D-SNP), کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

### G2. حمل و نقل غیر پزشکی

مزایای حمل و نقل غیرپزشکی شامل رفتن به/برگشتن از وقت ملاقات شما برای خدمات تأییدشده از سوی ارائه‌کننده شما است. در شرایط زیر، می‌توانید بدون هیچ هزینه‌ای ایاب و ذهاب دریافت کنید:

- رفتن به نوبت تعیین‌شده و برگشت، برای خدمات تحت پوشش، که توسط ارائه‌کننده شما تأیید شده است باشد، یا
  - برای دریافت نسخه‌ها و وسایل پزشکی باشد.
- OneCare به شما این امکان را می‌دهد که از خودرو، تاکسی، اتوبوس یا سایر شیوه‌های عمومی/شخصی برای رفتن به وقت ملاقات غیرپزشکی خود به‌منور دریافت خدمات تأییدشده از سوی ارائه‌کننده خود استفاده کنید. OneCare از تأمین‌کننده قراردادی خدمات حمل و نقل برای ترتیب دادن حمل و نقل غیرپزشکی استفاده می‌کند. آن نوعی از حمل و نقل غیر پزشکی را پوشش می‌دهیم که کمترین هزینه را داشته باشد و نیازهای شما را برآورده کند.
- گاهی اوقات، ممکن است هزینه ایاب و ذهاب با وسیله نقلیه شخصی که شما هماهنگ کرده‌اید بازپرداخت شود. OneCare باید این موضوع را قبل از استفاده شما از وسیله نقلیه تأیید کند و باید به ما بگویید که چرا نمی‌توانید از روش‌های دیگر حمل و نقل مانند اتوبوس استفاده کنید. می‌توانید با تماس تلفنی، ایمیل یا به‌صورت حضوری به ما اطلاع دهید. اگر خودتان رانندگی کنید، امکان بازپرداخت هزینه وجود ندارد.
- برای بازپرداخت مسافت پیموده‌شده، تمام موارد زیر الزامی است:

- گواهینامه رانندگی راننده
- کارت شناسایی وسیله نقلیه راننده
- گواهی بیمه ماشین برای راننده.

جهت درخواست وسایل نقلیه برای خدماتی که تأیید شده‌اند، حداقل دو (2) روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از وقت ملاقات خود از طریق شماره تلفن **1-866-612-1256 (TTY 711)** با OneCare تماس بگیرید. برای وقت ملاقات‌های اضطراری، در اولین فرصت تماس بگیرید. در هنگام تماس گرفتن، کارت شناسایی عضویت خود را در دسترس داشته باشید. همچنین در صورت نیاز به کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید تماس بگیرید.

توجه: سرخپوستان آمریکایی می‌توانند با درمانگاه بهداشت محلی سرخپوستان تماس بگیرند تا حمل و نقل غیرپزشکی را درخواست کنند.

### محدودیت‌های حمل و نقل غیرپزشکی

OneCare کم‌هزینه‌ترین حمل و نقل غیرپزشکی را که نیازهای شما را برآورده می‌کند، از خانه شما به نزدیک‌ترین ارائه‌کننده‌ای که وقت خالی برای مراجعه دارد، ارائه می‌کند. نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا بازپرداخت مستقیم دریافت کنید.

حمل و نقل غیر پزشکی در موارد زیر اعمال نمی‌شود:

- استفاده از آمبولانس، ون برانکار، ون مجهز به صندلی چرخدار یا انواع دیگر وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی برای بهره‌مندی از خدمات ضروری است.
- به دلیل وضعیت پزشکی یا جسمی، برای رفت و آمد به/از محل سکونت، محل استقرار خودرو یا مرکز درمانی، به کمک راننده نیاز داشته باشید.
- روی صندلی چرخدار نشسته‌اید و نمی‌توانید بدون کمک راننده به داخل و خارج وسیله نقلیه حرکت کنید.
- Medicare یا Medi-Cal خدمات را پوشش نمی‌دهد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### H. خدمات تحت پوشش در مراقبتهای فوری، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام وضعیت بحرانی

#### H1. مراقبت در مراقبتهای فوری

مراقبتهای فوری به آن وضعیت پزشکی گفته می‌شود که با علائمی نظیر درد شدید یا مصدومیت جدی همراه است. این وضعیت چنان جدی است که اگر فوری به آن رسیدگی نشود، بنا به تشخیص شما یا هر فرد دارای دانش متوسط پزشکی و بهداشتی انتظار می‌رود به این موارد منجر شود:

- خطر جدی برای سلامتی شما یا فرزند متولد نشده شما؛ یا
- آسیب جدی به عملکردهای بدن؛ یا
- اختلال جدی در عملکرد بدن یا هر یک از اندامها یا بخش‌های آن؛ یا
- در مورد یک زن باردار در فاز فعال زایمان، زمانی که:
  - زمان کافی برای انتقال امن شما به بیمارستان دیگر، پیش از وضع حمل، وجود نداشته باشد.
  - انتقال به بیمارستانی دیگر ممکن است تهدیدی برای سلامت یا ایمنی شما یا فرزند متولد نشده شما باشد.

اگر نیاز به مراقبتهای فوری داشتید:

- در اسرع وقت کمک بگیرید. با 911 تماس بگیرید یا از نزدیک‌ترین بیمارستان یا بخش اورژانس استفاده کنید. در صورت نیاز، تماس بگیرید و درخواست آمبولانس کنید. به تأییدیه یا معرفی‌نامه از پزشک مراقبتهای درمانی اصلی خود نیاز ندارید. نیازی به استفاده از ارائه‌کننده شبکه ندارید. هر زمان که به مراقبتهای پزشکی اورژانسی نیاز داشته باشید، می‌توانید آنها را در هر نقطه از ایالات متحده یا قلمروهای آن یا در سراسر جهان، از هر ارائه‌کننده‌ای با مجوز دولتی مناسب، دریافت کنید.
- در اسرع وقت، مسئولین برنامه ما را از وضعیت اورژانسی خود مطلع کنید. مراقبتهای اورژانسی شما را پیگیری می‌کنیم. شما یا شخص دیگری معمولاً ظرف 48 ساعت باید با ما تماس بگیرید تا در مورد مراقبتهای اورژانسی خود ما را مطلع کنید. با این حال، در صورت تأخیر در اطلاع‌رسانی، هزینه خدمات اورژانسی را پرداخت نخواهید کرد. برای اطلاعات بیشتر، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، با OneCare با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید.

#### خدمات تحت پوشش در مراقبتهای فوری

Medicare برای مراقبت‌های پزشکی اضطراری در خارج از ایالات متحده و قلمرو آن پوششی ارائه نمی‌کند.

اگر برای رسیدن به اورژانس به آمبولانس نیاز دارید، طرح ما این سرویس را پوشش می‌دهد. ما همچنین خدمات پزشکی را در زمان اورژانس را پوشش می‌دهیم. برنامه ما خدمات مورد نیاز فوری دریافتی شما از هر ارائه‌کننده را پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به جدول مزایا در فصل 4 از کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید. ارائه‌دهندگانی که مراقبت‌های اورژانسی را به شما ارائه می‌دهند تصمیم می‌گیرند که چه زمانی وضعیت شما پایدار شده و اورژانس پزشکی به پایان برسد. آنها به درمان شما ادامه می‌دهند و در صورت نیاز به مراقبت‌های بعدی برای بهتر شدن، برای برنامه ریزی با ما تماس خواهند گرفت.

طرح ما مراقبت‌های بعدی شما را پوشش می‌دهد. اگر مراقبت‌های اضطراری خود را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت می‌کنید، ما سعی خواهیم کرد تا در اسرع وقت از ارائه‌دهندگان شبکه بخواهیم مراقبت‌های شما را به عهده بگیرند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## دریافت مراقبت‌های اورژانسی در صورتی که شرایط اورژانسی نبوده است

گاهی اوقات ممکن است تشخیص اورژانسی بودن وضعیت سلامت پزشکی یا رفتاری شما سخت باشد. ممکن است برای مراقبت‌های اورژانسی به پزشک مراجعه کنید و او بگوید که شرایط شما واقعاً اورژانسی نبوده است. تا زمانی که به‌طور منطقی نظر شما این باشد که سلامتتان در خطر جدی است، ما مراقبت‌های شما را پوشش می‌دهیم.

پس از اینکه پزشک تشخیص داد وضعیت شما اورژانسی نبوده است، مراقبت‌های اضافی شما را فقط در موارد زیر پوشش می‌دهیم:

- از ارائه‌کننده شبکه استفاده کنید یا
- مراقبت‌های اضافی که دریافت می‌کنید «مراقبت‌های ضروری فوری» محسوب شود و برای دریافت آن از قوانین پیروی کنید. به بخش بعد مراجعه کنید.

## H2. مراقبت‌های ضروری فوری

مراقبت‌های ضروری فوری به مراقبت‌هایی گفته می‌شود که مربوط به وضعیت اورژانسی نیست اما نیاز به مراقبت فوری دارد. به عنوان مثال، ممکن است بیماری زمینه‌ای شما عود کند یا گلودرد شدیدی در آخر هفته بگیرید که نیاز به درمان دارد.

### مراقبت‌های ضروری فوری در محدوده خدمات برنامه ما

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

- این مراقبت‌ها را از ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید و
- از قوانین توضیح داده شده در این فصل پیروی کنید.

اگر دسترسی به ارائه‌کننده شبکه امکان‌پذیر یا معقول نباشد، ما مراقبت‌های ضروری فوری را که از یک ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید پوشش می‌دهیم.

برای اطلاع از نحوه دسترسی به خدمات مراقبت‌های فوری، با شبکه درمانی خود تماس بگیرید. شماره تلفن شبکه درمانی‌تان را می‌توانید در کارت شناسایی عضویت OneCare خود بیابید.

### مراقبت‌های ضروری فوری خارج از محدوده خدمات برنامه ما

وقتی خارج از محدوده خدمات برنامه ما هستید، ممکن است نتوانید از یک ارائه‌کننده شبکه مراقبت دریافت کنید. در آن صورت، برنامه ما مراقبت‌های ضروری فوری دریافتی شما را از هر ارائه‌کننده‌ای پوشش می‌دهد.

برنامه ما مراقبت‌های ضروری فوری یا هر مراقبت غیر اورژانسی دیگری را که در خارج از ایالات متحده دریافت می‌کنید پوشش نمی‌دهد.

طرح ما خدمات مراقبت اضطراری و فوری مورد نیاز در سراسر جهان را در خارج از ایالات متحده تحت شرایط زیر پوشش می‌دهد.

ما برای خدمات اورژانسی، مراقبت‌های فوری و حمل‌ونقل اورژانسی دریافتی در خارج از ایالات متحده، \$100,000 مزایا در هر سال تقویمی ارائه می‌دهیم. پوشش خدمات در سرتاسر جهان از نظر ضرورت و تناسب پزشکی تحت همان شرایط پوششی است که اگر همین خدمات در ایالات متحده ارائه می‌شد برای آن اعمال می‌شد.

ابتدا باید هزینه مراقبت‌های پزشکی دریافت شده را بپردازید، خلاصه ترخیص یا مدارک پزشکی معادل و مدرک پرداخت را ترجیحاً به انگلیسی و دلار ایالات متحده دریافت کنید. درخواست بازپرداخت را با تمام اسناد پشتیبانی به CalOptima Health ارسال کنید و ما قبل از بازپرداخت، ضرورت و مناسب بودن پزشکی را بررسی خواهیم کرد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### H3. مراقبت در حین وقوع بحران

اگر فرماندار ایالت کالیفرنیا، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Secretary of Health and Human Services)، یا رئیس جمهور ایالات متحده اعلام وضعیت بحرانی یا اضطراری در منطقه جغرافیایی شما کند، همچنان از حق دریافت مراقبت‌ها از برنامه ما برخوردار هستید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دریافت مراقبت‌های مورد نیاز هنگام اعلام وضعیت بحرانی، به وبسایت ما به این نشانی مراجعه کنید: <https://www.caloptima.org/ForMembers/OneCare/Benefits>. در حین وضعیت فاجعه اعلام شده، اگر نتوانید از ارائه‌کننده شبکه استفاده کنید، می‌توانید بدون هیچ هزینه‌ای مراقبت‌ها را از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید. اگر نمی‌توانید در حین وضعیت فاجعه اعلام شده از داروخانه شبکه استفاده کنید، می‌توانید داروهای نسخه‌ای خود را از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### I. اگر بابت خدماتی که تحت پوشش برنامه ما است صورت حساب مستقیم دریافت کنید، چه کاری باید انجام دهید

اگر ارائه‌کننده‌ای به جای ارسال صورت حساب به برنامه ما، آن را به شما ارسال کند، باید از ما بخواهید که صورت حساب را پرداخت کنیم.

نباید صورت حساب را خودتان پرداخت کنید. اگر این کار را انجام دهید، ممکن است نتوانیم به شما بازپرداخت کنیم. اگر هزینه خدمات تحت پوشش خود را پرداخت کرده‌اید یا اگر برای خدمات پزشکی تحت پوشش صورت حساب دریافت کرده‌اید، برای اطلاع از کارهایی که باید انجام دهید، به فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

#### I.1 اگر برنامه ما خدمات را پوشش ندهد، چه کاری باید انجام دهید

برنامه ما تمام خدماتی را که واجد شرایط زیر هستند پوشش می‌دهد:

- تشخیص داده شود که ضرورت پزشکی دارند، و
- در «جدول مزایای» برنامه ما ذکر شده باشند (به فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، و
- آنها را با پیروی از قوانین برنامه دریافت کرده باشید.

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

اگر می‌خواهید بدانید که آیا ما هزینه خدمات یا مراقبت پزشکی را پرداخت می‌کنیم، این حق را دارید که از ما بپرسید. شما همچنین حق دارید این موضوع را به صورت کتبی درخواست کنید. اگر بگوییم که هزینه خدمات شما را نمی‌پردازیم، حق دارید درخواست بررسی مجدد نسبت به این تصمیم دهید.

**فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا توضیح می‌دهد که اگر می‌خواهید ما خدمات یا اقلام پزشکی خاصی را پوشش دهیم، چه کاری باید انجام دهید. همچنین، به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید نسبت به تصمیم پوشش ما درخواست بررسی مجدد دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود نسبت به درخواست بررسی مجدد، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.**

مبلغ پرداختی ما برای برخی از خدمات سقف مشخصی دارد. اگر از این سقف مجاز رد شوید، هزینه کامل را برای دریافت خدمات بیشتر از آن نوع خدمات می‌پردازید. برای محدودیت مزایای خاص به فصل 4 مراجعه کنید. با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا بدانید محدودیت‌های مزایا چقدر است و چه مقدار از مزایای خود را استفاده کرده‌اید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## J. پوشش خدمات مراقبت بهداشتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی

### J1. تعریف مطالعه تحقیقاتی بالینی

مطالعه تحقیقاتی بالینی (که به آن کارآزمایی بالینی نیز گفته می‌شود) شیوه‌ای است که پزشکان با آن انواع جدید مراقبت‌های بهداشتی یا داروها را آزمایش می‌کنند. در مطالعات تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare، معمولاً از افراد داوطلبی خواسته می‌شود که در مطالعه شرکت کنند.

پس از اینکه Medicare مطالعه‌ای را که می‌خواهید در آن شرکت کنید تأیید کرد، و شما ابراز اشتیاق کردید، یکی از افرادی که در آن مطالعه تحقیقاتی کار می‌کند با شما تماس می‌گیرد. آن شخص در مورد مطالعه با شما صحبت می‌کند و اطلاع حاصل می‌کند که آیا واجد شرایط شرکت در آن هستید یا خیر. اگر شرایط لازم را داشته باشید، می‌توانید در این مطالعه شرکت کنید. باید آنچه را که بایستی در مطالعه انجام دهید درک کنید و بپذیرید.

در حین مشارکت در این مطالعه، می‌توانید عضو برنامه ما باشید. به این ترتیب، برنامه ما همچنان خدمات و مراقبت‌های شما را که غیرمرتبط با مطالعه است تحت پوشش قرار می‌دهد.

اگر می‌خواهید در هر مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، نیازی نیست که به ما بگویید یا از ما یا ارائه‌دهنده مراقبت اولیه خود تأییدیه بگیرید. نیازی نیست ارائه دهندگانی که به عنوان بخشی از مطالعه به شما مراقبت می‌کنند، ارائه دهندگان شبکه باشند. لطفاً توجه داشته باشید که این شامل مزایایی نمی‌شود که طرح ما مسئولیت آن‌ها را بر عهده دارد که شامل کارآزمایی بالینی یا ثبت برای ارزیابی مزایا می‌شود. این موارد شامل مزایای خاصی است که تحت تعیین پوشش ملی (national coverage determinations, NCDs) و آزمایشات دستگاه‌های تحقیقاتی (investigational device trials, IDE) مشخص شده است و ممکن است مشمول مجوز قبلی و سایر قوانین طرح باشد.

توصیه می‌کنیم قبل از شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی ما را در جریان بگذارید.

اگر قصد دارید در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که تحت پوشش Original Medicare برای ثبت نام کنندگان است شرکت کنید، شما یا هماهنگ‌کننده مراقبت شما باید با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا به ما اطلاع دهید که در یک مطالعات بالینی شرکت خواهید کرد.

### J2. پرداخت برای خدمات در زمانی که در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت دارید

اگر برای یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare داوطلب شوید، هیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش این مطالعه پرداخت نمی‌کنید. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش مطالعه و همچنین هزینه‌های معمول مرتبط با مراقبت‌های شما را پرداخت می‌کند. هنگامی که به مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare ملحق می‌شوید، بیشتر خدمات و اقلامی که به عنوان بخشی از مطالعه دریافت می‌کنید تحت پوشش قرار می‌گیرد. این موارد عبارت‌اند از:

- اتاق و غذا برای اقامت در بیمارستان که Medicare هزینه آن را پرداخت می‌کند، حتی اگر در مطالعه شرکت نداشته‌اید.
  - عمل جراحی یا رویه‌های پزشکی دیگری که بخشی از مطالعه تحقیقاتی است.
  - درمان هرگونه عوارض و پیامدهای جانبی مراقبت جدید.
- اگر بخشی از مطالعه‌ای باشید که مورد تأیید Medicare نیست، پرداخت هرگونه هزینه شرکت در آن مطالعه بر عهده شماست.



### J3. اطلاعات بیشتر در مورد مطالعات تحقیقات بالینی

می‌توانید با مطالعه «Medicare و مطالعات تحقیقات بالینی» در وبسایت Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)) درباره پیوستن به مطالعه تحقیقاتی بالینی اطلاعات بیشتری کسب کنید. در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می‌توانید با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند

### K. خدمات مراقبت بهداشتی شما در مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی چگونه تحت پوشش قرار می‌گیرد

#### K1. تعریف مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

یک مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی مکانی است که مراقبت‌هایی را ارائه می‌دهد که معمولاً در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی دریافت می‌کنید. اگر دریافت مراقبت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی بر خلاف باورهای مذهبی شما باشد، ما مراقبت در مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی را پوشش می‌دهیم. این مزایا فقط برای خدمات بستری Medicare Part A (خدمات مراقبت بهداشتی غیرپزشکی) است.

#### K2. مراقبت از سوی مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

برای دریافت مراقبت از مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی، باید سندی قانونی را امضا کنید که بیان می‌کند شما مخالف دریافت درمان پزشکی «غیر مستثنی» هستید

- درمان پزشکی «غیر مستثنی» به هر مراقبتی گفته می‌شود که داوطلبانه است و به موجب هیچ قانون فدرال، ایالتی یا محلی الزامی نیست.
  - درمان پزشکی «مستثنی» به هر مراقبتی گفته می‌شود که داوطلبانه نیست و به موجب قانون فدرال، ایالتی یا محلی الزامی است.
- برای اینکه تحت پوشش برنامه ما باشید، مراقبتی که از مؤسسه بهداشتی درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می‌کنید باید دارای شرایط زیر باشد:
- مرکز ارائه‌کننده مراقبت باید مورد تأیید Medicare باشد.
  - پوشش خدمات برنامه ما محدود به جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت است.
  - اگر خدماتی از این مؤسسه دریافت می‌کنید که در یک مرکز به شما ارائه می‌شود:
    - وضعیت پزشکی شما باید به گونه‌ای باشد که به شما امکان دهد خدمات تحت پوشش را برای مراقبت در بیمارستان به صورت بستری یا مراقبت مرکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
    - قبل از پذیرش در این مرکز باید از ما تأییدیه بگیرید، در غیر این صورت اقامت شما تحت پوشش قرار نخواهد گرفت.

محدودیت‌های پوشش خدمات بستری بیمارستان Medicare اعمال می‌شود. لطفاً به «جدول مزایا» در فصل 4 مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## Medicare Medi-Cal Plan یک برنامه OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

### L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

#### L1. DME به عنوان عضوی از برنامه ما

DME شامل اقلام ضروری خاص پزشکی است که توسط ارائه‌کننده سفارش داده می‌شود، مانند صندلی چرخدار، عصای زیر بغل، سیستم تشک برقی، لوازم دیابت، تخت‌های بیمارستانی سفارش داده شده توسط ارائه‌کننده برای استفاده در خانه، پمپ‌های تزریق درون‌وریدی (Intravenous, IV)، دستگاه‌های تولیدکننده گفتار، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

شما همیشه مالک اقلام خاصی مانند پروتز هستید.

در این بخش، درباره اقلام اجاره‌ای DME صحبت می‌کنیم. شما، به عنوان عضوی از برنامه ما، بدون توجه به مدت اجاره تجهیزات، معمولاً مالک DME نخواهید شد.

در شرایط محدود خاص، ما مالکیت اقلام DME را به شما منتقل می‌کنیم. برای اطلاع از الزاماتی که باید برآورده شود و مدارکی که باید ارائه دهید، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

حتی اگر قبل از پیوستن به برنامه ما به مدت 12 ماه متوالی DME تحت Medicare داشته باشید، مالک آن تجهیزات نخواهید شد.

#### L2. مالکیت DME در صورتی که بیمه خود را به Original Medicare تغییر دهید

در برنامه Original Medicare program، افرادی که انواع خاصی از DME را اجاره می‌کنند، پس از 13 ماه صاحب آن می‌شوند. در طرح Medicare Advantage (MA)، این طرح می‌تواند تعداد ماه‌هایی را که افراد باید انواع خاصی از DME را قبل از مالکیت آن اجاره کنند، تعیین کند.

توجه: می‌توانید تعاریف اصلی برنامه‌های Original Medicare و MA را در فصل 12 بیابید. همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتری درباره آنها در کتابچه راهنمای Medicare و شما (Medicare & You 2024) بیابید. اگر نسخه‌ای از این دفترچه ندارید، می‌توانید آن را در وبسایت Medicare ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) یا با تماس با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند، دریافت کنید.

اگر Medi-Cal انتخاب نشود، باید 13 پرداخت متوالی تحت Original Medicare انجام دهید، یا باید تعداد پرداخت‌های متوالی تعیین شده توسط طرح MA را انجام دهید، تا اینکه مالک مورد DME شوید، اگر:

- زمانی که در برنامه ما بودید، مالک مورد DME نشدید، و
- طرح ما را ترک می‌کنید و مزایای Medicare خود را خارج از هر طرح بهداشتی در برنامه Original Medicare یا طرح MA دریافت می‌کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## Medicare Medi-Cal Plan, OneCare (HMO D-SNP) یک برنامه کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

اگر قبل از پیوستن به طرح ما، برای مورد DME تحت Original Medicare یا یک طرح MA پرداخت کرده‌اید، پرداخت‌های Original Medicare یا طرح MA در پرداخت‌هایی که باید پس از ترک طرح ما انجام دهید، محاسبه نمی‌شود.

- شما باید 13 پرداخت جدید پشت سر هم تحت Original Medicare یا تعدادی پرداخت جدید پشت سر هم که توسط طرح MA برای مالکیت مورد DME تعیین شده است، انجام دهید.
  - هنگامی که به Original Medicare یا یک طرح MA باز می‌گردید، هیچ استثنایی در این مورد وجود ندارد
- ### L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به‌عنوان عضوی از برنامه ما

اگر واجد شرایط استفاده از تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare و عضوی از برنامه ما باشید، این موارد را پوشش می‌دهیم:

- اجاره تجهیزات اکسیژن
  - تجهیزات رساننده اکسیژن و محتویات اکسیژنی به بدن
  - لوله و لوازم جانبی مربوط به تجهیزات رساننده اکسیژن و محتویات اکسیژنی به بدن
  - نگهداری و تعمیر تجهیزات اکسیژن
- زمانی که تجهیزات اکسیژن دیگر از نظر پزشکی برای شما ضروری نباشد یا در صورتی که از برنامه ما خارج شوید، باید تجهیزات اکسیژن را بازگردانید.

### L4. تجهیزات اکسیژن در صورتی که بیمه خود را به Original Medicare یا طرح Medicare Advantage (MA) دیگری تغییر دهید

هنگامی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری است و از برنامه ما خارج می‌شوید و بیمه‌تان را به Original Medicare تغییر می‌دهید، آن را از تأمین‌کننده‌ای به مدت 36 ماه اجاره می‌کنید. اجاره‌های پرداختی ماهانه شما شامل تجهیزات اکسیژن و لوازم و خدمات ذکر شده در بالا می‌شود.

اگر تجهیزات اکسیژن پس از اجاره به مدت 36 ماه از نظر پزشکی ضروری باشد، تأمین‌کننده شما باید موارد زیر را ارائه دهد:

- لوازم و تجهیزات اکسیژن و خدمات به مدت 24 ماه دیگر.
  - لوازم و تجهیزات اکسیژن تا سقف 5 سال، اگر ضرورت پزشکی داشته باشد.
- اگر تجهیزات اکسیژن پس از پایان این دوره 5 ساله همچنان ضرورت پزشکی داشت:
- تأمین‌کننده شما دیگر الزامی به ارائه آن ندارد و می‌توانید تجهیزات جایگزین را از هر تأمین‌کننده‌ای دریافت کنید.
  - دوره 5 ساله جدیدی آغاز می‌شود.
  - از تأمین‌کننده‌ای به مدت 36 ماه اجاره می‌کنید.
  - سپس لوازم و تجهیزات اکسیژن و خدمات را تأمین‌کننده به مدت 24 ماه دیگر ارائه می‌کند.
  - تا زمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد، هر 5 سال چرخه جدیدی شروع می‌شود.
- هنگامی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری است و شما طرح ما را ترک می‌کنید و به طرح MA دیگری تغییر می‌دهید، این طرح حداقل آنچه را که Original Medicare پوشش می‌دهد پوشش می‌دهد. می‌توانید از طرح MA جدید خود بپرسید که چه تجهیزات و منابع اکسیژن را پوشش می‌دهد و هزینه‌های شما چقدر خواهد بود.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فصل 4: جدول مزایا

### مقدمه

این فصل در مورد خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد و هرگونه محدودیت یا قوانین محدودکننده در آن خدمات به شما می‌گوید. همچنین در مورد مزایایی که تحت پوشش طرح ما نیستند به شما می‌گوید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

**اعضای جدید OneCare:** در بیشتر موارد، در اولین روز از ماه پس از درخواست ثبت‌نام در OneCare، برای مزایای Medicare خود در OneCare ثبت‌نام خواهید کرد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت قبلی Medi-Cal به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق OneCare دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید، لطفاً با ما به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، تماس بگیرید.

### فهرست مطالب

- A. خدمات تحت پوشش برای شما. .... 61
- A1. در شرایط اورژانس بهداشت عمومی. .... 61
- B. قوانینی برعلیه ارائه‌دهندگانی که بابت خدمات از شما هزینه دریافت می‌کنند. .... 62
- C. درباره جدول مزایای طرح ما. .... 62
- D. جدول مزایای طرح ما. .... 65
- E. مزایای تحت پوشش خارج از برنامه ما. .... 110
  - E1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT). .... 110
  - E2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal. .... 111
  - E3. مراقبت‌های آسایشگاهی. .... 112
  - E4. خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS). .... 112
  - E5. 1915 (c) چشم پوشی از خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS). .... 113
- F. مزایایی که توسط طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود. .... 116



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## A. خدمات تحت پوشش برای شما

این فصل در مورد خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد به شما اطلاعاتی ارائه مینماید. همچنین می‌توانید در مورد خدماتی که تحت پوشش نیستند اطلاعات کسب کنید. اطلاعات مربوط به فواید دارو در فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا شما آمده است. این فصل همچنین محدودیت‌های برخی خدمات را توضیح می‌دهد.

از آنجایی که از Medi-Cal کمک دریافت می‌کنید، تا زمانی که از قوانین طرح ما پیروی کنید، هیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش خود نمی‌پردازید. برای کسب جزئیات درخصوص قوانین طرح، به فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر برای آگاهی از خدمات تحت پوشش به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734** (TTY 711) در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.

اگر شرایط عضویت در Medi-Cal خود را از دست بدهید، OneCare به پوشش تمام مزایای تحت پوشش Medicare شما تا 6 ماه ادامه خواهد داد، در حالی که شما مجدداً برای Medi-Cal درخواست می‌دهید (دوره 6 ماهه واجد شرایط بودن ادامه دار تلقی می‌شود). با این حال، در این مدت، ما به پوشش مزایای Medi-Cal (Medicaid) که تحت برنامه دولتی Medi-Cal (Medicaid) قابل اجرا هستند، ادامه نخواهیم داد و حق بیمه Medicare یا اشتراک هزینه را که Medi-Cal از طرف شما پرداخت می‌کند، را نخواهیم پرداخت. مبالغ اشتراک هزینه مدیکر برای مزایای اساسی و تکمیلی Medicare در این دوره تغییر نمی‌کند. با این حال، اگر به یک ارائه دهنده خارج از شبکه و بدون قرارداد مراجعه کنید، ممکن است مسئولیت 20٪ اشتراک هزینه (بیمه مشترک) Medicare را بر عهده بگیرید.

## A1. در شرایط اورژانس بهداشت عمومی

در طی وضعیت اورژانس بهداشت عمومی OneCare، (Public Health Emergency, PHE) انعطاف‌پذیری‌های خاصی که آژانس‌های نظارتی از جمله مراکز Medicare و خدمات Medicaid و/یا وزارت خدمات مراقبت‌های بهداشتی ایالت کالیفرنیا (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) و

(California state Department of Health Care Services, DHCS) اعطا کرده‌اند را اتخاذ می‌کند. به عنوان مثال، در طول همه‌گیری کووید 19، OneCare برای اطمینان از دسترسی به موقع اعضا به خدمات، به تمدید کلیه مجوزهای دریافتی قبلی ادامه داد. OneCare همچنین تماس تلفنی و/یا ویدیویی را به جای تعاملات رو در رو با توجه به نیازها و اولویت‌های اعضا در طول مدت اورژانس بهداشت عمومی، از جمله هرگونه تمدید وضعیت اورژانس بهداشت عمومی آینده، بکار گرفت.

هرگونه انعطاف‌پذیری مشروط به مدت اورژانس بهداشت عمومی است، که ممکن است برای کل سال ادامه داشته باشد یا نداشته باشد.

برای هرگونه سؤال، می‌توانید با خدمات مشتریان OneCare به شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## B. قوانینی برعلیه ارائه‌دهندگانی که بابت خدمات از شما هزینه دریافت می‌کنند

ما به ارائه‌دهندگان خود اجازه نمی‌دهیم برای خدمات تحت پوشش صورت‌حساب برایتان صادر کنند. ما مستقیماً به ارائه‌دهندگان خود پرداخت می‌کنیم و از شما در برابر هرگونه هزینه محافظت می‌کنیم. حتی اگر کمتر از هزینه‌هایی که ارائه‌دهنده بابت خدمات تعیین کرده است به ارائه‌دهنده پرداخت کنیم، باز هم این صدق می‌کند. شما هرگز نباید از یک ارائه‌دهنده برای خدمات تحت پوشش صورت‌حساب دریافت کنید. اگر چنین اتفاقی افتاد، به فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

## C. درباره جدول مزایای طرح ما

جدول مزایا درباره خدماتی که شما می‌گویید که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند. در این جدول، خدمات تحت پوشش به ترتیب حروف الفبا آورده شده و توضیح داده می‌شود.

ما هزینه خدمات ذکرشده در جدول مزایا را در صورت رعایت قوانین زیر پرداخت می‌کنیم. داشته باشید، بابت خدمات ذکرشده در جدول مزایا هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal شما را طبق قوانین تعیین‌شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌دهیم.
  - خدمات شامل مراقبت‌های پزشکی، سلامت رفتاری و خدمات سوءمصرف مواد، خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت، لوازم، تجهیزات و داروها باید «ضرورت پزشکی» داشته باشند. واژه «ضرورت پزشکی» به خدمات، لوازم یا داروهایی که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت فعلی سلامتی‌تان نیاز دارید، اشاره دارد. این شامل مراقبت‌هایی می‌شود که شما را از رفتن به بیمارستان یا آسایشگاه باز می‌دارد. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها با استانداردهای پذیرفته‌شده پزشکی مطابقت دارند.
  - شما خدمات مراقبتی‌تان را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت می‌کنید. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. در بیشتر موارد، مراقبت‌هایی که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، مگر اینکه یک مراقبت اضطراری یا فوری مورد نیاز باشد یا اگر برنامه شما یا ارائه‌دهنده شبکه به شما ارجاع داده باشد. فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در مورد استفاده از ارائه‌دهندگان شبکه و خارج از شبکه دارد.
  - شما یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) یا یک تیم مراقبتی دارید که مراقبت‌ها را به شما ارائه می‌دهد و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما باید برای اینکه بتوانید از ارائه‌دهنده‌ای غیر از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه‌تان یا از سایر ارائه‌دهندگان عضو شبکه طرح استفاده کنید، ابتدا تأییدیه بدهد. به این کار، ارجاع می‌گویند. فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در مورد دریافت ارجاع و زمان‌هایی که به ارجاع نیاز نیست، ارائه می‌دهد.
  - ما برخی از خدمات ذکرشده در جدول مزایا را تنها در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان شبکه ابتدا تأییدیه ما را دریافت کند. به این موضوع «مجوز» قبلی گفته می‌شود. ما خدمات تحت پوششی را که نیاز به مجوز قبلی دارند در جدول مزایا با ستاره (\*) علامت‌گذاری می‌کنیم.
- اطلاعات مزایای مهم برای همه ثبت نام کنندگان شرکت کننده در خدمات برنامه ریزی سلامت و مراقبت سلامت (Wellness and Health Care Planning, WHP)



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- از آنجایی که OneCare در به اشتراک گذاری هزینه کاهش یافته برای داروهای قسمت D شرکت می کند، شما واجد شرایط خدمات WHP زیر، از جمله خدمات برنامه ریزی مراقبت از قبل (ACP) خواهید بود:
  - به عنوان یک عضو OneCare، ممکن است به خدمات ACP دسترسی داشته باشید تا مطمئن شوید که مراقبتی را که می خواهید دریافت می کنید، حتی اگر نتوانید در آینده خودتان تصمیم بگیرید. این کار از طریق یک سند قانونی به نام دستورالعمل های از پیش تأیید شده انجام می شود. این سند پزشک شما را در مورد خواسته های شما برای درمان حفظ کننده زندگی آگاه می کند و به شما امکان می دهد فردی را انتخاب کنید تا برای مراقبت های بهداشتی شما تصمیم بگیرد. ACP یک سرویس داوطلبانه است و شما ممکن است پیشنهاد را برای تکمیل ACP رد کنید.
  - برای اطلاعات در مورد نحوه دسترسی به خدمات ACP، لطفاً به **فصل 8** مراجعه کنید: حقوق و مسئولیت های شما.
- اعضا به سرویس بدون هزینه برای داروهای قسمت D دسترسی خواهند داشت. اعضا برای دریافت این مزایا نیازی به هیچ اقدامی ندارند
- کلیه خدمات پیشگیرانه رایگان است. این علامت سیب  را در کنار خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا می بینید.
- **پشتیبانی های جامعه:** پشتیبانی های جامعه ممکن است به موجب طرح مراقبت فردی شما در دسترس باشد. پشتیبانی های اجتماعی عبارتند از خدمات یا محیط های جایگزین مناسب و مقرون به صرفه از نظر پزشکی. این خدمات برای اعضا اختیاری است. اگر واجد شرایط باشید، این خدمات ممکن است به شما کمک کنند مستقل تر زندگی کنید. آنها جایگزین مزایایی نمی شوند که هم اکنون به موجب Medi-Cal دریافت می کنید. نمونه هایی از پشتیبانی های جامعه که ما ارائه می کنیم عبارتند از:
  - مراقبت های بهبودی (فرجه پزشکی): مراقبت های بازایی (فرجه پزشکی) مسکن کوتاه مدت برای افرادی است که بی خانمانی را تجربه می کنند و در حال بهبودی از یک آسیب یا بیماری هستند و می توانند در حین تکمیل بهبودی خود از نظارت پزشکی بهره مند شوند.
  - خدمات هدایتگری انتقال مسکن: خدمات هدایتگری انتقال مسکن به افراد در به دست آوردن مسکن دائمی کمک می کند. این شامل کار با یک هدایتگر مسکن برای ارائه پشتیبانی در زمینه فرآیند یافتن مسکن و کامل کردن درخواست نامه ها، حمایت از مزایا، و در ارتباط قرار دادن با منابع است.
  - سپرده های مسکن: سپرده های مسکن به شناسایی، هماهنگی، تضمین یا تأمین هزینه مالی خدمات و اصلاحاتی گفته می شود که فقط یکبار ارائه میشود و به فرد کمک می کند یک مسکن جدید تهیه نماید.
  - اجاره مسکن و خدمات نگهداری: اجاره مسکن و خدمات نگهداری افراد را با سرویس های حمایتی که برای حفظ خانه دائمی خود نیاز دارند، که ممکن است شامل آموزش، کمک به مشکلات با صاحب خانه و خدمات مداخله زودهنگام باشد، مرتبط می کند.
  - مسکن کوتاه مدت پس از بستری شدن: مسکن کوتاه مدت پس از بستری، خدمات سکونت طولانی مدت را برای اعضای فراهم می کند که بی خانمانی را تجربه می کنند و نیاز به رسیدگی پزشکی یا روانی دارند. این سرویس نه تنها به روند بهبودی کمک می کند، بلکه به اعضا زمان می دهد تا شناسایی شده و به یک خانه دائمی نقل مکان کنند.

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.





- برنامه های توانبخشی روزانه: برنامه های توانبخشی روزانه مهارت های مورد نیاز برای عملکرد موفقیت آمیز در محیط جامعه را در اختیار افراد قرار می دهد، مانند توسعه روابط بین فردی، ایجاد مهارت های زندگی روزانه و استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی.
  - مراکز هشیاری: مراکز هشیاری یک اقامتگاه جایگزین برای افرادی است که در معرض مستی در ملاء عام قرار دارند و محیط امن و حمایتی را برای هوشیاری فراهم می کنند.
  - وعده های غذایی متناسب پزشکی / غذای حمایتی پزشکی: وعده های غذایی متناسب پزشکی / غذای حمایتی پزشکی خدماتی است که کمک غذایی و حمایت آموزشی مستقیم را از طریق تحویل وعده های غذایی و مواد غذایی مغذی به افراد مبتلا به بیماری های مزمن ارائه می کند.
  - خدمات مراقبت شخصی و خانه داری: خدمات مراقبت شخصی و خانه داری برای افرادی که نیاز به حمایت در فعالیت های روزمره زندگی دارند، فراهم می کند تا بتوانند به زندگی مستقل در خانه ادامه دهند. به طور معمول، این کار همراه با خدمات حمایتی در خانه نیز از طریق Medi-Cal ارائه می شود.
  - خدمات فرجه استراحت: خدمات فرجه استراحت کمک و حمایت بسیار اساسی را برای مراقبین اعضای که نیاز به نظارت دائم دارند ارائه می کند. این خدمات می توانند در داخل یا خارج از خانه ارائه شوند و مراقبین را قادر می سازند تا بتوانند استراحت کنند.
  - انتقال / تغییر جهت از مرکز پرستاری به امکانات زندگی کمکی: انتقال / تغییر جهت از مرکز پرستاری به تسهیلات زندگی کمکی خدمات حمایتی را ارائه می دهد تا افراد بتوانند به یک محیط اجتماعی شبیه خانه برگردند یا از بستری شدن طولانی مدت در یک مرکز پرستاری اجتناب کنند.
  - خدمات انتقال اجتماعی / انتقال مرکز پرستاری به خانه: خدمات انتقال اجتماعی / انتقال مرکز پرستاری به خانه خدمات حمایتی و تغییراتی را ارائه می کند تا افراد بتوانند از یک مرکز پرستاری به منزل خصوصی خود برگردند.
  - امکانات تطبیقی برای دسترسی پذیری محیطی (اصلاحات در خانه): سازگاری های فیزیکی در خانه که برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی فرد ضروری است یا او را قادر می سازد تا با خیال راحت به زندگی مستقل در خانه خود ادامه دهد.
  - درمان آسم: اصلاح آسم تغییرات فیزیکی در محیط خانه را فراهم می کند تا اطمینان حاصل شود که فرد می تواند به طور ایمن در آنجا زندگی کند و از حمله های حاد آسم جلوگیری کند.
- اگر به کمک نیاز دارید یا می خواهید بدانید کدام پشتیبانی های انجمن ممکن است برای شما در دسترس باشد، با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** یا با ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی خود تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

D. جدول مزایای طرح ما

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>غربالگری آنوریسم آنورت شکمی</b> </p> <p>ما در کل یک بار هزینه غربالگری سونوگرافی را برای افراد در معرض خطر پرداخت می کنیم. این طرح تنها در صورتی این غربالگری را پوشش می دهد که شما عوامل خطر خاصی داشته باشید و برای آن از پزشک، دستیار پزشک، پزشک پرستار یا متخصص پرستار بالینی ارجاع دریافت کنید.</p>
\$0	<p><b>طب سوزنی</b></p> <p>ما هزینه حداکثر دو نوبت خدمات طب سوزنی سرپایی در هر ماه تقویمی، یا به دفعات بیشتر اگر ضرورت پزشکی داشته باشد، پرداخت می کنیم.</p> <p>همچنین اگر کمردرد مزمن طبق معیارهای زیر دارید، هزینه حداکثر 12 جلسه طب سوزنی را در دوره 90 روز پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 هفته یا بیشتر طول کشیده باشد؛</li> <li>• دلیل خاصی نداشته باشد (هیچ علت سیستمیک قابل شناسایی نداشته باشد، مانند بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی).</li> <li>• با جراحی مرتبط نباشد؛ و</li> <li>• با بارداری مرتبط نباشد.</li> </ul> <p>علاوه بر این، در صورت نشان دادن بهبودی، ما هزینه هشت جلسه طب سوزنی بیشتر را برای کمردرد مزمن پرداخت می کنیم. شما نمی توانید سالانه بیش از 20 جلسه طب سوزنی برای کمردرد مزمن دریافت کنید.</p> <p>درمان های طب در صورت عدم بهبود یا بدتر شدن باید متوقف شود.</p>
\$0	<p><b>غربالگری و مشاوره سوء مصرف الکل</b> </p> <p>ما هزینه یک غربالگری سوء مصرف الکل (SABIRT) را برای بزرگسالانی که سوء مصرف الکل دارند، اما وابستگی به الکل ندارند، پرداخت می کنیم. این شامل زنان باردار نیز می شود.</p> <p>اگر غربالگری از نظر سوء مصرف الکل مثبت بود، می توانید هر سال حداکثر چهار جلسه مشاوره حضوری و کوتاه (در صورت توانایی و هوشیاری در طول مشاوره) با یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) یا پزشک واجد شرایط در یک محیط مراقبت های اولیه داشته باشی.</p>





اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p><b>خدمات آمبولانس*</b></p> <p>خدمات آمبولانس تحت پوشش شامل خدمات آمبولانس زمینی، و هوایی (هوپیما و بالگرد) است. آمبولانس شما را به نزدیکترین مکانی که می توانید در آنجا تحت مراقبت قرار گیرید، می برد.</p> <p>وضعیت شما باید آنقدر جدی باشد که راه های دیگر رسیدن به محل خدمات مراقبتی سلامت یا جان شما را به خطر بیندازد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد باید به تأیید ما برسد.</p> <p>خدمات آمبولانس برای سایر موارد (غیر اورژانس) باید مورد تأیید ما باشد. در مواردی که اورژانسی نیستند، ممکن است هزینه آمبولانس را بپردازیم. وضعیت شما باید به اندازه ای جدی باشد که روش های دیگر رسیدن به محل مراقبت ممکن است زندگی یا سلامتی شما را به خطر بیندازد.</p> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.</p>	
\$0	<p><b>معاینه فیزیکی سالانه</b></p> <p>ما شما را به انجام یک معاینه فیزیکی روتین در سال تشویق می کنیم. این معاینه یک ارزیابی کامل از سلامت شما خواهد بود و در صورت نیاز شامل خدمات آزمایشگاهی و سایر غربالگریها خواهد بود. اگر از نظر پزشکی مراقبت های پیشگیرانه مناسب باشد، معاینه تحت پوشش قرار می گیرد.</p>	
\$0	<p><b>ویزیت سالانه تندرستی</b></p> <p>شما باید یک چکاپ سالانه انجام دهید. این کار برای ایجاد یا به روزرسانی یک برنامه پیشگیری بر اساس عوامل خطر فعلی شما است. ما هزینه آن را یکبار در هر دوره 12 ماهه پرداخت می کنیم.</p> <p><b>توجه:</b> اولین ویزیت سالانه سلامتی شما نمی تواند در عرض 12 ماه پس از ویزیت خوش آمد به <b>Medicare (Welcome to Medicare)</b> انجام شود. با این حال، برای دریافت ویزیت سالانه سلامتی پس از دریافت قسمت B به مدت 12 ماه، نیازی به ویزیت <b>Welcome to Medicare</b> ندارید.</p>	
\$0	<p><b>خدمات پیشگیرانه آسم</b></p> <p>شما می توانید از آموزش های آسم و ارزیابی محیط خانه برای شناسایی محرک هایی که معمولاً در خانه افراد مبتلا به آسم با سطح کنترل ضعیف وجود دارد، بهره مند شوید.</p>	



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>سنجش تراکم استخوان</b> </p> <p>ما هزینه برخی از اقدامات را برای اعضای واجد شرایط (معمولاً افرادی که در معرض خطر از دست دادن توده استخوانی یا در معرض خطر پوکی استخوان هستند) می پردازیم. اینها اقداماتی است که طی آن توده استخوانی یا قسمت از دست رفته استخوان شناسایی می شود، یا کیفیت استخوان تعیین می گردد.</p> <p>ما هزینه این خدمات یکبار در هر دوره 24 ماهه، یا به دفعات بیشتر اگر ضرورت پزشکی داشته باشد، پرداخت می کنیم. ما همچنین هزینه ای را برای پزشک پرداخت می کنیم تا نتایج را ببیند و نظر دهد.</p>
\$0	<p><b>غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی)</b> </p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یک ماموگرافی پایه بین سنین 35 تا 39 سال</li> <li>• یک ماموگرافی غربالگری هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا</li> <li>• معاینه بالینی پستان هر 24 ماه یکبار</li> </ul>
\$0	<p><b>خدمات توانبخشی قلبی*</b></p> <p>ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی مانند ورزش، آموزش، و مشاوره را پرداخت می کنیم. اعضا باید ضمن داشتن معرفی نامه از پزشک، شرایط خاصی را داشته باشند.</p> <p>ما همچنین برنامه های توانبخشی قلبی فشرده را پوشش می دهیم، که فشرده تر از برنامه های توانبخشی قلبی هستند.</p> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p><b>ویزیت کاهش خطر بیماری های قلبی عروقی (درمان بیماری قلبی)</b></p> <p>ما هر سال هزینه یک ویزیت، یا بیشتر اگر ضرورت پزشکی داشته باشد، را برای مراجعه به ارائه دهنده مراقبت های اولیه تان (PCP) پرداخت می کنیم تا به کاهش خطر ابتلا به بیماری های قلبی کمک کنیم. در طول ویزیت، پزشک ممکن است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• در مورد استفاده از آسپرین صحبت کند،</li> <li>• فشار خون شما را چک کند، و/یا</li> <li>• به شما نکاتی را گوشزد کند تا از تغذیه خوب و مناسب شما اطمینان یابد.</li> </ul>	
\$0	<p><b>آزمایش بیماری های قلبی عروقی</b></p> <p>ما هزینه آزمایش های خون را برای بررسی بیماری های قلبی عروقی یکبار در هر دوره پنج ساله (60 ماه) پرداخت می کنیم. در این آزمایشات خون، عوارض ناشی از خطر بالای بیماری قلبی نیز بررسی می شود.</p>	
\$0	<p><b>غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای همه زنان: تست پاپ اسمیر و معاینه لگن یکبار در هر دوره 24 ماهه</li> <li>• برای زنانی که در معرض خطر بالای سرطان دهانه رحم یا واژن هستند: تست پاپ اسمیر یکبار در هر دوره 12 ماهه</li> <li>• برای زنانی که در 3 سال گذشته نتیجه تست پاپ اسمیر آنها غیرطبیعی بوده است و در سنین باروری هستند: تست پاپ اسمیر یکبار در هر دوره 12 ماهه</li> <li>• برای زنان 30 تا 65 ساله: آزمایش ویروس پاپیلوما ی انسانی (Human Papillomavirus, HPV) یا آزمایش پاپ پلاس HPV یکبار در هر دوره 5 ساله.</li> </ul>	




اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>خدمات کایروپراکتیک</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تنظیم ستون فقرات برای اصلاح انحراف</li> </ul> <p>خدمات کایروپراکتیک Medi-Cal به دو نوبت در ماه در ترکیب با خدمات طب سوزنی، شنوایی سنجی، کاردرمانی و گفتار درمانی محدود می شود (محدودیتها برای کودکان زیر 21 سال اعمال نمی شود). ممکن است Medi-Cal در صورتی که خدمات دیگر دارای ضرورت پزشکی باشند برای آنها پیش تأییدیه صادر کند.</p> <p>اعضای زیر واجد شرایط دریافت خدمات کایروپراکتیک هستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کودکان زیر 21 سال</li> <li>• زنان باردار یا به ماه که شامل 60 روز پس از پایان بارداری نیز می شود</li> <li>• افرادی که در مرکز پرستاری تخصصی، مرکز مراقبت های سطح متوسط یا مرکز مراقبت های شبه حاد بستری هستند</li> <li>• همه اعضا، چنانچه خدمات در بخش های سرپایی بیمارستان کانتی، کلینیک های سرپایی، مراکز بهداشت مورد تأیید فدرال (Federally Qualified Health Centers, FQHCs) یا کلینیک های بهداشت روستایی (Rural Health Clinic, RHC) که در شبکه CalOptima Health هستند ارائه شوند. همه FQHCs، RHC ها یا بیمارستان های کانتی، خدمات کایروپراکتیک سرپایی ارائه نمی دهند.</li> </ul>




اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>غربالگری سرطان کلورکتال (روده بزرگ)*</b> </p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کولونوسکوپی حداقل یا حداکثر محدودیت سنی ندارد و برای افرادی که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال نیستند، هر 120 ماه (10 سال) یک بار، 48 ماه پس از سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر قبلی پوشش داده می شود. برای اشخاص با ریسک بالا، 24 ماه پس از کولونوسکوپی غربالگری قبلی یا تنقیه باریم پوشش داده می شود.</li> <li>• سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر برای بیماران 45 سال و بالاتر. هر 120 ماه یک بار برای افرادی که در معرض خطر بالا نیستند، پس از انجام کولونوسکوپی غربالگری بیمار و هر 48 ماه یک بار برای اشخاص با ریسک بالا بعد از آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر یا تنقیه باریم، پوشش داده می شود.</li> <li>• غربالگری آزمایش خون مخفی مدفوع برای اشخاص 45 سال و بالاتر. هر 12 ماه یکبار.</li> <li>• آزمایش DNA مدفوع چند منظوره برای اشخاص 45 تا 85 ساله و فاقد معیارهای خطر بالا. هر 3 سال یکبار.</li> <li>• آزمایشات نشانگر بیومارکر زیستی خون برای اشخاص 45 تا 85 ساله و فاقد معیارهای خطر بالا. هر 3 سال یکبار.</li> <li>• تنقیه باریم به عنوان جایگزینی برای کولونوسکوپی (یا غربالگری باریم انما) برای افراد در معرض خطر بالای سرطان کلورکتال، هر 24 ماه از آخرین باریم انما غربالگری یا آخرین کولونوسکوپی غربالگری.</li> <li>• تنقیه باریم به عنوان جایگزینی برای سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر برای بیماران در معرض خطر پایین و سن بالای 45 سال. یکبار حداقل 48 ماه پس از آخرین باریم انما غربالگری یا سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر غربالگری.</li> </ul> <p>تست های غربالگری سرطان روده بزرگ و مقعد شامل یک غربالگری پشتیبانی کولونوسکوپی است که پس از اینکه نتیجه آزمایش غیر تهاجمی غربالگری سرطان روده بزرگ و مقعد تحت پوشش Medicare که به صورت آزمایش مدفوع انجام می شود مثبت شود، انجام می گیرد.</p> <p>* با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>




اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS)*</b></p> <p>Community Based Adult Services, CBAS) یک برنامه خدمات سرپایی در داخل مراکز مربوطه است که افراد طبق برنامه زمانی در آن شرکت می کنند. این برنامه خدمات پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمانها (شامل کاردرمانی، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت از خانوادهها/مراقبان، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را ارائه می کند. اگر شما معیارهای صلاحیت را داشته باشید، هزینه CBAS را پرداخت می کنیم.</p> <p><b>توجه:</b> اگر مرکز CBAS در دسترس نباشد، می توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه کنیم.</p> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>
\$0	<p><b>خدمات دندانپزشکی</b></p> <p>برخی از خدمات دندانپزشکی، از جمله، اما نه محدود به، جرمگیری، پر کردن، و دندان مصنوعی، از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental Program یا FFS Medi-Cal در دسترس هستند.</p> <p>ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی را زمانی پرداخت می کنیم که این خدمات بخشی جدایی ناپذیر از درمان خاص شرایط پزشکی اولیه ذینفع باشد. برخی از نمونه ها عبارتند از بازسازی فک پس از شکستگی یا آسیب، کشیدن دندان برای آماده سازی برای درمان پرتودرمانی سرطان فک، یا معاینات دهان و دندان قبل از پیوند کلیه.</p>
\$0	<p><b>غربالگری افسردگی</b> </p> <p>ما هر سال هزینه یک نوبت غربالگری افسردگی را پرداخت می کنیم. غربالگری باید در محیط مراقبت های اولیه انجام شود تا ارائه درمان های پیگیرانه (فالوآپ) و ارجاعات امکان پذیر باشد.</p>




اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	<p style="text-align: right;"><b>غربالگری دیابت</b> </p> <p>ما هزینه این غربالگری (شامل آزمایشات قند ناشتا) را در صورت داشتن هر یک از عوامل خطر زیر پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فشار خون بالا (hypertension)</li> <li>• سابقه غیر طبیعی بودن میزان کلسترول و تری‌گلیسیرید (dyslipidemia)</li> <li>• چاقی</li> <li>• سابقه قند خون بالا (گلوکز)</li> </ul> <p>آزمایشات ممکن است در برخی موارد دیگر پوشش داده شوند، مثلاً اگر اضافه وزن دارید و سابقه خانوادگی دیابت دارید.</p> <p>بسته به نتایج آزمایش‌تان، ممکن است واجد شرایط دو غربالگری دیابت در هر 12 ماه باشید.</p>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	 <p><b>آموزش، خدمات و ملزومات خود مدیریتی دیابت*</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را برای همه افرادی که دیابت دارند (چه از انسولین استفاده بکنند یا نه) پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● لوازم نظارت بر قند خون، از جمله موارد زیر:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○ دستگاه سنجش قند خون</li> <li>○ نوار تست قند خون</li> <li>○ دستگاه های لانس و لانس ها</li> <li>○ محلول های کنترل گلوکز برای بررسی عملکرد درست نوارهای تست و دستگاه های سنجش</li> </ul> </li> <li>● برای افراد مبتلا به دیابت که بیماری پای دیابتی با درجه شدید دارند، هزینه های زیر را پرداخت می کنیم:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○ یک جفت کفش سفارشی درمانی (شامل کفی طبی)، شامل اندازه گیری برای سایز، و دو جفت کفی اضافی در هر سال تقویمی، یا</li> <li>○ یک جفت کفش عمقی، از جمله اندازه کردن، و سه جفت کفی در هر سال (غیر از کفی های قابل جداسازی غیر سفارشی که همراه چنین کفش هایی ارائه می شود)</li> </ul> </li> <li>● در برخی موارد، ما هزینه آموزش های کمک به مدیریت دیابت را برای شما پرداخت می کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.</li> </ul>
\$0	<p><b>خدمات همراه زانو</b></p> <p>برای افرادی که باردار هستند، ما هزینه 9 ویزیت با حضور همراه زانو را در دوران قبل از زایمان و پس از زایمان و همچنین پشتیبانی در طول بارداری و زایمان پرداخت می کنیم.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	<p><b>تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مرتبط*</b></p> <p>برای تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME)»، به فصل 12 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.</p> <p>ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• صندلی چرخ‌دار، از جمله صندلی چرخ‌دار برقی</li> <li>• عصای زیربغل</li> <li>• سیستم‌های تشک برقی</li> <li>• پد فشار خشک برای تشک</li> <li>• لوازم دیابت</li> <li>• تخت‌های بیمارستانی که توسط یک ارائه‌دهنده برای استفاده در خانه سفارش داده شده است</li> <li>• پمپ‌های تزریق داخل وریدی (Intravenous, IV) و پایه سرم</li> <li>• دستگاه‌های تولید گفتار</li> <li>• تجهیزات اکسیژن و لوازم مربوطه</li> <li>• نبولایزر</li> <li>• واکرها</li> <li>• دسته منحنی استاندارد یا عصای چهار پایه و لوازم تعویضی</li> <li>• دستگاه کشش گردن (قابلیت نصب روی در)</li> <li>• استیمولاتور استخوان</li> <li>• تجهیزات دیالیز</li> </ul> <p>موارد دیگر ممکن است پوشش داده شود.</p> <p>ما هزینه تمام تجهیزات DME که ضرورت پزشکی داشته باشد و Medicare و Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهند پرداخت می‌کنیم. اگر تأمین‌کننده ما در منطقه شما برند یا سازنده خاصی ندارد، می‌توانید از آنها بپرسید که آیا می‌توانند آن را برای شما سفارش دهند یا خیر.</p> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.</p>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
<p>\$0</p> <p>اگر مراقبت‌های اورژانسی را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت می‌کنید و پس از تثبیت وضعیت اورژانسی خود به مراقبت‌های بستری نیاز دارید، باید به یکی از بیمارستان‌های شبکه برگردید تا مراقبت شما همچنان تحت پوشش باشد یا باید مراقبت‌های بستری خود را در بیمارستان خارج از شبکه که این طرح مجوز داده است داشته باشید.</p> <p>شما هزینه مراقبت‌های اورژانسی و فوری و حمل‌ونقل اورژانسی خود را در خارج از ایالات متحده پرداخت می‌کنید و ما تا سقف \$100,000 در سال به شما بازپرداخت می‌کنیم.</p>	<p><b>مراقبت اورژانسی</b></p> <p>منظور از مراقبت اورژانسی خدماتی است با ویژگی‌های زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• توسط ارائه‌دهنده‌ای آموزش‌دیده در حوزه ارائه خدمات اورژانسی ارائه شود، و</li> <li>• برای درمان یک وضعیت پزشکی اورژانسی لازم باشد.</li> </ul> <p>وضعیت پزشکی اورژانسی وضعیتی است که با درد شدید یا مصدومیت جدی همراه است. این وضعیت چنان جدی است که اگر فوری به آن رسیدگی نشود، بنا به تشخیص هر فرد دارای دانش متوسط در حوزه پزشکی و سلامت به این موارد منجر خواهد شد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خطر جدی برای سلامتی شما یا فرزند متولد نشده شما؛ یا</li> <li>• آسیب جدی به عملکردهای بدن؛ یا</li> <li>• اختلال جدی در عملکرد بدن یا هریک از اندام‌ها یا بخش‌های آن.</li> <li>• در مورد زنان بارداری که در فاز فعال زایمان هستند، زمانی که:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ زمان کافی برای انتقال امن شما به بیمارستان دیگر، پیش از وضع حمل، وجود نداشته باشد.</li> <li>○ انتقال به بیمارستانی دیگر بتواند تهدیدی برای سلامت یا ایمنی شما یا فرزند متولد نشده شما باشد.</li> </ul> </li> </ul> <p>ما برای مراقبت‌های اورژانسی و فوری و خدمات حمل‌ونقل اورژانسی که در خارج از ایالات متحده دریافت شده باشد یک مزایای \$100,000 ی ارائه می‌دهیم.</p> <p>شرایط مربوط به ضرورت و تناسب پزشکی برای پوشش دادن خدمات در سراسر جهان همانی است که اگر همان خدمات در داخل ایالات متحده ارائه می‌شد قابل اعمال بود.</p> <p>ابتدا باید هزینه مراقبت‌های پزشکی دریافت‌شده را بپردازید، خلاصه ترخیص یا مدارک پزشکی معادل و رسید پرداخت را ترجیحاً به انگلیسی و دلار ایالات متحده دریافت کنید. درخواست بازپرداخت را با تمام اسناد پشتیبانی به CalOptima Health ارسال کنید و ما قبل از بازپرداخت، آن را از لحاظ ضرورت و تناسب پزشکی بررسی خواهیم کرد.</p>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>خدمات تنظیم خانواده</b></p> <p>قانون به شما امکان می دهد برای برخی از خدمات تنظیم خانواده، هر ارائه دهنده ای - چه ارائه دهنده درون شبکه یا ارائه دهنده خارج از شبکه - را انتخاب کنید. این به معنای هر پزشک، کلینیک، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده است. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینه تنظیم خانواده و درمان پزشکی</li> <li>• آزمایشگاه تنظیم خانواده و تست های تشخیصی</li> <li>• روش های تنظیم خانواده (IUC/IUD، ایمپلنت، تزریق ها، قرص های ضد بارداری، چسب یا حلقه)</li> <li>• لوازم تنظیم خانواده با نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، پد، دیافراگم، کلاهک)</li> <li>• مشاوره و تشخیص ناباروری و خدمات مرتبط</li> <li>• مشاوره، آزمایش و درمان عفونت های مقاربتی</li> <li>• (Sexually Transmitted Infections, STIs)</li> <li>• مشاوره و آزمایش HIV و ایدز و سایر عارضه های مرتبط با HIV</li> <li>• پیشگیری دائمی از بارداری (برای انتخاب این روش تنظیم خانواده، باید 21 سال یا بیشتر داشته باشید. شما باید حداقل 30 روز، اما حداکثر 180 روز قبل از تاریخ جراحی، یک فرم رضایت فدرال در خصوص عقیم سازی امضا کنید.)</li> <li>• مشاوره ژنتیک</li> </ul> <p>ما همچنین هزینه برخی دیگر از خدمات تنظیم خانواده را پرداخت می کنیم. با این حال، باید از یک ارائه دهنده در شبکه ارائه دهندگان ما برای خدمات زیر استفاده کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• درمان عارضه پزشکی ناباروری (این خدمات شامل روش های مصنوعی برای باردار شدن نمی شود.)</li> <li>• درمان ایدز و سایر عارضه های مرتبط با HIV</li> <li>• آزمایش ژنتیک</li> </ul>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p style="text-align: right;"></p> <p><b>برنامه های آموزشی سلامت و تندرستی</b></p> <p>ما برنامه های زیادی را ارائه می دهیم که بر عارضه های خاصی تمرکز دارند. این برنامه ها شامل موارد زیر هستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کلاس های آموزش بهداشت؛</li> <li>• کلاس های آموزش تغذیه؛</li> <li>• ترک سیگار و دخانیات؛ و</li> <li>• خط اضطراری خدمات پرستاری</li> </ul> <p>موارد زیر بدون هیچ هزینه ای در دسترس شما است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• عضویت در مراکز تناسب اندام یا YMCAs که در برنامه شرکت می کنند. بسیاری از مراکز تناسب اندام مشارکت کننده در برنامه ممکن است کلاس هایی با فشردگی کم و با تمرکز بر بهبود و افزایش قدرت و استقامت عضلانی، تحرک، انعطاف پذیری، دامنه حرکت، تعادل، چابکی و هماهنگی ارائه دهند</li> <li>• Well-Being Club برای مقالات و ویدیوهای اختصاصی و کلاس ها و رویدادهای مجازی زنده.</li> <li>• انواع ویدیوهای درخواستی از طریق وب سایت</li> <li>• شما واجد شرایط دریافت یک کیت تناسب اندام خانگی در هر سال از انواع گروه های تناسب اندام هستید</li> <li>• جلسات مربی گری سالمندی سالم از طریق تلفن و ویدیو یا چت با یک مربی آموزش دیده که می توانید در مورد موضوعاتی مانند ورزش، تغذیه، انزوای اجتماعی و سلامت مغز صحبت کنید</li> <li>• ردياب فعاليت</li> </ul>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
<p>\$0</p> <p>CalOptima Health در هر سال تقویمی تا سقف \$1,000 کمک شنوایی را سوای سقف \$1,510 ی Medi-Cal پوشش می دهد.</p> <p>مبلغ \$1,000 مذکور برای یک گوش یا هر دو گوش قابل استفاده است، اما این مزایا را فقط یک بار در طول سال تقویمی می توان دریافت کرد.</p> <p>مسئولیت پرداخت هر مبلغی فراتر از این حد با خود شماست.</p>	<p><b>خدمات شنوایی*</b></p> <p>ما هزینه تست های شنوایی و تعادل را که توسط ارائه دهنده شما انجام شود، پرداخت می کنیم. این آزمایش ها به شما می گویند که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید یا خیر. هنگامی که آنها را از پزشک، شنوایی سنج یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط دریافت می کنید، اینها تحت پوشش مراقبت های سرپایی قرار می گیرند.</p> <p>اگر باردار هستید یا در یک مرکز پرستاری زندگی می کنید، ما هزینه سمعک را نیز پرداخت می کنیم، از جمله:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• قالب ها، لوازم و گوشی ها</li> <li>• تعمیراتی که هر تعمیر بیش از 25 دلار هزینه داشته باشد</li> <li>• یک سری باتری برای بار اول</li> <li>• شش بار مراجعه به همان فروشنده برای آموزش، تنظیمات و نصب پس از دریافت سمعک</li> <li>• اجاره دوره آزمایشی سمعک</li> <li>• دستگاه های شنیداری کمکی، دستگاه های شنوایی هدایت استخوانی که از بیرون گوش استفاده می شوند</li> <li>• خدمات شنوایی سنجی و پس از ارزیابی مرتبط با سمعک</li> </ul> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>
<p>\$0</p>	<p><b>غربالگری HIV</b> </p> <p>ما در هر دوره 12 ماهه، هزینه یک معاینه غربالگری HIV پرداخت می کنیم برای افرادی که:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آزمایش غربالگری HIV را درخواست می کنند، یا</li> <li>• در معرض خطر ابتلا به عفونت HIV هستند.</li> </ul> <p>برای زنان باردار، ما تا سه آزمایش غربالگری HIV را در طول هر دوره بارداری پرداخت می کنیم.</p> <p>ما همچنین هزینه غربالگری (های) HIV را به دفعات بیشتر در صورتی که ارائه دهنده شما توصیه کرده باشد پرداخت می کنیم.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	<p><b>مراقبت‌های آژانس سلامت در منزل*</b></p> <p>قبل از اینکه بتوانید خدمات بهداشتی را در منزل دریافت کنید، پزشک باید به ما بگوید که به آنها نیاز دارید، و آنها باید توسط یک آژانس سلامت در منزل ارائه شوند. شما باید خانه نشین باشید، به این معنی که ترک کردن خانه برای شما مشکل است.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر، و شاید خدمات دیگری خارج از این فهرست، را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات پرستاری تخصصی پاره‌وقت یا متناوب و کمک‌های بهداشتی در منزل (برای اینکه تحت پوشش مزایای مراقبت‌های بهداشتی در منزل قرار گیرند، مجموع خدمات پرستاری تخصصی و کمک‌های بهداشتی در منزل شما باید کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد.)</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی</li> <li>• خدمات پزشکی و اجتماعی</li> <li>• تجهیزات و لوازم پزشکی</li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و معرفی‌نامه‌ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>تزریقات در منزل*</b></p> <p>طرح ما هزینه تزریقات در منزل را طبق تعریف ذیل پرداخت می کند: تزریق داروها یا مواد بیولوژیکی که در ورید یا زیر پوست انجام می شوند، و در خانه به شما ارائه می گردد. برای انجام تزریقات در منزل به موارد زیر نیاز است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• دارو یا ماده بیولوژیکی، مانند گلوبولین ضد ویروسی یا ایمنی؛</li> <li>• تجهیزات، مانند پمپ تزریق؛ و</li> <li>• لوازمی مانند لوله یا آنژیوکت.</li> </ul> <p>طرح ما خدمات تزریق در منزل را پوشش می دهد که شامل موارد زیر است اما محدود به اینها نمی شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات حرفه ای، از جمله خدمات پرستاری، که مطابق با طرح مراقبت شما ارائه شده باشد؛</li> <li>• آموزش و تعلیم اعضا که قبلاً در مزایای DME لحاظ نشده باشد؛</li> <li>• نظارت از راه دور؛ و</li> <li>• خدمات نظارتی برای ارائه تزریقات در منزل و داروهای تزریقی در منزل که توسط یک تأمین کننده واجد شرایط تزریقات در منزل ارائه می شود.</li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
<p>مبلغ پرداخت مشترک \$0 ی برای مراقبت های آسایشگاهی تحت پوشش Medicare. وقتی در یک برنامه آسایشگاهی مورد تأیید Medicare ثبت نام می کنید، هزینه خدمات آسایشگاهی شما و خدمات Part B و Part A مرتبط با تشخیص بیماری را علاج شما توسط Original Medicare پرداخت می شود و نه OneCare.</p>	<p><b>مراقبت های آسایشگاهی</b></p> <p>اگر ارائه دهنده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که بیماری را علاج دارید، شما حق دارید که خدمات آسایشگاهی را انتخاب کنید. این بدان معنی است که شما یک بیماری را علاج دارید و امید به زندگی تان حداکثر شش ماه است. شما می توانید از هر برنامه آسایشگاهی که به تأیید Medicare رسیده است مراقبت دریافت کنید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه های آسایشگاهی دارای تأییدیه Medicare در محدوده طرح بیمه را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما هم می تواند از ارائه دهندگان شبکه و هم از ارائه دهندگان خارج از شبکه باشد. هنگام دریافت خدمات آسایشگاهی، طرح ما هزینه های زیر را پرداخت می کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروهای برای درمان علائم و درد</li> <li>• مراقبت های فرجه ای کوتاه مدت</li> <li>• مراقبت در منزل</li> </ul> <p>صورت حساب خدمات آسایشگاهی و خدمات تحت پوشش Medicare Part A و Medicare Part B که مربوط به تشخیص بیماری را علاج شماست به Medicare صادر می شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای اطلاعات بیشتر، به بخش F این فصل مراجعه کنید.</li> </ul> <p>برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند اما تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B نیستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• طرح ما خدماتی را پوشش می دهد که تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B نیستند. ما خدمات را پوشش می دهیم، خواه به تشخیص بیماری را علاج شما مربوط باشد یا نباشد. شما برای این خدمات هزینه ای پرداخت نمی کنید.</li> </ul> <p>برای داروهای که می تواند تحت پوشش مزایای Medicare Part D در طرح قرار گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروها هرگز تحت پوشش خدمات آسایشگاهی و طرح ما به طور همزمان قرار نمی گیرند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.</li> </ul> <p>ادامه این خدمات در صفحه بعد آمده است</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p><b>مراقبت های آسایشگاهی (ادامه)</b></p> <p><b>توجه:</b> در صورت نیاز به مراقبت های غیر آسایشگاهی، با هماهنگ کننده مراقبت های شخصی خود و/یا خدمات مشتریان تماس بگیرید تا خدمات را ترتیب دهد. مراقبت های غیر آسایشگاهی مراقبتی است که به تشخیص بیماری لاعلاج شما مرتبط نیست.</p> <p>طرح ما خدمات مشاوره آسایشگاهی (فقط یک بار) را برای اعضای مبتلا به بیماری لاعلاج که مزایای آسایشگاهی را انتخاب نکرده است، پوشش می دهد.</p>	
\$0	<p><b>واکسیناسیون</b> </p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• واکسن ذات الریه</li> <li>• واکسن آنفولانزا، یکبار در هر فصل شیوع آنفولانزا در پاییز و زمستان، و امکان دریافت واکسن های بیشتر در صورت ضرورت پزشکی</li> <li>• واکسن هپاتیت B اگر در معرض خطر بالا یا متوسط ابتلا به هپاتیت B باشید</li> <li>• واکسن های کووید-19</li> <li>• سایر واکسن ها اگر در معرض خطر باشید و آن واکسن ها با قوانین پوشش دهی Medicare Part B مطابقت داشته باشند</li> </ul> <p>ما هزینه سایر واکسن هایی را که با قوانین پوشش دهی Medicare Part D مطابقت دارند، پرداخت می کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به <b>فصل 6 کتابچه راهنمای اعضا</b> مراجعه کنید.</p> <p><b>پیام مهم در مورد هزینه ای که برای واکسن می پردازید - طرح ما اکثر واکسن های قسمت D را بدون هیچ هزینه ای برای شما پوشش می دهد. برای اطلاعات بیشتر با خدمات مشتریان تماس بگیرید.</b></p>	



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
<p>\$0</p> <p>اعضا تا نود (90) ساعت واجد شرایط دریافت خدمات در هر سال هستند. نیاز به معرفی نامه است و اعضا باید از ارائه دهنده / عرضه کننده طرف قرارداد CalOptima Health استفاده کنند.</p>	<p>خدمات پشتیبانی در خانه - مراقبت همراه*</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• حمل و نقل: قرار ملاقات با پزشک، خرید مواد غذایی و تحویل دارو (RX) (تجویزی).</li> <li>• کارهای خانه: نظافت سبک، سازماندهی، و لباسشویی.</li> <li>• همنشینی: مکالمه، بازی های تخته ای، مطالعه و آماده سازی غذا.</li> <li>• راهنمای فنی: آموزش فناوری های جدید، نصب دستگاه ها، و دوراپزشکی.</li> <li>• ورزش و فعالیت: پیاده روی، دوچرخه سواری و رفت و آمد به باشگاه.</li> <li>• کمک از راه دور: بازدیدهای مجازی</li> <li>• تحویل خواربار و دارو (تجویزی).</li> </ul> <p>* با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
<p>\$0</p> <p>برای دریافت مراقبت های بستری در بیمارستانی خارج از شبکه پس از تثبیت وضعیت اورژانسی، باید از طرح ما تأییدیه دریافت کنید.</p>	<p><b>مراقبت های بیمارستانی بستری*</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات دارای ضرورت پزشکی را که در اینجا ذکر نشده است پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت ضرورت پزشکی)</li> <li>• وعده های غذایی، از جمله رژیم های غذایی خاص</li> <li>• خدمات پرستاری منظم</li> <li>• هزینه های بخش های مراقبت ویژه، مانند آی سی یو و سی سی یو</li> <li>• داروها</li> <li>• تست های آزمایشگاهی</li> <li>• عکسبرداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی</li> <li>• لوازم جراحی و پزشکی مورد نیاز</li> <li>• لوازم مانند صندلی چرخ دار</li> <li>• خدمات اتاق عمل و ریکاوری</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی</li> <li>• خدمات بستری سوء مصرف مواد</li> <li>• در برخی موارد، انواع پیوندهای روبرو: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول های بنیادی و روده/چند احشایی.</li> </ul> <p>اگر به پیوند نیاز دارید، یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare پرونده شما را بررسی می کند و تصمیم می گیرد که آیا شما واجد شرایط پیوند هستید یا خیر. ارائه دهندگان پیوند ممکن است محلی یا خارج از محدوده خدماتی باشند. اگر ارائه دهندگان پیوند محلی مایل به پذیرش نرخ Medicare باشند، می توانید خدمات پیوند خود را به صورت محلی یا خارج از الگوی مراقبتی جامعه خود دریافت کنید.</p> <p>اگر طرح ما خدمات پیوند را خارج از الگوی مراقبتی جامعه ما ارائه دهد و شما بخواهید پیوندتان را در آنجا انجام دهید، ما اقامت و سفر را برای شما و یک همراه تأمین می کنیم یا هزینه آن را می پردازیم.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خون، از جمله ذخیره سازی و تزریق</li> <li>• خدمات پزشک</li> </ul> <p>ادامه این خدمات در صفحه بعد آمده است</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>مراقبت های بیمارستانی بستری* (ادامه)</b></p> <p><b>توجه:</b> برای بستری شدن، ارائه دهنده شما باید دستوری بنویسد تا شما را به عنوان بستری در بیمارستان بپذیرد. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است درمان شما همچنان یک "درمان سرپایی" در نظر گرفته شود. اگر مطمئن نیستید که بستری هستید یا سرپایی، باید از کارکنان بیمارستان بپرسید.</p> <p>همچنین می توانید اطلاعات بیشتری را در برگه اطلاعات Medicare به نام «آیا شما بیمار بستری یا بیمار سرپایی بیمارستان هستید؟ اگر Medicare دارید - بپرسید!». این برگه اطلاعات در وبسایت به آدرس <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> یا با شماره تلفن (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE در دسترس است. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. شما می توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته به صورت رایگان با این شماره ها تماس بگیرید.</p> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>
\$0	<p><b>خدمات بستری در بیمارستان روانپزشکی*</b></p> <p>ما هزینه خدمات مراقبتی بهداشت روانی را که مستلزم بستری در بیمارستان است، پرداخت می کنیم.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر به خدمات بستری در یک بیمارستان روانی مستقل نیاز دارید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می کنیم. پس از آن، آژانس بهداشت روان منطقه محلی هزینه خدمات روانپزشکی همراه با بستری را که ضرورت پزشکی داشته باشد پرداخت می کند. برای دریافت مجوز مراقبت بیش از 190 روز، با آژانس بهداشت روان منطقه محلی هماهنگ می شود.</li> <li>○ محدودیت 190 روزه شامل خدمات بستری بهداشت روانی که در بخش روانپزشکی یک بیمارستان عمومی ارائه شده باشد نمی شود.</li> <li>• اگر 65 سال یا بیشتر دارید، ما هزینه خدماتی را که در مؤسسه بیماری های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) دریافت می کنید، پرداخت می کنیم.</li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>اقامت بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (Skilled Nursing Facility, SNF) در طول اقامت بستری خارج از پوشش*</b></p> <p>اگر اقامت بستری شما معقول نبوده و ضرورت پزشکی نداشته باشد یا اگر از تمام مزایای بستری یا اقامت استفاده کرده اید، هزینه آن را پرداخت نمی کنیم.</p> <p>با این حال، در شرایط خاصی که مراقبت های بستری تحت پوشش قرار نمی گیرد، ممکن است ما هزینه خدماتی را که در زمان بستری در بیمارستان یا مرکز پرستاری دریافت می کنید، پرداخت کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر، و شاید خدمات دیگری خارج از این فهرست، را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات پزشکی</li> <li>• تست های تشخیصی مانند تست های آزمایشگاهی</li> <li>• عکسبرداری اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ درمانی، از جمله مواد و خدمات تکنسین</li> <li>• پانسمان های جراحی</li> <li>• آتل ها، گچ گیری ها و سایر وسایلی که برای شکستگی و دررفتگی استفاده می شوند</li> <li>• دستگاه های پروتز و ارتز، از جمله تعویض یا تعمیر این دستگاه ها، غیر از نوع دندان پزشکی. اینها دستگاه هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می شوند:</li> <li>○ یک اندام داخلی بدن (از جمله بافت همجوار)، یا</li> <li>○ عملکرد یک اندام داخلی بدن که از کار افتاده یا دچار نقص عملکرد شده است.</li> <li>• بریس های پا، بازو، پشت و گردن، پنجه ها و پاهای مصنوعی، بازوها و چشم های مصنوعی. تنظیمات، تعمیرات و تعویض های مورد نیاز به دلیل شکستگی، سایش، از دست دادن یا تغییر در وضعیت شما نیز جزء آن محسوب می شود</li> <li>• فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کاردرمانی</li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>





اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>خدمات و ملزومات بیماری کلیوی*</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات آموزشی بیماری کلیوی برای آموزش مراقبت از کلیه و کمک به شما در تصمیم‌گیری خوب در مورد مراقبت. شما باید دچار مرحله چهارم بیماری مزمن کلیه باشید و پزشکتان باید شما را ارجاع داده باشد. ما حداکثر شش جلسه از خدمات آموزشی بیماری کلیوی را پوشش می دهیم.</li> <li>• درمان‌های دیالیز از نوع سرپایی، از جمله درمان‌های دیالیز زمانی که موقتاً خارج از محدوده خدماتی هستند، همانطور که در <b>فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا</b> توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده شما برای این خدمات موقتاً در دسترس نیست یا غیرقابل دسترسی است.</li> <li>• درمان‌های دیالیز از نوع بستری اگر برای مراقبت‌های ویژه در بیمارستان بستری شده‌اید</li> <li>• آموزش خود دیالیزی، از جمله آموزش برای شما و هر کسی که به شما در درمان‌های دیالیز خانگی کمک می کند</li> <li>• تجهیزات و لوازم دیالیز خانگی</li> <li>• برخی از خدمات پشتیبانی در منزل، مانند بازدیدهای ضروری توسط کارکنان آموزش‌دیده دیالیز برای سر زدن به وضعیت دیالیز خانگی شما، کمک در مواقع اورژانسی، و بررسی تجهیزات دیالیز و تأمین آب شما.</li> </ul> <p>مزایای دارویی شما تحت Medicare Part B هزینه برخی از داروهای دیالیز را پرداخت می کند. برای کسب اطلاعات، به «داروهای تجویزی Medicare Part B» در این جدول مراجعه کنید.</p> <p>* با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و معرفی‌نامه‌ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>غربالگری سرطان ریه</b> </p> <p>طرح ما هزینه غربالگری سرطان ریه را یکبار در هر دوره 12 ماهه پرداخت می کند به شرطی که:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• سن شما بین 50 تا 77 سال باشد، و</li> <li>• یک مشاوره و ویزیت تصمیم گیری مشترک نزد پزشک یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط داشته باشید، و</li> <li>• حداقل 20 سال باشد که در روز 1 بسته سیگار می کشید بدون اینکه علامت یا نشانه ای از سرطان ریه داشته باشید، یا در حال حاضر سیگار می کشید یا ظرف 15 سال اخیر ترک کرده باشید.</li> </ul> <p>پس از اولین غربالگری، طرح ما هر سال هزینه یک غربالگری دیگر را با دستور کتبی پزشک یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط پرداخت می کند.</p>
\$0	<p><b>تغذیه درمانی پزشکی*</b> </p> <p>این مزیت برای افراد مبتلا به دیابت یا بیماری کلیوی بدون دیالیز است. مزیت مذکور برای بعد از پیوند کلیه نیز می باشد البته اگر پزشکتان ارجاع داده باشد. ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره انفرادی را در طول اولین سالی که خدمات تغذیه درمانی پزشکی تحت Medicare دریافت می کنید پرداخت می کنیم. ممکن است خدمات بیشتری نیز در صورت ضرورت پزشکی مورد تأیید ما قرار گیرد. ما هر سال هزینه دو ساعت خدمات مشاوره فردی را پس از آن پرداخت می کنیم. اگر وضعیت، درمان یا تشخیص شما تغییر کند، ممکن است با معرفی نامه پزشک بتوانید ساعات بیشتری از درمان را دریافت کنید. پزشک باید این خدمات را تجویز کند و در صورت نیاز به درمان در سال تقویمی بعد، هر سال ارجاع را تمدید کند. ممکن است خدمات بیشتری نیز در صورت ضرورت پزشکی مورد تأیید ما قرار گیرد.</p> <p>* با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	<p data-bbox="818 422 1386 464"><b>برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare</b></p> <p data-bbox="1419 415 1472 478"></p> <p data-bbox="472 489 1386 653">برنامه‌های ما هزینه خدمات «برنامه پیشگیری از دیابت Medicare» (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) را پرداخت می‌کند. MDPP برای کمک به افزایش رفتار سالم طراحی شده است. این برنامه آموزش عملی در زمینه‌های زیر ارائه می‌دهد:</p> <ul data-bbox="776 667 1321 804" style="list-style-type: none"> <li>• تغییر رژیم غذایی بلندمدت، و</li> <li>• افزایش فعالیت بدنی، و</li> <li>• راه‌هایی برای کاهش وزن و سبک زندگی سالم.</li> </ul>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	<p><b>داروهای تجویزی Medicare Part B*</b></p> <p>این داروها به موجب Medicare Part B تحت پوشش هستند. طرح ما هزینه داروهای زیر را پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروهایی که معمولاً نمی‌توانید خودتان مصرف کنید و در حین دریافت خدمات پزشک، خدمات سرپایی بیمارستان یا خدمات مرکز جراحی سرپایی با تزریق یا سرم به شما داده می‌شوند.</li> <li>• انسولین ارائه شده از طریق یک مورد از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند پمپ انسولین مورد نیاز پزشکی).</li> <li>• داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند نیولایزر) مصرف می‌کنید که طرح ما مجاز شمرده است</li> <li>• فاکتورهای انعقادی که در صورت ابتلا به هموفیلی به خود تزریق می‌کنید</li> <li>• داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی، اگر در زمان پیوند عضو در Medicare Part A ثبت نام کرده باشید</li> <li>• داروهای پوکی استخوان که تزریق می‌شوند. اگر در خانه هستید، شکستگی استخوان دارید که طبق تأیید پزشک مربوط به پوکی استخوان پس از یائسگی است و نمی‌توانید خودتان دارو را تزریق کنید، ما هزینه این داروها را می‌پردازیم</li> <li>• آنتی ژن‌ها</li> <li>• برخی از داروهای ضد سرطان خوراکی و داروهای ضد تهوع</li> <li>• داروهای خاص برای دیالیز خانگی، از جمله هپارین، ضد هپارین (در صورت ضرورت پزشکی)، بی‌حس کننده‌های موضعی و عوامل محرک گلبول قرمز (مانند Epoetin Alfa, Procrit®, Epogen®, Darbepoetin Alfa, یا Aranesp®)</li> </ul> <p>ادامه این خدمات در صفحه بعد آمده است</p>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>داروهای تجویزی Medicare Part B* (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• گلوبولین ایمنی درون وریدی برای درمان خانگی بیماری های نقص ایمنی اولیه</li> </ul> <p>ما همچنین برخی از واکسن ها را تحت مزایای داروهای تجویزی Medicare Part B و Part D پوشش می دهیم.</p> <p><b>فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا</b> مزایای داروهای تجویزی سرپایی ما را توضیح می دهد. این فصل قوانینی را شرح می دهد که باید برای تحت پوشش قرار گرفتن نسخه ها رعایت کنید.</p> <p><b>فصل 6 کتابچه راهنمای اعضا</b> توضیح می دهد که برای داروهای سرپایی خود از طریق طرح ما چقدر می پردازید.</p> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.</p>
\$0	<p><b>مراقبت های مراکز پرستاری*</b></p> <p>مراکز پرستاری (Nursing Facility, NF) مکانی است که از افرادی که نمی توانند در خانه تحت مراقبت قرار گیرند اما نیازی به بستری در بیمارستان ندارند، مراقبت می کند.</p> <p>خدماتی که هزینه آنها را پرداخت می کنیم شامل موارد زیر است، اما محدود به اینها نیست:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت ضرورت پزشکی)</li> <li>• وعده های غذایی، از جمله رژیم های غذایی خاص</li> <li>• خدمات پرستاری</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی</li> <li>• درمان تنفسی</li> <li>• داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی به شما داده می شود. (این شامل موادی می شود که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، مانند فاکتورهای انعقاد خون.)</li> </ul> <p>ادامه این خدمات در صفحه بعد آمده است</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>مراقبت های مراکز پرستاری* (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خون، از جمله ذخیره سازی و تزریق</li> <li>• لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود</li> <li>• آزمایشات آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری انجام می شود</li> <li>• عکسبرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود</li> <li>• استفاده از وسایلی مانند صندلی چرخ دار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود</li> <li>• خدمات پزشکی/درمانگر</li> <li>• تجهیزات پزشکی بادوام</li> <li>• خدمات دندانپزشکی از جمله دندان مصنوعی</li> <li>• مزایای بینایی</li> <li>• معاینات شنوایی</li> <li>• مراقبت های کایروپراکتیک</li> <li>• خدمات متخصص پا</li> </ul> <p>شما معمولاً مراقبت های خود را از مراکز شبکه دریافت می کنید. با این حال، ممکن است بتوانید مراقبت خود را از یک مرکز خارج از شبکه نیز دریافت کنید. می توانید از مکان های زیر مراقبت دریافت کنید به شرطی که مبالغ طرح ما را برای پرداخت بپذیرند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مراکز نگهداری سالمندان یا جامعه بازنشستگان نیازمند مراقبت مداوم که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آن زندگی می کردید (مشروط بر اینکه مراقبت های مراکز پرستاری را ارائه کنند).</li> <li>• مرکز پرستاری که در زمان مرخص شدن شما از بیمارستان، همسر یا شریک زندگی تان در آن زندگی می کند.</li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>غربالگری و درمان چاقی برای کاهش وزن</b> </p> <p>اگر شاخص توده بدنی تان 30 به بالا باشد، ما هزینه مشاوره برای کمک به کاهش وزن شما را پرداخت می کنیم. شما باید در یک مرکز مراقبت های اولیه مشاوره دریافت کنید. به این ترتیب، مشکل چاقی تان را می توان با برنامه پیشگیری کامل مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر، با ارائه دهنده مراقبت های اولیه خود صحبت کنید.</p>
\$0	<p><b>خدمات برنامه درمان مصرف مواد افیونی (Opioid Treatment Program, OTP)*</b></p> <p>طرح ما هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال مصرف مواد مخدر (Opioid Use Disorder, OUD) پرداخت می کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فعالیت های مصرف مواد</li> <li>• ارزیابی های دوره ای</li> <li>• داروهای مورد تأیید سازمان غذا و دارو (FDA) و در صورت لزوم، مدیریت و ارائه این داروها به شما</li> <li>• مشاوره مصرف مواد</li> <li>• درمان فردی و گروهی</li> <li>• آزمایش مواد مخدر یا مواد شیمیایی در بدن شما (تست سم شناسی)</li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>تست های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی*</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات دارای ضرورت پزشکی را که در اینجا ذکر نشده است پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تصویربرداری با اشعه ایکس</li> <li>• پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم مورد نیاز تکنسین</li> <li>• لوازم جراحی، مانند پانسمان</li> <li>• آتل ها، گچ گیری ها و سایر وسایلی که برای شکستگی و دررفتگی استفاده می شوند</li> <li>• تست های آزمایشگاهی</li> <li>• خون، از جمله ذخیره سازی و تزریق</li> <li>• سایر آزمایشات تشخیصی سرپایی</li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>خدمات سرپایی در بیمارستان*</b></p> <p>ما هزینه خدمات دارای ضرورت پزشکی را که در بخش سرپایی یک بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحی دریافت می کنید، پرداخت می کنیم، مانند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● خدمات در بخش اورژانس یا کلینیک سرپایی، مانند جراحی سرپایی یا خدمات معاینه             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ خدمات معاینه به پزشک شما کمک می کند تا بداند که آیا نیاز به بستری شدن در بیمارستان به عنوان «بیمار بستری» دارید یا خیر.</li> <li>○ گاهی اوقات می توانید یک شب در بیمارستان باشید و همچنان «سرپایی» محسوب شوید.</li> <li>○ اطلاعات بیشتر در مورد بستری یا سرپایی بودن را می توانید در این برگه اطلاعات بیابید:  <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a></li> </ul> </li> <li>● تست های آزمایشگاهی و تشخیصی با صورتحساب صادره از بیمارستان</li> <li>● مراقبت های بهداشت روانی، از جمله مراقبت در برنامه بستری جزئی، در صورتی که پزشک تأیید کند که بدون آن درمان بستری ضرورت پیدا می کند</li> <li>● عکسبرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی با صورتحساب صادره بیمارستان</li> <li>● لوازم پزشکی، مانند آتل و گچ</li> <li>● غربالگری های پیشگیرانه و خدمات ذکر شده در جدول مزایا</li> <li>● برخی از داروهای که نمی توانید خودتان مصرف کنید</li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>مراقبت‌های سرپایی بهداشت روانی*</b></p> <p>ما هزینه خدمات بهداشت روانی را که اشخاص زیر ارائه کنند پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• روانپزشک یا پزشک دارای مجوز ایالتی</li> <li>• روانشناس بالینی</li> <li>• مددکار اجتماعی بالینی</li> <li>• پرستار متخصص بالینی</li> <li>• یک مشاور حرفه ای دارای مجوز (LPC)</li> <li>• یک متخصص ازدواج و درمانگر خانواده (LMFT)</li> <li>• پرستار متخصص (NP)</li> <li>• دستیار پزشک (PA)</li> <li>• هر متخصص دیگری در زمینه مراقبت‌های بهداشت روانی که مورد تأیید Medicare باشد و طبق قوانین قابل اجرای ایالتی مجاز محسوب شود</li> </ul> <p>ما هزینه خدمات زیر، و شاید خدمات دیگری خارج از این فهرست، را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات کلینیک</li> <li>• درمان روزانه</li> <li>• خدمات توانبخشی روانی-اجتماعی</li> <li>• بستری جزئی یا برنامه‌های سرپایی فشرده</li> <li>• ارزیابی و درمان بهداشت روانی فردی و گروهی</li> <li>• تست روانشناختی زمانی که از نظر بالینی برای ارزیابی پیامدهای بهداشت روانی تجویز شود</li> <li>• خدمات سرپایی به منظور نظارت بر درمان دارویی</li> <li>• آزمایشگاه، داروها، لوازم و مکمل‌های سرپایی</li> <li>• مشاوره روانپزشکی</li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.</p>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>خدمات توانبخشی سرپایی*</b></p> <p>ما هزینه های فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی را پرداخت می کنیم. شما می توانید خدمات توانبخشی سرپایی را از بخش های سرپایی بیمارستان، دفاتر درمانگر مستقل، مراکز جامع توانبخشی سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORFs) و سایر مراکز دریافت کنید.</p> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>
\$0	<p><b>خدمات سرپایی سوء مصرف مواد</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر، و شاید خدمات دیگری خارج از این فهرست، را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غربالگری و مشاوره سوء مصرف الکل</li> <li>• درمان سوء مصرف مواد مخدر</li> <li>• مشاوره گروهی یا فردی توسط پزشک واجد شرایط</li> <li>• سم زدایی تحت حاد در یک برنامه ترک اعتیاد اقامتی</li> <li>• خدمات ترک الکل و/یا مواد مخدر در یک مرکز درمان سرپایی فشرده</li> <li>• درمان با نالتراکسون (Naltrexone) پیوسته رهش (ویویترول)</li> </ul>
\$0	<p><b>جراحی سرپایی*</b></p> <p>ما هزینه جراحی و خدمات سرپایی در مراکز سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی را پرداخت می کنیم.</p> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>اقلام دارویی بدون نسخه (Over The Counter, OTC)</b></p> <p>\$100 کمک هزینه یا سقف مخارج (هر 3 ماه یکبار) برای خرید اقلام و لوازم بدون نسخه که از کاتالوگ سفارش پستی داروهای بدون نسخه قابل دسترس است. این مزایا در روز اول هر سه ماهه معتبر می شود. ژانویه، آوریل، جولای و اکتبر؛ موجودی باقیمانده به سه ماهه (های) بعدی منتقل نمی شود.</p> <p>می توانید از این مزایا برای سفارش اقلام بدون نسخه مانند داروهای سرماخوردگی و سرفه، استامینوفن، بانداز و سایر محصولات واجد شرایط موجود در کاتالوگ سفارش پستی OTC استفاده کنید. اقلام مستقیماً به منزل شما ارسال می شود. یک کاتالوگ سفارش پستی دریافت خواهید کرد که دارای دستورالعمل های سفارش و جزئیات درباره اقلامی است که می توانید با کمک هزینه خود خریداری کنید.</p>
\$0	<p><b>خدمات بستری جزئی و خدمات سرپایی متمرکز*</b></p> <p>بستری شدن جزئی در بیمارستان یک برنامه ساختاریافته از درمان فعال روانپزشکی است. این خدمات در بخش خدمات غیربستری بیمارستان و یا در مراکز بهداشت روانی ارائه می شود. این خدمات در مقایسه با خدماتی که در مطب پزشک یا روان درمانگر شما ارائه می شوند، تخصصی تر هستند. این خدمات می تواند باعث جلوگیری از بستری شدن شما در بیمارستان گردد.</p> <p>خدمات سرپایی فشرده یک برنامه ساختار یافته از درمان فعال درمانی رفتاری (روانی) است که به عنوان خدمات سرپایی بیمارستانی، یک مرکز بهداشت روان اجتماعی، یک مرکز بهداشتی فدرال واجد شرایط، یا یک کلینیک بهداشت روستایی ارائه می شود که تخصصی تر از مراقبت های دریافتی در مطب دکتر یا روان درمانگر شماست، اما سطح پایین تری نسبت به بستری شدن جزئی دارد.</p> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>خدمات پزشکی/ارائه دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشک*</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● خدمات مراقبت های بهداشتی یا جراحی با ضرورت پزشکی در مکان هایی مانند: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ مطب پزشک</li> <li>○ مرکز مجاز جراحی سرپایی</li> <li>○ بخش سرپایی بیمارستان</li> </ul> </li> <li>● مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص</li> <li>● معاینات اولیه شنوایی و تعادل که توسط ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما انجام می شود، در صورتی که پزشکتان دستور انجام آنها را برای تشخیص نیازتان به درمان داده باشد</li> <li>● خدمات دوراپزشکی (خدمات درمانی مجازی و تلفنی) برای بازدیدهای ماهانه مربوط به بیماری کلیوی مرحله نهایی (End-Stage Renal Disease, ESRD) برای اعضای دیالیز خانگی در یک مرکز دیالیز کلیوی مستقر در بیمارستان یا دسترسی حیاتی، مرکز دیالیز کلیوی، یا در خانه</li> <li>● خدمات دوراپزشکی برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم سکته مغزی</li> <li>● خدمات دوراپزشکی برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلالات روانی همزمان</li> <li>● خدمات دوراپزشکی برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات بهداشت روانی در صورتی که: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت دوراپزشکی، یک ویزیت حضوری داشته باشید</li> <li>○ در حین دریافت این خدمات دوراپزشکی، هر 12 ماه یک بار یک ویزیت حضوری داشته باشید</li> <li>○ در شرایط خاص می توان در موارد فوق استثنا قائل شد</li> </ul> </li> </ul> <p>ادامه این خدمات در صفحه بعد آمده است</p>




اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	<p><b>Physician/provider services, including doctor's office (visits* (continued</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● خدمات بهداشتی از راه دور برای ویزیت‌های سلامت روان که توسط کلینیک‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی فدرال واجد شرایط ارائه می‌شود.</li> <li>● پذیرش‌های مجازی (به عنوان مثال، از طریق تلفن یا چت تصویری) با پزشک به مدت 5 تا 10 دقیقه اگر             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ شما یک بیمار جدید نیستید و</li> <li>○ پذیرش مربوط به ویزیت در مطب در 7 روز گذشته نیست و</li> <li>○ آن پذیرش منجر به ویزیت در مطب طی 24 ساعت آتی یا سریع‌ترین نوبت موجود نشود</li> </ul> </li> <li>● ارزیابی فیلم و/یا تصاویری که برای پزشک ارسال می‌کنید و تفسیر و پیگیری توسط پزشک در عرض 24 ساعت اگر             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ شما یک بیمار جدید نیستید و</li> <li>○ ارزیابی مربوط به ویزیت در مطب در 7 روز گذشته نیست و</li> <li>○ آن ارزیابی منجر به ویزیت در مطب طی 24 ساعت آتی یا سریع‌ترین نوبت موجود نشود</li> </ul> </li> <li>● اگر بیمار جدیدی نیستید، مشاوره با پزشکان دیگر از طریق تلفن، اینترنت یا پرونده الکترونیکی سلامت</li> <li>● نظر ثانویه توسط یکی دیگر از ارائه‌دهندگان شبکه قبل از جراحی</li> <li>● مراقبت‌های غیر روتین دندان. خدمات تحت پوشش محدود به موارد زیر است:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ جراحی فک یا ساختارهای مرتبط</li> <li>○ جا انداختن شکستگی‌های فک یا استخوان‌های صورت</li> <li>○ کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک</li> <li>○ خدماتی که در صورت ارائه توسط پزشک تحت پوشش قرار می‌گیرند</li> </ul> </li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و معرفی‌نامه‌ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>خدمات پزشکی یا</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی جراحات و بیماری های پا (مانند انگشت چکشی یا خار پاشنه)</li> <li>• مراقبت معمول از پا برای اعضای مبتلا به بیماری هایی که روی پاها اثر می گذارند، مانند دیابت</li> </ul>
\$0	<p><b>معاینات غربالگری سرطان پروستات</b> </p> <p>برای مردان 50 سال به بالا، هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یکبار پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینه دیجیتال مقعدی</li> <li>• آزمایش آنتی ژن اختصاصی پروستات (Prostate Specific Antigen, PSA)</li> </ul>




اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>دستگاه‌های پروتز و لوازم مرتبط*</b></p> <p>دستگاه‌های پروتز جایگزین تمام یا بخشی از یک قسمت یا عملکرد بدن می‌شوند. ما هزینه دستگاه‌های پروتز زیر، و شاید دستگاه‌های دیگری خارج از این فهرست، را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کیسه‌های کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت‌های کولوستومی</li> <li>• تغذیه انترال و پارنترال، شامل کیت‌های تغذیه، پمپ تزریق، لوله و آداپتور، محلول‌ها و مواد لازم برای تزریقات توسط خود بیمار</li> <li>• ضربان‌ساز قلب</li> <li>• بریس‌ها</li> <li>• کفش پروتز</li> <li>• دست و پای مصنوعی</li> <li>• پروتزهای سینه (از جمله سینه‌بند جراحی بعد از ماستکتومی)</li> <li>• پروتز برای جایگزینی تمام یا بخشی از قسمت خارجی صورت که در نتیجه بیماری، جراحی یا نقص مادرزادی برداشته شده یا آسیب دیده است</li> <li>• کرم و پوشک بی‌اختیاری</li> </ul> <p>ما هزینه برخی از لوازم مربوط به دستگاه‌های پروتز را پرداخت می‌کنیم. ما همچنین هزینه تعمیر و یا تعویض دستگاه‌های پروتز را پرداخت می‌کنیم. ما هزینه‌های پس از برداشتن آب مروارید یا جراحی آب مروارید را تا حدی پوشش می‌دهیم. برای جزئیات به «مراقبت‌های بینایی» در ادامه این جدول مراجعه کنید. ما هزینه‌ای برای دستگاه‌های پروتز دندان نخواهیم داد.</p> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.</p>
\$0	<p><b>خدمات احیای ریوی*</b></p> <p>ما هزینه برنامه‌های توانبخشی ریوی را برای اعضای مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) با درجه متوسط تا بسیار شدید پرداخت می‌کنیم. شما باید از پزشک یا ارائه‌دهنده معالجه COPD برای توانبخشی ریوی معرفی‌نامه داشته باشید.</p> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و معرفی‌نامه‌ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>غربالگری و مشاوره عفونت های مقاربتی (STIs)</b> </p> <p>ما هزینه غربالگری های کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هیپاتیت B را می پردازیم. این غربالگری ها برای زنان باردار و برای برخی از افرادی که در معرض خطر ابتلا به STI هستند پوشش داده می شود. یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه باید آزمایش ها را تجویز کند. ما یکبار در هر دوره 12 ماهه یا در زمان های خاصی از دوران بارداری این آزمایش ها را پوشش می دهیم.</p> <p>ما همچنین هر سال هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره رفتاری فشرده را برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض خطر ابتلا به بیماری های مقاربتی هستند، می پردازیم. هر جلسه می تواند 20 تا 30 دقیقه باشد. ما هزینه این جلسات مشاوره را به عنوان نوعی خدمات پیشگیرانه فقط در صورتی پرداخت می کنیم که ارائه دهنده مراقبت های اولیه ارائه کرده باشد. جلسات باید در محیط مراقبت های اولیه، مانند مطب پزشک، برگزار شود.</p>




اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)*</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر، و شاید خدمات دیگری خارج از این فهرست، را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق نیمه خصوصی یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی داشته باشد</li> <li>• وعده های غذایی، از جمله رژیم های غذایی خاص</li> <li>• خدمات پرستاری</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی</li> <li>• داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی خود دریافت می کنید، از جمله موادی که به طور طبیعی در بدن هستند، مانند فاکتورهای انعقاد خون.</li> <li>• خون، از جمله ذخیره سازی و تزریق</li> <li>• لوازم پزشکی و جراحی که توسط مراکز پرستاری ارائه می شود</li> <li>• تست های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری انجام می شود</li> <li>• اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی ارائه شده توسط مراکز پرستاری</li> <li>• وسایلی مانند صندلی چرخ دار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود</li> <li>• خدمات پزشکی/ارائه دهنده</li> </ul> <p>شما معمولاً مراقبت های خود را از مراکز شبکه دریافت می کنید. با این حال، ممکن است بتوانید مراقبت خود را از یک مرکز خارج از شبکه نیز دریافت کنید. می توانید از مکان های زیر مراقبت دریافت کنید به شرطی که مبالغ طرح ما را برای پرداخت بپذیرند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مراکز نگهداری سالمندان یا جامعه بازنشستگان نیازمند مراقبت مداوم که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آن زندگی می کردید (مشروط بر اینکه مراقبت های مراکز پرستاری را ارائه کنند).</li> <li>• مرکز پرستاری که زمان مرخص شدن شما از بیمارستان، همسر یا شریک زندگی شما در آن زندگی می کند</li> </ul> <p>* قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	<p><b>مشاوره برای ترک سیگار یا استعمال دخانیات</b> </p> <p>اگر از دخانیات استفاده می‌کنید، علائم یا نشانه‌های بیماری مرتبط با دخانیات را ندارید و می‌خواهید ترک کنید یا لازم است ترک کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ما هزینه دو بار تلاش برای ترک را در یک دوره 12 ماهه در قالب خدمات پیشگیرانه پرداخت می‌کنیم. این سرویس برای شما رایگان است. هر اقدام به ترک شامل حداکثر چهار جلسه مشاوره حضوری است</li> <li>اگر از دخانیات استفاده می‌کنید و به بیماری‌های مرتبط با دخانیات در شما تشخیص داده شده است یا داروهایی مصرف می‌کنید که ممکن است مصرف دخانیات روی آنها تأثیر بگذارد:</li> <li>• ما هزینه دو بار مشاوره برای ترک اعتیاد را در هر دوره 12 ماهه پرداخت می‌کنیم. هر اقدام برای مشاوره شامل حداکثر چهار جلسه حضوری است.</li> </ul>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	<p><b>ورزش‌درمانی تحت نظارت (SET)*</b></p> <p>ما هزینه تمرین‌درمانی تحت نظارت (Supervised Exercise Therapy, SET) را برای اعضای مبتلا به بیماری عروق محیطی دارای علائم (Peripheral Artery Disease, PAD) که برای PAD از پزشک معالج آن ارجاع دارند، پرداخت می‌کنیم.</p> <p>طرح ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• حداکثر 36 جلسه در طول یک دوره 12 هفته‌ای در صورتی که همه شرایط SET برقرار باشد</li> <li>• 36 جلسه اضافه‌تر به مرور زمان اگر بنا به نظر یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، ضرورت پزشکی داشته باشد</li> </ul> <p>برنامه SET باید شرایط زیر را داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• جلسات 30 تا 60 دقیقه‌ای از یک برنامه تمرینی-ورزشی درمانی باشد که برای PAD در اعضای مبتلا به گرفتگی پا به دلیل جریان خون ضعیف (لنگش) ارائه می‌شود</li> <li>• در یک بیمارستان سرپایی یا در مطب پزشک باشد</li> <li>• توسط پرسنل واجد شرایط ارائه شود که باید اطمینان یابند مزیت‌های آن نسبت به زیان‌هایش بیشتر است و در تمرین‌درمانی برای بیماران مبتلا به بیماری عروق محیطی آموزش دیده باشند</li> <li>• تحت نظارت مستقیم یک پزشک، دستیار پزشک، یا پزشک پرستار/متخصص پرستار بالینی که در هر دو تکنیک پایه و پیشرفته حمایت از زندگی آموزش دیده است</li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و معرفی‌نامه‌ای دریافت کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p><b>حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی*</b></p> <p>این مزیت مقرون به صرفه ترین و در دسترس ترین سرویس حمل و نقل را فراهم می کند. حمل و نقل مذکور می تواند شامل موارد زیر باشد: آمبولانس، ون مجهز به رمپ صندلی چرخ دار، خدمات حمل و نقل پزشکی با ون دارای صندلی چرخ دار، و هماهنگی با سرویس حمل و نقل معلولین.</p> <p>اشکال گوناگون حمل و نقل زمانی مجاز است که:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>شرایط پزشکی و/یا جسمانی تان به شما اجازه نمی دهد با اتوبوس، ماشین سواری، تاکسی، یا شکل دیگری از حمل و نقل عمومی یا خصوصی سفر کنید، و بسته به خدمات، ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</li> </ul> <p>*قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد این سرویس، به <b>فصل 3، بخش G1</b> در صفحه 50 مراجعه کنید.</p>
\$0	<p><b>حمل و نقل: حمل و نقل غیر پزشکی</b></p> <p>این مزیت امکان رفت و آمد به خدمات پزشکی را با خودروی سواری، تاکسی یا سایر اشکال حمل و نقل عمومی/خصوصی فراهم می کند.</p> <p>حمل و نقل به منظور دریافت مراقبت های پزشکی مورد نیاز، از جمله سفر به محل نوبت های دندان پزشکی و دریافت داروهای تجویزی، ضروری است.</p> <p>این مزایا محدودیتی برای مزایای حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی شما ایجاد نمی کند.</p> <p>با تماس با شماره <b>1-866-612-1256 (TTY 711)</b> حمل و نقل خود را حداقل از دو روز کاری قبل زمان بندی کنید. کاربران TTY می توانند با 711 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر در مورد این سرویس، به <b>فصل 3، بخش G2</b> در صفحه 51 مراجعه کنید.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
<p>پرداخت \$0 ی برای خدمات فوری مورد نیاز. شما هزینه مراقبت‌های اضطراری و فوری و حمل‌ونقل اورژانسی خود در خارج از ایالات متحده را پرداخت می‌کنید و ما تا سقف \$100,000 در سال به شما بازپرداخت خواهیم کرد.</p>	<p><b>مراقبت‌های فوری مورد نیاز</b></p> <p>مراقبت‌های فوری مورد نیاز، مراقبتی است که برای درمان موارد زیر انجام می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یک وضعیت غیر اورژانسی که نیاز به مراقبت فوری پزشکی دارد، یا</li> <li>• یک بیماری پزشکی ناگهانی، یا</li> <li>• جراحی یا</li> <li>• عارضه‌ای که نیاز به مراقبت فوری دارد.</li> </ul> <p>اگر به مراقبت فوری نیاز دارید، ابتدا باید سعی کنید آن را از یک ارائه دهنده درون شبکه دریافت کنید. با این حال، زمانی که نمی‌توانید به یک ارائه دهنده شبکه دسترسی پیدا کنید، می‌توانید از ارائه دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید، این در صورتی مورد قبول است که با توجه به شرایط شما، دریافت خدمات از ارائه دهندگان شبکه ممکن نیست یا غیرمنطقی است (به عنوان مثال، زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح بیمه هستید و شما به خدمات فوری پزشکی برای یک وضعیت غیرقابل پیش بینی که یک اورژانس پزشکی نیست نیاز دارید).</p> <p>ما برای مراقبت‌های اورژانسی و فوری و خدمات حمل‌ونقل اورژانسی که در خارج از ایالات متحده دریافت شده باشد یک مزایای \$100,000 ی ارائه می‌دهیم. شرایط مربوط به ضرورت و تناسب پزشکی برای پوشش دادن خدمات در سراسر جهان همانی است که اگر همان خدمات در داخل ایالات متحده ارائه می‌شد قابل اعمال بود.</p> <p>ابتدا باید هزینه مراقبت‌های پزشکی دریافت‌شده را بپردازید، خلاصه ترخیص یا مدارک پزشکی معادل و رسید پرداخت را ترجیحاً به انگلیسی و دلار ایالات متحده دریافت کنید. درخواست بازپرداخت را با تمام اسناد پشتیبانی به CalOptima Health ارسال کنید و ما قبل از بازپرداخت، آن را از لحاظ ضرورت و تناسب پزشکی بررسی خواهیم کرد.</p>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
<p>\$0 مبلغ پرداخت مشترک برای معاینه تا تشخیص و درمان بیماری‌ها و مشکلات مربوط به چشم (از جمله غربالگری سالانه گلاکوما).</p> <p>\$0 مبلغ پرداخت مشترک برای معاینه‌های معمول چشم (برای حداکثر 1 معاینه در سال).</p> <p>طرح ما هر سال تا مبلغ \$250 را برای عینک (فریم و لنز) یا لنزهای تماسی پرداخت می کند.</p> <p>\$0 مبلغ پرداخت مشترک برای عینک یا لنزهای تماسی پس از جراحی آب مروارید.</p>	<p> <b>مراقبت‌های بینایی</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یک نوبت معاینه معمول چشم در سال و</li> <li>• تا سقف \$250 برای عینک (قاب و لنز) یا لنزهای تماسی هر سال یکبار</li> </ul> <p>ما هزینه خدمات پزشکی سرپایی را برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و آسیب‌های چشمی پرداخت می کنیم. برای مثال، معاینه سالانه چشم برای رتینوپاتی دیابتی درافراد مبتلا به دیابت و درمان دژنراسیون ماکولار وابسته به سن از این قبیل است.</p> <p>برای افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به گلوکوما هستند، ما هزینه یک غربالگری آب سیاه یا گلاکوما را در سال پرداخت می کنیم. افراد در معرض خطر بالای ابتلا به گلوکوما عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• افرادی که سابقه خانوادگی گلوکوما دارند</li> <li>• افراد مبتلا به دیابت</li> <li>• آمریکایی‌های آفریقایی تبار که سنشان 50 سال به بالا است</li> <li>• آمریکایی‌های اسپانیایی تبار که سنشان 65 سال به بالا است</li> </ul> <p>ما هزینه یک عینک یا لنز تماسی را بعد از هر عمل جراحی آب مروارید که پزشک لنز داخل چشمی قرار می دهد، پرداخت می کنیم.</p> <p>اگر دو عمل مجزای آب مروارید دارید، پس از هر جراحی باید یک عینک بگیرید. نمی توانید بعد از جراحی دوم دو عینک را یکجا بگیرید، حتی اگر بعد از جراحی اول عینک نگرفته باشید.</p>



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره  
1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به  
[www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<div style="text-align: right;">  </div> <p><b>ویزیت پیشگیرانه «Welcome to Medicare» (به Medicare خوش آمدید)</b></p> <p>ما یکبار ویزیت پیشگیرانه «خوش آمدگویی Medicare» را پوشش می دهیم. این ویزیت شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مروری بر وضعیت سلامتی شما،</li> <li>• آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه لازم (از جمله غربالگری و واکسن) و</li> <li>• ارائه معرفی نامه برای سایر خدمات مراقبتی در صورت نیاز شما.</li> </ul> <p><b>توجه:</b> ما ویزیت پیشگیرانه «Welcome to Medicare» را فقط در طی 12 ماه اولی که Medicare Part B دارید پوشش می دهیم. وقتی نوبت می گیرید، به مطب پزشک خود بگویید که می خواهید برای ویزیت پیشگیرانه «Welcome to Medicare» وقت بگیرید.</p>

### E. مزایای تحت پوشش خارج از برنامه ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی دهیم، اما آنها از طریق سیستم هزینه برای خدمات Medicare یا Medi-Cal در دسترس هستند.

#### E1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)

برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT) از سازمان های Lead محلی برای کمک به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal که حداقل 90 روز متوالی در یک مرکز بستری زندگی کرده اند، استفاده می کند تا به یک محیط اجتماعی برگردند و با امنیت و خیال آسوده در آن زندگی کنند. برنامه CCT خدمات هماهنگی انتقال را در طول دوره قبل از انتقال و به مدت 365 روز پس از انتقال برای کمک به ذینفعان در بازگشت به یک محیط اجتماعی تأمین می کند.

شما می توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان Lead ارائه دهنده CCT که به شهرستان محل زندگی تان خدمات می دهد، دریافت کنید. می توانید فهرستی از سازمان های Lead ارائه دهنده CCT و شهرستان های تحت پوشش خدمات آنان را در وبسایت سازمان خدمات مراقبت های بهداشتی به نشانی: [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT) بیابید.

#### برای خدمات هماهنگی انتقال CCT

Medi-Cal هزینه خدمات هماهنگی انتقال را پرداخت می کند. شما برای این خدمات هزینه ای پرداخت نمی کنید.



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## برای خدماتی که با هماهنگی انتقال CCT شما مرتبط نیستند

ارائه‌دهنده صورتحساب خدمات دریافتی شما را برای ما صادر می‌کند. طرح ما هزینه خدمات ارائه‌شده به شما پس از مرحله انتقال را پرداخت می‌کند. شما برای این خدمات هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید. حین اینکه شما خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما هزینه خدمات مندرج در جدول مزایای بخش D را پرداخت می‌کنیم.

## عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی

برنامه CCT داروها را پوشش نمی‌دهد. شما مزایای دارویی معمول خود را همچنان از طریق طرح ما دریافت می‌کنید. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. توجه: اگر به مراقبت‌های انتقال غیر CCT نیاز دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود تماس بگیرید تا خدمات را برایتان هماهنگ کند. مراقبت‌های انتقال غیر CCT مراقبتی است که به انتقال شما از یک مؤسسه یا مرکز مربوط نیست.

## E2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal

برخی از خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal در دسترس هستند، که شامل موارد زیر می‌شود اما محدود به آنها نیست:

- معاینات اولیه، اشعه ایکس، تمیز کردن و درمان با فلوراید
- ترمیم و روکش
- درمان کانال ریشه
- دندان‌های مصنوعی کامل و جزئی، تنظیم، ترمیم و لایه سازی داخل دندان مصنوعی

مزایای دندانپزشکی در برنامه دندانپزشکی Medi-Cal در قالب سیستم پرداخت برای خدمات در دسترس است. برای اطلاعات بیشتر، یا اگر برای یافتن دندانپزشکی که برنامه دندانپزشکی Medi-Cal را می‌پذیرد به کمک نیاز دارید، با خط خدمات مشتریان به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان برنامه خدمات دندانپزشکی Medi-Cal از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر از دوشنبه تا جمعه برای کمک به شما در دسترس هستند. همچنین می‌توانید برای اطلاعات بیشتر به وبسایت [www.dental.dhcs.ca.gov](http://www.dental.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید.

علاوه بر سیستم پرداخت برای خدمات دندانپزشکی Medi-Cal، ممکن است بتوانید از طریق طرح مراقبت‌های هماهنگ دندانپزشکی از مزایای دندانپزشکی بهره‌مند شوید. طرح‌های مراقبت‌های هماهنگ دندانپزشکی در کانتیهای Los Angeles و Sacramento قابل دریافت است. اگر اطلاعات بیشتری در مورد برنامه‌های دندانپزشکی می‌خواهید، برای شناسایی طرح دندانپزشکی خود به کمک نیاز دارید، یا می‌خواهید برنامه‌های دندانپزشکی خود را تغییر دهید، دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 بعد از ظهر با گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). این تماس رایگان است.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



### E3. مراقبت‌های آسایشگاهی

اگر ارائه‌دهنده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که بیماری لاعلاج در پیش دارید، شما حق دارید که خدمات آسایشگاهی را انتخاب کنید. این بدان معنی است که شما یک بیماری لاعلاج دارید و امید به زندگی‌تان حداکثر شش ماه است. شما می‌توانید از هر برنامه آسایشگاهی که به تأیید Medicare رسیده است مراقبت دریافت کنید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاهی دارای تأییدیه Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما هم می‌تواند از ارائه‌دهندگان شبکه و هم از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه باشد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد هزینه‌هایی که حین دریافت خدمات مراقبت‌های آسایشگاهی تحت پوشش ما هستند، به جدول مزایا در بخش D مراجعه کنید.

برای خدمات آسایشگاهی و خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B که به تشخیص بیماری لاعلاج شما مربوط می‌شود

• ارائه‌دهنده آسایشگاه صورتحساب خدمات شما را برای Medicare صادر می‌کند. Medicare هزینه خدمات آسایشگاهی مربوط به تشخیص بیماری لاعلاج شما را پرداخت می‌کند. شما برای این خدمات هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

برای خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B که با بیماری لاعلاج شما مرتبط نیستند (به جز مراقبت‌های اورژانسی یا مراقبت‌های ضروری فوری)

• ارائه‌دهنده صورتحساب خدمات شما را برای Medicare صادر می‌کند. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B را پرداخت خواهد کرد. شما هیچ هزینه‌ای برای این خدمات پرداخت نمی‌کنید

برای داروهایی که می‌تواند تحت پوشش مزایای Medicare Part D در طرح قرار گیرد

• داروها هرگز تحت پوشش درمانگاه و طرح ما به طور همزمان قرار نمی‌گیرند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

توجه: در صورت نیاز به مراقبت‌های غیر آسایشگاهی، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود تماس بگیرید تا خدمات را ترتیب دهد. مراقبت غیرآسایشگاهی مراقبتی است که با بیماری لاعلاج شما مرتبط نیست.

### E4. خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)

• برنامه IHSS به پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک می‌کند تا بتوانید با خیال راحت در خانه خود بمانید. IHSS به عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از خانه، مانند خانه‌های سالمندان یا امکانات هیئت مدیره و مراقبت در نظر گرفته می‌شود.

• انواع خدماتی که می‌توانند از طریق IHSS مجاز باشند عبارتند از نظافت منزل، تهیه غذا، خشکشویی، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند مراقبت از روده و مثانه، حمام کردن، نظافت و خدمات پیراپزشکی)، همراهی با قرار ملاقات‌های پزشکی، و نظارت حفاظتی برای معلولان ذهنی

• هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی شما می‌تواند به شما کمک کند برای IHSS با آژانس خدمات اجتماعی شهرستان خود درخواست دهید. برای اطلاعات، لطفاً با شماره 1-714-825-3000 یا 1-800-281-9799 (TTY 1-800-735-2929) تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**E5. (c) 1915 چشم پوشی از خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS)**

**معافیت برای زندگی در مراکز کمک دهی (ALW)**

- معافیت برای زندگی در مراکز کمک دهی (ALW) به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal انتخاب اقامت در یک محیط زندگی با امکانات کمکی را به عنوان جایگزینی برای استقرار طولانی مدت در یک مرکز پرستاری ارائه می دهد. هدف ALW تسهیل انتقال از مرکز پرستاری به یک محیط خانگی و اجتماعی یا جلوگیری از اجبار برای رفتن به مرکز پرستاری ماهر برای ذینفعانی است که نیاز فوری به استقرار در این مرکز پرستاری دارند.
- اعضای که در ALW ثبت نام کرده اند و به مراقبت مدیریت شده Medi-Cal منتقل شده اند، می توانند در ALW ثبت نام کرده و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس هماهنگی مراقبت ALW شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می کنید کار می کند.
- هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما می تواند به شما کمک کند برای ALW درخواست دهید. لطفاً برای لیستی از آژانس های محلی هماهنگی مراقبت ALW که به اورنج کانتی خدمات ارائه می دهند، به زیر مراجعه کنید:

Home Health Services of California

تلفن: 1-213-385-9949

I Care Hospice, Inc

تلفن: 1-818-238-9188

Libertana Home Health Care

تلفن: 1-818-902-5000

Media Home Health

تلفن: 1-818-536-7468

Sierra Hospice Care Inc.

تلفن: 1-213-380-1100

True Care Home Health

تلفن: 1-323-653-9222

Victor Valley Home Health

Services

تلفن: 1-442-327-9060

Vigilans Home Health Services

تلفن: 1-909-748-7980

A-Biz Health Systems

تلفن: 1-818-654-6874

Access TLC Home Health Care

تلفن: 1-818-551-1900 یا

1-800-852-9887

All Hours Adult Care, SPC

تلفن: 1-844-657-4748

Archangel Home Health Inc

تلفن: 1-562-861-7047

Calstro Hospice, Inc.

تلفن: 1-909-929-7312

Concise Home Health Services

تلفن: 1-310-912-3156

Faith in Angels Hospice

تلفن: 1-818-505-0934

Grandcare Assisted Living

Services

تلفن: 1-877-405-6990

Guidant Care Management

تلفن: 1-844-494-6304



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### HCBS معافیت برای افراد ساکن کالیفرنیا با ناتوانی های رشدی (HCBS-DD)

#### معافیت برای برنامه خود تعیینی کالیفرنیا (SDP) برای افراد دارای ناتوانی های رشدی

- دو معافیت (c) 1915 وجود دارد، HCBS-DD Waiver و SDP Waiver که خدماتی را به افرادی ارائه می دهد که ناتوانی رشدی در آنها تشخیص داده شده است که قبل از تولد 18 سالگی فرد شروع می شود و انتظار می رود به طور نامحدود ادامه یابد. هر دوی این معافیت ها راهی برای تأمین مالی خدمات خاصی است که به افراد دارای معلولیت رشدی اجازه می دهد به جای اقامت در یک مرکز بهداشتی دارای مجوز، در خانه یا در جامعه زندگی کنند. هزینه های این خدمات به طور مشترک توسط برنامه Medicaid دولت فدرال و ایالت کالیفرنیا تأمین می شود. هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما می تواند به شما در ارتباط با خدمات معافیت DD Waiver کمک کند.

#### معافیت برای جایگزینی با برنامه های مبتنی بر خانه و جامعه (HCBA)

- HCBA Waiver خدمات مدیریت مراقبت را به افراد در معرض خطر برای نگهداری در خانه سالمندان یا استقرار در آسایشگاه ها ارائه می کند. خدمات مدیریت مراقبت توسط یک تیم مدیریت مراقبت چند جانبه متشکل از یک پرستار و مددکار اجتماعی ارائه می شود. این تیم خدمات معافیت و طرح دولتی (مانند پزشکی، سلامت رفتاری، خدمات حمایتی در خانه و غیره) را هماهنگ می کند و سایر خدمات و پشتیبانی های بلندمدت موجود در جامعه محلی را برنامه ریزی می کنند. خدمات مدیریت مراقبت و معافیت، در محل سکونت و جامعه عضو ذینفع ارائه می شود. این اقامتگاه می تواند ملک خصوصی، ملک اجاره ای یا قرارداد اجاره یا محل سکونت یکی از اعضای خانواده شرکت کننده باشد.
- اعضای که در معافیت HCBA ثبت نام کرده اند و به مراقبت مدیریت شده Medi-Cal منتقل شده اند، می توانند همچنان در معافیت HCBA ثبت نام کرده باشند و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما در زمینه هماهنگی خدمات دریافتی شما با آژانس معافیت HCBA شما همکاری می کند.
- هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما می تواند به شما کمک کند برای HCBA درخواست دهید. لطفاً برای لیستی از آژانس های محلی هماهنگی مراقبت HCBA که به Orange County خدمات ارائه می دهند، به زیر مراجعه کنید:

Libertana Home Health ○  
تلفن: 1-800-750-1444 یا  
1-818-902-5000

Access TLC ○  
تلفن: 1-800-852-9887

#### برنامه معافیت Medi-Cal (MCWP)

- برنامه معافیت Medi-Cal (MCWP) به عنوان جایگزینی برای مراقبت گرفتن در مرکز پرستاری یا بستری شدن در بیمارستان، خدمات مراقبتی جامع و مراقبت مستقیم را به افراد مبتلا به HIV ارائه می دهد. مدیریت پرونده یک رویکرد تیمی با مشارکت ذینفع و متشکل از یک پرستار ثبت نام شده و مدیر پرونده مددکاری اجتماعی است. مدیران پرونده با شرکت کننده و ارائه دهنده مراقبت های اولیه، خانواده، مراقب (ها) و سایر ارائه دهندگان خدمات همکاری می کنند تا نیازهای مراقبتی لازم برای زندگی ذینفع در خانه و جامعه خود ارزیابی کنند.



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- اعضای که در معافیت MCWP ثبت نام کرده‌اند و به مراقبت مدیریت شده Medi-Cal منتقل شده‌اند، می‌توانند در معافیت MCWP ثبت نام کرده و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس معافیت MCWP شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید کار می‌کند.
- هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما می‌تواند به شما کمک کند برای MCWP درخواست دهید. لطفاً برای یافتن آژانس هماهنگی مراقبت محلی MCWP که به اورنج کانتی خدمات می‌دهد، به اطلاعات زیر مراجعه کنید:

Radiant Health Centers (formerly AIDS Services Foundation) ○  
تلفن: 1-949-809-5700

#### برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP) خدمات مدیریت مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی را برای کمک به افراد برای ماندن در خانه و جامعه خود ارائه می‌دهد.
- در حالی که اکثر شرکت کنندگان برنامه خدمات حمایتی در خانه را نیز دریافت می‌کنند، MSSP برای جلوگیری یا به تعویق انداختن بستری عضو در مراکز طولانی مدت، هماهنگی مراقبت مداوم را فراهم می‌کند، شرکت کنندگان را به سایر خدمات و منابع اجتماعی مورد نیاز پیوند می‌دهد، با ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ می‌کند و برخی از خدمات مورد نیاز را خریداری می‌کند که در غیر این صورت در دسترس نیستند. مجموع هزینه ترکیبی سالانه مدیریت مراقبت و سایر خدمات باید کمتر از هزینه دریافت مراقبت در یک مرکز پرستاری ماهر باشد.
- تیمی از متخصصان خدمات بهداشتی و اجتماعی برای هر یک از شرکت کنندگان 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 برنامه مراقبت فردی کار می‌کند. خدمات عبارتند از:

- مدیریت مراقبت
- مراقبت روزانه بزرگسالان
- تعمیرات / نگهداری جزئی خانه
- خدمات تکمیلی در منزل، مراقبت شخصی و نظارت حفاظتی
- خدمات استراحت برای مراقبین
- خدمات حمل و نقل
- خدمات مشاوره ای و درمانی
- خدمات غذا
- خدمات ارتباطی

- اعضای که در MSSP Waiver ثبت نام کرده‌اند و به Medi-Cal Managed Care منتقل شده‌اند، می‌توانند همچنان در MSSP Waiver ثبت نام نمایند و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت می‌کنند. طرح ما با ارائه دهنده MSSP شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید کار می‌کند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما می تواند به شما کمک کند برای MSSP درخواست دهید. برای اطلاعات بیشتر در مورد MSSP یا درخواست برای برنامه، لطفاً با CalOptima MSSP به شماره 1-714-347-5780 تماس بگیرید.

## F. مزایایی که توسط طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش داده نمی شود

این بخش در مورد مزایایی که در طرح ما «مستثنی» هستند به شما توضیح می دهد. «مستثنی» به این معنی است که ما برای این مزایا هزینه ای پرداخت نمی کنیم. Medicare و Medi-Cal نیز برای آنها هزینه ای پرداخت نمی کند. لیست زیر برخی از خدمات و اقلامی را که تحت هیچ شرایطی تحت پوشش ما نیستند و آنهایی که تنها در برخی موارد در طرح ما مستثنی شده اند توضیح می دهد.

ما برای مزایای پزشکی مستثنی طبق فهرست این بخش (یا هر جای دیگری در این کتابچه راهنمای اعضا) هزینه ای پرداخت نمی کنیم، مگر تحت شرایط خاص ذکر شده. حتی اگر آن خدمات را در یک مرکز اورژانس دریافت کنید، طرح ما هزینه خدمات را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می کنید طرح ما باید برای یکی از خدماتی که تحت پوشش نیست هزینه پرداخت کند، می توانید درخواست بررسی مجدد کنید. برای اطلاعات در مورد درخواست بررسی مجدد، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

علاوه بر هرگونه استثنا یا محدودیتی که در جدول مزایا توضیح داده شده است، طرح ما اقلام و خدمات زیر را نیز پوشش نمی دهد:

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و دارای ضرورت پزشکی» تلقی نمی شوند، مگر اینکه این خدمات را به عنوان خدمات تحت پوشش در فهرست بیاوریم.
- درمان های پزشکی و جراحی، اقلام و داروها از نوع تجربی، مگر اینکه Medicare، یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare یا طرح ما آنها را پوشش دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد مطالعات تحقیقات بالینی، به فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. درمان ها و اقلام تجربی مواردی هستند که عموماً مورد قبول جامعه پزشکی نیستند.
- درمان جراحی برای مرض چاقی، مگر در مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشد و Medicare هزینه آن را پرداخت کند
- یک اتاق خصوصی در بیمارستان، مگر در موارد دارای ضرورت پزشکی.
- پرستاران خصوصی.
- وسایل شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری، مانند تلفن یا تلویزیون.
- مراقبت های پرستاری تمام وقت در منزل شما
- هزینه هایی که بستگان درجه یک یا اعضای خانواده شما اعمال می کنند.
- وعده های غذایی که در منزل شما تحویل داده می شود.
- اقدامات یا خدمات تقویتی اختیاری یا انتخابی (شامل کاهش وزن، رشد مو، عملکرد جنسی، عملکرد ورزشی، اهداف زیبایی، ضد پیری و عملکرد ذهنی)، مگر در مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشد.



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- جراحی زیبایی یا سایر عمل‌های زیبایی، مگر اینکه به دلیل جراحی ناشی از تصادف یا بهبود بخشی از بدن که شکل مناسبی ندارد، مورد نیاز باشد. با این حال، ما هزینه بازسازی سینه پس از ماستکتومی و درمان سینه دیگر را برای هم‌شکل کردن با آن می‌پردازیم
- مراقبت‌های کایروپراکتیک، به غیر از دستکاری دستی ستون فقرات طبق دستورالعمل‌های پوشش.
- مراقبت‌های معمول پا، به جز مواردی که در خدمات پاپزشکی در جدول مزایای بخش D توضیح داده شده است.
- کفش‌های ارتوپدی، مگر اینکه کفش جزء بريس پا باشد و در هزینه بريس لحاظ شود یا کفش برای فرد مبتلا به بیماری پای دیابتی باشد.
- وسایل کمکی برای پا، به جز کفش‌های ارتوپدی یا طبی برای افراد مبتلا به بیماری پای دیابتی.
- کراتوتومی رادیال، جراحی لیزیک و سایر وسایل کمکی کم‌بینایی.
- معکوس کردن روش‌های عقیم‌سازی و لوازم ضد بارداری بدون نسخه.
- خدمات طبیعت‌درمانی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین).
- خدمات ارائه شده به کهنه‌سربازان در مراکز امور کهنه‌سربازان (Veterans Affairs, VA) با این حال، هنگامی که یک کهنه‌سرباز خدمات اورژانسی را در بیمارستان‌های VA دریافت می‌کند و مبلغ سهم بیمار برای VA بیشتر از مبلغ سهم بیمار در طرح ما باشد، مابه‌التفاوت را به کهنه‌سرباز بازپرداخت می‌کنیم. شما همچنان مسئول پرداخت مبلغ سهم بیمار هستید.
- خدمات پیراپزشکی درمان‌های پزشکی اورژانسی هستند که در صحنه توسط پیراپزشکان ارائه می‌شوند. برای کسب اطلاعات درباره پوشش با شهرداری خود تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فصل 5: دریافت داروهای تجویزی سرپایی شما

### مقدمه

این فصل درباره قوانینی برای دریافت داروهای تجویزی سرپایی شما توضیح می‌دهد. اینها داروهایی هستند که ارائه‌دهنده شما برایتان سفارش می‌دهد و از داروخانه یا با سفارش پستی دریافت می‌کنید. داروهای تحت پوشش Medicare Part D و Medi-Cal جزء آنها هستند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه 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 معمولاً شامل داروهایی هستند که حین مدت حضورتان در بیمارستان یا مرکز پرستاری به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت پوشش Medicare Part B.** برخی از داروهای شیمی‌درمانی، برخی از تزریقات دارویی که طی ویزیت در مطب پزشک یا ارائه‌دهندگان دیگر به شما داده می‌شود، و همچنین داروهایی که در کلینیک دیالیز به شما داده می‌شود از این دسته است. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروهای Medicare Part B، به جدول مزایا در **فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
- اگر در آسایشگاه Medicare هستید، علاوه بر Medicare Part D و پوشش مزایای پزشکی، داروهای شما ممکن است تحت پوشش Original Medicare قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 5، بخش F3** «اگر در یک برنامه آسایشگاه دارای گواهی Medicare هستید» مراجعه کنید.

### قوانین پوشش دارویی سرپایی طرح ما

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

شما باید از پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری بخواهید نسخه شما را بنویسد، که باید طبق قانون قابل اجرای ایالتی معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما است. همچنین اگر ارائه‌دهنده مراقبت اولیه شما را برای دریافت خدمات مراقبتی ارجاع داده باشد، این شخص می‌تواند ارائه‌دهنده دیگری باشد. تجویزکننده شما نباید در فهرست‌های موارد مستثنی یا حذف‌شده Medicare یا هر فهرست مشابه Medi-Cal باشد. شما معمولاً باید از یک داروخانه شبکه برای تهیه داروهای نسخه خود استفاده کنید.

داروی تجویزی شما باید در فهرست داروهای تحت پوشش طرح ما باشد. ما به صورت کوتاه‌شده، به آن «فهرست داروها» می‌گوییم.

- اگر دارو در «فهرست داروها» نیست، ممکن است بتوانیم با قائل شدن استثنا آن را برای شما پوشش دهیم.
- برای آشنایی با درخواست اعمال استثنا، به **فصل 9**، در صفحه 168 مراجعه کنید.
- لطفاً همچنین توجه داشته باشید که درخواست برای پوشش داروی تجویزی شما مطابق با استانداردهای هردو برنامه Medicare و Medi-Cal ارزیابی خواهد شد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

داروی شما باید برای یکی از مصارف مورد قبول پزشکی باشد. این بدان معنی است که مورد مصرف دارو را یا سازمان غذا و دارو تأیید کرده یا مراجع پزشکی خاصی بر آن صحه گذاشته‌اند. پزشک شما ممکن است بتواند به شما در شناسایی مراجع پزشکی برای تأیید مورد مصرف درخواستی داروی تجویزی کمک کند. مصرف داروها برای درمان عارضه‌هایی که توسط سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) یا کتاب‌های مرجع پشتیبانی نمی‌شوند، با عنوان مصارف «خارج از برچسب» (off-label) نامیده می‌شوند. داروهایی که برای موارد «خارج از برچسب» استفاده می‌شوند، به عنوان مصارف مورد قبول پزشکی محسوب نمی‌شوند و بنابراین به عنوان مزایای تحت پوشش به حساب نمی‌آیند، مگر اینکه: دارو یک داروی غیر Medicare باشد، و مورد مصرف «خارج از برچسب» در پژوهش‌هایی که تحت فرآیند بررسی هم‌تا قرار گرفته‌اند توصیف شده باشد و دارو ضرورت پزشکی داشته باشد. دارای ضرورت پزشکی یعنی دارو برای محافظت از جان، پیشگیری از بیماری قابل توجه یا ناتوانی قابل توجه، یا برای کاهش درد شدید از طریق تشخیص یا درمان بیماری، کسالت یا جراحی، معقول و ضروری باشد.

## فهرست مطالب

<b>121</b>	<b>A. تهیه داروهای نسخه‌های خود.....</b>
121	A1. تهیه داروهای نسخه خود از یک داروخانه شبکه.....
121	A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت خود هنگام تهیه داروهای نسخه.....
121	A3. اقدام لازم در صورت تغییر داروخانه شبکه.....
121	A4. اقدام لازم در صورت خارج شدن داروخانه‌تان از شبکه.....
122	A5. استفاده از داروخانه تخصصی.....
122	A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروهای خود.....
122	A7. تأمین دارو برای یک دوره طولانی.....
123	A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست.....
123	A9. بازپرداخت هزینه نسخه به شما.....
<b>124</b>	<b>B. فهرست داروهای طرح ما.....</b>
124	B1. داروهای موجود در فهرست داروهای ما.....
125	B2. چگونه یک دارو را در فهرست داروهای ما پیدا کنید.....
125	B3. داروهایی که در فهرست داروهای ما نیستند.....
126	B4. ردیف‌های سهم بیمار در فهرست داروها.....
<b>126</b>	<b>C. محدودیت روی برخی داروها.....</b>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



- 
- D.** دلایلی که ممکن است داروی شما تحت پوشش قرار نگیرد. . . . . 127
- D1. دریافت یک مقدار موقت از دارو . . . . . 128
- D2. درخواست عرضه موقت دارو. . . . . 129
- D3. درخواست استثنا . . . . . 129
- E.** تغییرات پوشش برای داروهای شما . . . . . 130
- F.** پوشش دارویی در موارد خاص. . . . . 132
- F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاری تخصصی برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می‌دهد . . . . . 132
- F2. در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت . . . . . 132
- F3. در یک برنامه آسایشگاهی مورد تأیید Medicare . . . . . 132
- G.** برنامه‌های ایمنی دارو و مدیریت دارو . . . . . 133
- G1. برنامه‌هایی برای کمک به استفاده ایمن از داروها . . . . . 133
- G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود . . . . . 133
- G3. برنامه مدیریت مواد جهت استفاده ایمن از داروهای افیونی. . . . . 134



---

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## A. تهیه داروهای نسخه‌های خود

### A1. تهیه داروهای نسخه خود از یک داروخانه شبکه

در بیشتر موارد، ما هزینه داروهای نسخه را تنها زمانی پرداخت می‌کنیم که از یکی از داروخانه‌های شبکه‌مان تهیه شود. داروخانه شبکه داروخانه‌ای است که می‌پذیرد داروهای تجویزی را برای اعضای طرح ما تأمین کند. شما می‌توانید از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما استفاده کنید.

برای پیدا کردن یکی از داروخانه‌های شبکه، در فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها جستجو کنید، به وبسایت ما مراجعه کنید، یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

### A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت خود هنگام تهیه داروهای نسخه

برای تهیه داروهای نسخه‌تان، کارت شناسایی (Identification, ID) عضویت خود را به داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه برای هزینه داروی تحت پوشش به ما صورتحساب می‌دهد.

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

اگر هنگام تهیه داروهای نسخه، کارت شناسایی عضویت یا BIC خود را همراه ندارید، از داروخانه بخواهید تا برای دریافت اطلاعات لازم با ما تماس بگیرد.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید کل هزینه نسخه را هنگام تحویل گرفتن آن بپردازید. سپس می‌توانید از ما بخواهید که هزینه را به شما عودت دهیم. اگر نمی‌توانید هزینه بپردازید، فوراً با خدمات مشتریان تماس بگیرید. ما هر کاری که بتوانیم برای کمک به شما انجام خواهیم داد.

- برای درخواست از ما جهت بازپرداخت هزینه‌ها، به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر برای تهیه نسخه به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

### A3. اقدام لازم در صورت تغییر داروخانه شبکه

اگر داروخانه‌ها را تغییر می‌دهید و نیاز به تهیه مجدد نسخه دارید، می‌توانید درخواست کنید نسخه جدیدی توسط ارائه‌دهنده نوشته شود یا از داروخانه خود بخواهید اگر مقداری از داروهای نسخه‌تان باقی مانده است، آن را به داروخانه جدید منتقل کند.

اگر برای تغییر داروخانه شبکه خود به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

### A4. اقدام لازم در صورت خارج شدن داروخانه‌تان از شبکه

اگر داروخانه‌ای که استفاده می‌کنید از شبکه طرح ما خارج شود، باید داروخانه دیگری که عضو شبکه است پیدا کنید.

برای پیدا کردن یک داروخانه جدید عضو شبکه، به فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها رجوع کنید، به وبسایت ما مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## A5. استفاده از داروخانه تخصصی

گاهی اوقات نسخه‌ها باید از یک داروخانه تخصصی تهیه شوند. داروخانه‌های تخصصی عبارتند از:

- داروخانه‌هایی که داروهای مخصوص تزریق در منزل را عرضه می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که برای ساکنین یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت، مانند آسایشگاه سالمندان، دارو تأمین می‌کنند.

○ معمولاً مراکز مراقبت‌های بلندمدت داروخانه‌های مخصوص به خود را دارند. اگر ساکن یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت هستید، اطمینان حاصل می‌کنیم که بتوانید داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه مرکز تهیه کنید.

○ اگر داروخانه مرکز مراقبت‌های بلندمدت شما در شبکه ما نیست یا در زمینه گرفتن داروهای خود در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت مشکل دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- داروخانه‌هایی که خدمات بهداشتی سرخپوستان/برنامه بهداشت قبیله‌ای/برنامه بهداشت شهری سرخپوستان را ارائه می‌دهند. به جز در موارد اورژانسی، فقط بومیان آمریکا یا بومیان آلاسکا می‌توانند از این داروخانه‌ها استفاده کنند.

- داروخانه‌هایی که داروهای محدودشده به دستور FDA را به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا داروهایی که نیاز به رسیدگی خاص، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد استفاده از آنها دارند. (توجه: این سناریو به ندرت اتفاق می‌افتد.)

برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی، به فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها (Provider and Pharmacy Directory) رجوع کنید، به وبسایت ما مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

## A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروهای خود

طرح ما خدمات سفارش پستی را ارائه نمی‌دهد.

## A7. تأمین دارو برای یک دوره طولانی

شما می‌توانید در فهرست دارویی طرح ما، داروهای مخصوص درمان نگهدارنده را برای یک دوره بلندمدت تأمین کنید. داروهای مخصوص درمان نگهدارنده داروهایی هستند که شما به طور منظم برای یک عارضه پزشکی مزمن یا طولانی مدت مصرف می‌کنید.

برخی از داروخانه‌های شبکه به شما امکان می‌دهند تا داروهای مخصوص درمان نگهدارنده را برای یک دوره بلندمدت تأمین کنید. مبلغ پرداخت مشترک برای مصرف 90 روزه با مصرف یک‌ماهه یکسان است. فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها به شما می‌گوید کدام داروخانه‌ها می‌توانند داروهای درمان نگهدارنده را برای دوره‌های بلندمدت در اختیار شما قرار دهند. همچنین می‌توانید برای اطلاعات بیشتر با خدمات مشتریان تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست

به طور کلی، ما فقط زمانی هزینه داروهای تأمین‌شده در داروخانه‌های خارج از شبکه را پرداخت می‌کنیم که شما نتوانید از داروخانه شبکه استفاده کنید. ما داروخانه‌هایی در خارج از محدوده خدماتی خود داریم که عضو شبکه هستند و می‌توانید داروهای نسخه‌های خود را به عنوان عضوی از طرح ما از آنجا دریافت کنید.

ما هزینه نسخه‌هایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده‌اند در موارد زیر می‌پردازیم:

- اگر نتوانید یک داروی تحت پوشش را به موقع از محدوده خدماتی ما تهیه کنید زیرا داروخانه شبکه در دسترس نیست یا فعال نیست. (به عنوان مثال، یک داروخانه شبانه‌روزی عضو شبکه در فاصله‌ای معقول برای دسترسی با خودرو قرار نداشته باشد.)
- اگر در نسخه‌تان یک داروی تحت پوشش هست که هیچ‌کدام از داروخانه‌های قابل دسترس عضو شبکه آن را به طور منظم موجود نمی‌کنند. (به عنوان مثال، یک داروی تخصصی.)
- اگر در حال سفر به خارج از محدوده خدماتی (در داخل ایالات متحده) هستید و داروی خود را تمام می‌کنید، یا دارویتان را گم می‌کنید یا بیمار می‌شوید و نمی‌توانید به یک داروخانه شبکه دسترسی پیدا کنید.
- اگر داروی تجویزی برای یک وضعیت اورژانسی پزشکی یا مراقبت‌های فوری است، زمانی که داروخانه‌های شبکه در دسترس نیستند.
- اگر زمانی نسخه‌تان را تهیه می‌کنید که یک فاجعه یا وضعیت اورژانس بهداشت عمومی از طرف فدرال اعلام شده است و در پی آن خانه‌تان را تخلیه کردید یا از خانه خود آواره شده‌اید و قادر به دسترسی به داروخانه شبکه نیستید.

در این موارد، ابتدا با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا متوجه شوید که آیا یک داروخانه شبکه در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

### A9. بازپرداخت هزینه نسخه به شما

اگر باید از یک داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، به طور کلی باید هنگام دریافت نسخه، هزینه کامل را مشترک بپردازید. شما می‌توانید از ما درخواست کنید که هزینه را به شما بازپرداخت کنیم.

اگر تمام هزینه نسخه خود را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرد پرداخت کنید، ممکن است بتوانید مبلغ پرداختی را پس از پرداخت شدن هزینه نسخه توسط Medi-Cal Rx، از آن داروخانه پس 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 بازگرداند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وبسایت Medi-Cal Rx بیابید: [www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/)

برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، به فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### B. فهرست داروهای طرح ما

ما فهرستی تحت عنوان فهرست داروهای تحت پوشش داریم. ما به صورت کوتاه‌شده، به آن «فهرست داروها» می‌گوییم.

ما داروهای موجود در فهرست داروها را با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. فهرست داروها همچنین قوانینی را که باید برای دریافت داروهای خود رعایت کنید مشخص می‌کند.

اگر از قوانینی که در این فصل توضیح می‌دهیم پیروی کنید، معمولاً داروهای نامبرده در فهرست داروهای طرح خود را پوشش می‌دهیم.

### B1. داروهای موجود در فهرست داروهای ما

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

اکثر داروهای تجویزی که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح شما هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (Over-The-Counter, OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه خود از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع (BIC) از برنامه Medi-Cal را همراه داشته باشید.

فهرست داروهای ما شامل داروهای برند، داروهای ژنریک و بیوژنریک است.

یک داروی برند نوعی از داروهای تجویزی است که تحت نام تجاری متعلق به سازنده دارو فروخته می‌شود. آن دسته از داروهای برند که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند (به عنوان مثال داروهایی که بر پایه پروتئین هستند) محصولات بیولوژیکی نامیده می‌شوند. در فهرست داروهای ما، وقتی به «داروها» اشاره می‌کنیم، می‌تواند به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای ژنریک مواد فعال مشابه داروهای برند را دارند. از آنجایی که فرآورده‌های بیولوژیکی پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند، به جای داشتن فرم ژنریک، جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار یا بیوژنریک نامیده می‌شود. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای برند یا محصولات بیولوژیکی مؤثر هستند و معمولاً هزینه کمتری دارند. برای بسیاری از داروهای مارک‌دار و برخی از محصولات بیولوژیکی، جایگزین‌های دارویی ژنریک یا جایگزین‌های مشابه بیوسیمیلار وجود دارد. اگر می‌خواهید بدانید داروی ژنریک نیازهای شما را برآورده می‌کند یا داروی برند، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## B2. چگونه یک دارو را در فهرست داروهای ما پیدا کنید

برای اطلاع از اینکه آیا داروی مصرفی‌تان در فهرست داروهای ما قرار دارد یا خیر، می‌توانید:

- از وبسایت طرح ما به آدرس [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) بازدید کنید. فهرست داروها در وبسایت ما همیشه به‌روزترین فهرست است.
- برای اطلاع از وجود یک دارو در فهرست داروهای ما یا درخواست کپی این فهرست، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- داروهایی که تحت پوشش Part D نیستند ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx به آدرس ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) مراجعه کنید.
- از "ابزار سود واقعی" ما در [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) استفاده کنید یا با خدمات مشتری تماس بگیرید. با استفاده از این ابزار می‌توانید داروهای موجود در فهرست دارو را جستجو کنید تا تخمینی از مبلغی که می‌پردازید و اینکه آیا داروهای جایگزینی در فهرست دارو وجود دارد که می‌تواند همان بیماری را درمان کند، به دست آورید.

## B3. داروهایی که در فهرست داروهای ما نیستند

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

طرح ما برای انواع داروهایی که در این بخش توضیح داده شده است، هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. این داروها را **داروهای مستثنی** می‌نامند. اگر نسخه‌ای برای یک داروی مستثنی دریافت می‌کنید، ممکن است لازم باشد هزینه آن را خودتان بپردازید. اگر فکر می‌کنید که به دلیل شرایط شما باید هزینه یک داروی مستثنی را بپردازیم، می‌توانید درخواست بررسی مجدد کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست بررسی مجدد، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

در اینجا سه قانون کلی برای داروهای مستثنی وجود دارد::

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

2. طرح ما نمی‌تواند داروی خریداری‌شده در خارج از ایالات متحده و قلمرو آن را پوشش دهد.

3. مورد مصرف دارو باید توسط (FDA) تأیید شده باشد یا مراجع پزشکی مشخصی آن را به‌عنوان درمانی برای عارضه شما تأیید کرده باشند. پزشک شما ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان این بیماری تأیید نشده باشد. به این حالت «استفاده خارج از برچسب» می‌گویند. طرح ما معمولاً داروهای تجویزی برای استفاده خارج از برچسب را پوشش نمی‌دهد.

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

- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
- داروهای مورد استفاده برای تسکین علائم سرفه یا سرماخوردگی\*



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا برای افزایش رشد مو
  - ویتامین ها و فرآورده های معدنی تجویزی، به جز ویتامین های دوران بارداری و فرآورده های فلوراید\*
  - داروهای مورد استفاده برای درمان اختلال عملکرد جنسی یا نعوظ
  - داروهای مورد استفاده برای درمان بی اشتهایی، کاهش وزن یا افزایش وزن\*
  - داروهای سرپایی ساخته شده توسط شرکتی که می گوید شما باید آزمایش ها یا خدمات را فقط نزد آنها انجام دهید
- \* محصولات منتخب ممکن است تحت پوشش Medi-Cal باشند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) مراجعه کنید.

## B4. ردیف های سهم بیمار در فهرست داروها

هر دارویی در فهرست داروهای ما یک ردیف قرار می گیرد. یک ردیف به گروهی از داروهای عموماً یکسان گفته می شود (به عنوان مثال، داروهای برند، داروهای ژنریک یا داروهای بدون نسخه (OTC)).

- ردیف 1 شامل داروهای ژنریک و با نام برند تجاری است. مبلغ پرداخت مشترک برای داروها در این ردیف \$0 است.

برای اینکه بفهمید داروی شما در کدام ردیف قرار دارد، دارو را در فهرست داروهای ما جستجو کنید.

فصل 6 کتابچه راهنمای اعضا مبلغی را که برای داروها در هر ردیف می پردازید، بیان می کند.

## C. محدودیت روی برخی داروها

برای برخی داروهای تجویزی، قوانین خاصی نحوه و زمان پوشش آنها در طرح ما را محدود می کند. به طور کلی، قوانین ما شما را ترغیب می کنند که دارویی را دریافت کنید که برای وضعیت پزشکی شما ایمن و مؤثر است. هنگامی که یک داروی ایمن و کم هزینه همان عملکرد داروی گران تر را دارد، از ارائه دهنده شما انتظار داریم داروی ارزان تر را تجویز کند.

اگر قانون خاصی برای داروی شما وجود داشته باشد، معمولاً به این معنی است که شما یا ارائه دهنده شما باید اقدامات بیشتری انجام دهید تا ما آن را پوشش دهیم. برای مثال، ممکن است ارائه دهنده شما ابتدا مجبور باشد تشخیصی را که در موردتان داده است به ما بگوید یا نتایج آزمایش های خون را ارائه دهد. اگر شما یا ارائه دهندهتان فکر می کنید قانون ما نباید در مورد عارضه شما اعمال شود، از ما درخواست کنید که استثناً قائل شویم. ما ممکن است موافقت کنیم که به شما اجازه مصرف دارو را بدون انجام اقدامات اضافی بدهیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناً، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

### 1. محدودیت در استفاده از یک داروی برند زمانی که نسخه ژنریک آن موجود است

به طور کلی، یک داروی ژنریک مانند یک داروی برند عمل می کند و معمولاً هزینه کمتری دارد. در بیشتر موارد، اگر نسخه ژنریک یک داروی برند موجود باشد، داروخانه های شبکه ما نسخه ژنریک را به شما می دهند.

- ما معمولاً هزینه داروهای برند را وقتی نسخه ژنریک آن موجود باشد پرداخت نمی کنیم.
- با این حال، اگر ارائه دهنده شما دلیل پزشکی را به ما گفته است که داروی ژنریک یا سایر داروهای تحت پوششی که همان بیماری را درمان می کنند برای شما کارساز نیستند، ما داروی برند را پوشش می دهیم.



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## 2. دریافت تأییدیه طرح از قبل

برای برخی از داروها، قبل از اینکه نسخه خود را بگیرید، شما یا پزشکتان باید تأییدیه طرح ما را دریافت کنید. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است دارو را پوشش ندهیم.

## 3. امتحان کردن داروهای دیگر در وهله اول

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. به عنوان مثال، اگر داروی A و داروی B عارضه پزشکی یکسانی را درمان می‌کنند و داروی A هزینه کمتری نسبت به داروی B دارد، ممکن است لازم باشد ابتدا داروی A را امتحان کنید. اگر داروی A برای شما موثر نباشد، ما داروی B را تحت پوشش قرار می‌دهیم. به این فرآیند، مرحله‌درمانی می‌گویند.

## 4. محدودیت در تعداد

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید داشته باشید محدود است. چنین قانونی را محدودیت در تعداد می‌گویند. به عنوان مثال، ممکن است مقدار دارویی را که با هر بار نسخه‌پیچی می‌توانید تهیه کنید محدود نماییم. برای اطلاع از اینکه اعمال شدن هر یک از قوانین بالا در مورد دارویی که مصرف می‌کنید یا می‌خواهید مصرف کنید، فهرست داروهای ما را بررسی کنید. برای دریافت به‌روزترین اطلاعات، با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا وبسایت ما را به آدرس [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) بررسی کنید. اگر با تصمیم ما درباره پوشش موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. به بخش E در فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## D. دلایلی که ممکن است داروی شما تحت پوشش قرار نگیرد

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

- اگر طرح ما دارویی را که می‌خواهید مصرف کنید پوشش نمی‌دهد. ممکن است این دارو در فهرست داروهای ما نباشد. ما ممکن است نوع ژنریک دارو را پوشش دهیم، اما نسخه مایل به مصرف نوع داروی برند باشید، که پوشش نمی‌دهیم. یک دارو ممکن است جدید باشد، و ما هنوز آن را از نظر ایمنی و اثربخشی بررسی نکرده باشیم.
  - طرح ما دارو را پوشش می‌دهد، اما قوانین یا محدودیت‌های خاصی برای پوشش وجود دارد. همانطور که در بخش بالا در صفحه 126، توضیح داده شد، برخی از داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد قوانینی دارند که استفاده از آنها را محدود می‌کند. در برخی موارد، شما یا تجویزکننده می‌توانید از ما بخواهید استثنا قائل شویم.
- اگر دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، کارهایی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## D1. دریافت یک مقدار موقت از دارو

در برخی موارد، زمانی که دارو در فهرست داروهای ما نیست یا به نحوی محدود شده است، می‌توانیم به شما یک مقدار موقت از دارو را بدهیم. این به شما زمان می‌دهد تا با ارائه‌دهنده خود در مورد دریافت داروی دیگری صحبت کنید یا از ما بخواهید دارو را پوشش دهیم.

برای دریافت مقدار موقت دارو، باید دو قانون زیر در مورد شما صدق کند:

1. دارویی که مصرف می‌کردید:

- دیگر در فهرست داروهای ما نباشد یا
  - هرگز در فهرست داروهای ما نبوده است یا
  - اکنون به نوعی محدود شده است.
2. شما باید در یکی از این شرایط باشید:
- سال گذشته در طرح ما بودید.

○ ما تأمین موقت داروی شما را در 90 روز اول سال تقویمی پوشش می‌دهیم.

○ این تأمین موقت برای حداکثر 30 روز است.

○ اگر نسخه شما برای تعداد روز کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می‌دهیم چندین بار نسخه‌پیچی مجدد شود تا دارو حداکثر برای 30 روز تأمین گردد. شما باید داروهای نسخه را از یک داروخانه شبکه تهیه کنید.

○ داروخانه‌های مراقبت‌های بلندمدت ممکن است برای جلوگیری از هدر رفتن، در هر برهه زمانی مقادیر کمی از داروی تجویزی شما را ارائه دهند.

• شما عضو جدید طرح ما هستید.

○ ما تأمین موقت داروی شما را در 90 روز اول عضویت‌تان در طرح پوشش می‌دهیم.

○ این مقدار موقت تا 30 روز است.

○ اگر نسخه شما برای تعداد روز کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می‌دهیم چندین بار نسخه‌پیچی مجدد شود تا دارو حداکثر برای 30 روز تأمین گردد. شما باید داروهای نسخه را از یک داروخانه شبکه تهیه کنید.

○ داروخانه‌های مراقبت‌های بلندمدت ممکن است برای جلوگیری از هدر رفتن، در هر برهه زمانی مقادیر کمی از داروی تجویزی شما را ارائه دهند.

• شما بیش از 90 روز در برنامه ما بوده‌اید، در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت زندگی می‌کنید و فوراً به مقداری از آن دارو نیاز دارید.

○ ما تأمین دارو برای یک دوره 31 روزه را پوشش می‌دهیم، یا اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، کمتر. این سوای مقدار موقت فوق است.

• شما در حال انتقال از یک محیط درمانی به محیط دیگر هستید (به این فرآیند، تغییر سطح مراقبت می‌گویند).

○ نمونه‌هایی از تغییر سطح مراقبت عبارتند از: ورود به یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت از یک بیمارستان مراقبت‌های حاد؛ ترخیص از بیمارستان به منزل؛ پایان دادن به دوره اقامت در مرکز پرستاری تخصصی



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

Part A با بازگشت به پوشش Part D؛ انصراف از وضعیت مراقبت آسایشگاهی برای بازگشت به مزایای استاندارد بخش A و بخش B؛ پایان دادن به اقامت در مرکز مراقبت‌های بلندمدت و بازگشت به جامعه؛ و ترخیص از بیمارستان روانی.

○ اگر سطح مراقبت شما تغییر یابد، ما یک مقدار موقت از داروی شما را پوشش خواهیم داد. این تأمین موقت برای حداکثر 30 روز خواهد بود. اگر نسخه شما برای تعداد روز کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می‌دهیم چندین بار نسخه‌پیچی مجدد شود تا دارو حداکثر برای 30 روز تأمین گردد. باید داروهای نسخه را از یک داروخانه شبکه تهیه کنید.

## D2. درخواست عرضه موقت دارو

برای درخواست مقدار موقت دارو، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

هنگامی که یک مقدار موقت دارو دریافت می‌کنید، در اسرع وقت با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید که وقتی این مقدار تمام شد چه کاری انجام دهید. در اینجا انتخاب‌هایی برای شما وجود دارد:

- به داروی دیگری تغییر دهید.
- طرح ما ممکن است داروی دیگری را پوشش دهد که برای شما مناسب باشد. با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا فهرست داروهایی را که تحت پوشش ما هستند و همان بیماری را درمان می‌کنند، درخواست کنید. این فهرست می‌تواند به ارائه‌کننده شما کمک کند تا داروی تحت پوششی را بیابد که ممکن است برای شما کارآمد باشد.

یا

- درخواست استثنا کنید.
- شما و ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید از ما بخواهید که استثنا قائل شویم. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در فهرست داروهای ما نیست پوشش دهیم یا از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌دهنده‌تان بگوید که دلیل پزشکی خوبی برای استثنا دارید، می‌تواند به شما کمک کند تا آن را درخواست کنید.

## D3. درخواست استثنا

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثنا، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید. اگر برای درخواست استثنا به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## E. تغییرات پوشش برای داروهای شما

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

- تصمیم بگیریم که برای یک دارو به تأیید قبلی (prior approval (PA)) نیاز باشد یا نباشد (یعنی دریافت مجوز از ما قبل از اینکه بتوانید دارو را دریافت کنید).
  - مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید اضافه نماییم یا تغییر دهیم (محدودیت در تعداد).
  - محدودیت‌های مرحله‌درمانی را روی یک دارو اضافه کنیم یا تغییر دهیم (قبل از اینکه دارویی را پوشش دهیم باید یک داروی دیگر را امتحان کنید).
- برای اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی، به بخش C مراجعه کنید.

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

- یک داروی جدید و ارزان‌تر به بازار بیاید که اثربخشی یکسانی با دارویی که هم‌اکنون در فهرست داروها قرار دارد عمل کند، یا
  - ما متوجه ایمن نبودن یکی از داروها شویم، یا
  - یک دارو از بازار حذف شود.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر در مواقع تغییر در فهرست داروهای ما چه اتفاقی می‌افتد، همیشه می‌توانید اقدامات زیر را انجام دهید:

- نسخه جاری فهرست داروها را به صورت آنلاین در [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) بررسی کنید یا

- برای بررسی لیست داروهای فعلی ما از طریق شماره تلفن موجود در پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

برخی تغییرات در فهرست داروها فوراً اتفاق خواهد افتاد. برای مثال:

- یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می‌گیرد. گاهی اوقات، یک داروی ژنریک جدید به بازار می‌آید که در حال حاضر به اندازه یک داروی با نام برند تجاری در فهرست فعلی داروها کار می‌کند. وقتی این اتفاق بیفتد، ممکن است داروی با برند تجاری را حذف کنیم و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید تغییر نمی‌کند.

وقتی داروی جدید ژنریک را اضافه می‌کنیم، ممکن است داروی قبلی را هم در لیست نگه داشته ولی قوانین و محدودیت‌های پوشش را تغییر دهیم.

○ ممکن است قبل از انجام این تغییر به شما اطلاع ندهیم، اما به محض وقوع تغییرات، اطلاعاتی را در مورد تغییر خاصی که ایجاد کرده ایم برای شما ارسال خواهیم کرد.

○ شما یا ارائه دهنده شما می‌توانید از این تغییرات "استثنا" درخواست کنید. ما یک نامه با توضیحاتی در مورد اقداماتی که می‌توانید برای درخواست استثنا انجام دهید برای شما ارسال خواهیم کرد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثنائات به فصل 9 این کتابچه راهنما مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- یک دارو از بازار خارج می‌شود. اگر (FDA) بگوید دارویی که مصرف می‌کنید ایمن نیست یا سازنده دارو آن را از بازار خارج کند، ما آن را از فهرست داروها حذف می‌کنیم. اگر مصرف‌کننده آن دارو باشید، به شما اطلاع می‌دهیم. شما می‌توانید با پزشک یا سایر تجویزکننده‌های خود برای یافتن داروی دیگری که ما برای عارضه شما پوشش می‌دهیم همکاری کنید. می‌توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا فهرستی از داروهای تحت پوشش را که درمان‌کننده همان عارضه پزشکی هستند از ما بخواهید.
  - ممکن است ما تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد. ما از قبل در مورد این تغییرات دیگر در فهرست داروها به شما اطلاع می‌دهیم. این تغییرات ممکن است در موارد زیر رخ دهد:
  - FDA دستورات جدیدی ارائه می‌دهد یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی در مورد یک دارو اعلام می‌شود.
  - یک داروی ژنریک که قبلاً به بازار آمده است اضافه می‌کنیم و
    - یک داروی برند را که در حال حاضر در فهرست داروهای ما قرار دارد جایگزین می‌کنیم یا
    - قوانین پوشش یا محدودیت‌های داروی برند را تغییر می‌دهیم.
- هنگامی که این تغییرات اتفاق می‌افتد، ما:
- حداقل 30 روز قبل از اینکه تغییر را در فهرست داروهایمان ایجاد کنیم، به شما اطلاع می‌دهیم یا
  - به شما اطلاع خواهیم داد و پس از اینکه برای نسخه‌پیچی مجدد دارو درخواست دهید، دارو را برای 30 روز شما تأمین می‌کنیم.
- این به شما زمان خواهد داد تا با پزشک یا تجویزکننده خود صحبت کنید. آنها می‌توانند به شما در تصمیم‌گیری نسبت به موارد زیر کمک کنند:
- اگر داروی مشابهی در فهرست داروهای ما وجود دارد که بتوانید آن را مصرف کنید یا
  - اگر باید برای این تغییرات درخواست استثنا کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثنا، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- ممکن است تغییراتی در داروهای مصرفی‌تان اعمال کنیم که اکنون بر شما تأثیری نداشته باشد. برای چنین تغییراتی، اگر دارویی مصرف می‌کنید که ما در ابتدای سال پوشش می‌داده‌ایم، ما معمولاً پوشش آن دارو را در مابقی سال حذف نمی‌کنیم یا تغییر نمی‌دهیم.
- برای مثال، اگر یکی از داروهای مصرفی‌تان را حذف کنیم یا استفاده از آن را محدود کنیم، این تغییر روی استفاده شما از دارو برای مابقی سال تأثیری نمی‌گذارد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## F. پوشش دارویی در موارد خاص

### F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاری تخصصی برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می‌دهد

اگر برای اقامتی که تحت پوشش طرح ما هست در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی بستری می‌شوید، ما به طور کلی هزینه داروهای تجویزی شما را در طول اقامت‌تان پوشش می‌دهیم. شما مبلغی بابت پراخت مشترک نمی‌پردازید. هنگامی که شما بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی را ترک کردید، تا زمانی که داروها با همه قوانین پوشش ما مطابقت داشته باشند، داروهای شما را تحت پوشش قرار می‌دهیم.

### F2. در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت

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

فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها را بررسی کنید تا متوجه شوید که آیا داروخانه مرکز مراقبت‌های بلندمدت شما بخشی از شبکه ما است یا خیر. اگر اینطور نیست یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

### F3. در یک برنامه آسایشگاهی مورد تأیید Medicare

داروها هرگز تحت پوشش درمانگاه و طرح ما به طور همزمان قرار نمی‌گیرند.

- ممکن است در یک آسایشگاه Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به داروی درد، ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب نیاز داشته باشید که آسایشگاه شما آن را پوشش نمی‌دهد زیرا به بیماری و عارضه‌های لاعلاج تشخیص داده شده در شما مربوط نیست. در آن صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویزکننده یا ارائه‌دهنده آسایشگاه شما اعلانی دریافت کند مبنی بر اینکه دارو مرتبط نیست.

- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت داروهای غیرمرتبط که طرح ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌دهنده آسایشگاه یا تجویزکننده خود درخواست کنید تا قبل از اینکه از داروخانه بخواهید نسخه‌تان را ارائه دهد، اعلان مربوط به نامرتب بودن دارو به دست ما رسیده باشد.

اگر آسایشگاه را ترک کنید، طرح ما همه داروهای شما را پوشش می‌دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه هنگام خاتمه مزایای آسایشگاه Medicare، اسناد را به داروخانه ببرید تا تأیید شود که آسایشگاه را ترک کرده‌اید. به بخش‌های قبلی این فصل که در مورد داروهای تحت پوشش طرح ما است مراجعه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای آسایشگاه به فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## G. برنامه‌های ایمنی دارو و مدیریت دارو

### G1. برنامه‌هایی برای کمک به استفاده ایمن از داروها

هر بار که داروهای نسخه‌ای را می‌گیرید، ما به دنبال مشکلات احتمالی مانند خطاهای دارویی یا داروهایی می‌گردیم که:

- ممکن است به آنها نیاز نباشد زیرا داروی دیگری مصرف می‌کنید که همان اثر را دارد
  - ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشد
  - اگر آنها را همزمان مصرف کنید ممکن است به شما آسیب برساند
  - موادی داشته باشد که به آنها حساسیت دارید یا ممکن است به آنها حساسیت داشته باشید
  - مقادیر نامطمئنی از داروهای مسکن افیونی برایتان تجویز شده باشد
- اگر مشکل احتمالی در استفاده شما از داروهای تجویزی پیدا کنیم، برای اصلاح مشکل با ارائه‌دهنده شما همکاری می‌کنیم.

### G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود

طرح ما برنامه‌ای برای کمک به اعضای با نیازهای پیچیده بهداشتی دارد. در چنین مواردی، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات رایگان از طریق برنامه مدیریت دارودرمانی (Medication Therapy Management, MTM) باشید. این برنامه به شما و ارائه‌دهنده شما کمک می‌کند مطمئن شوید که داروهای شما برای بهبود سلامت شما کار می‌کنند. اگر برای این برنامه واجد شرایط هستید، یک داروساز یا سایر متخصصان سلامت به شما یک بررسی جامع از همه داروهای شما ارائه می‌دهد و با شما در مورد موارد زیر صحبت می‌کند:

- چگونه از داروهایی که مصرف می‌کنید بیشترین بهره را ببرید
  - هرگونه نگرانی احتمالی مانند هزینه داروها و واکنش‌های دارویی
  - بهترین روش برای مصرف داروهای خود
  - هرگونه سؤال یا مشکلی که در مورد داروهای تجویزی و بدون نسخه‌تان داشته باشید
- سپس، این موارد را به شما خواهند داد:
- خلاصه مکتوب از گفتگوی انجام‌گرفته. خلاصه مذکور حاوی یک برنامه اقدام دارویی است که توصیه‌های لازم را در مورد بهترین روش مصرف داروهایتان به شما می‌دهد.
  - لیست داروهای شخصی که شامل تمام داروهایی که مصرف می‌کنید، چه مقدار مصرف می‌کنید و چه زمانی و چرا آنها را مصرف می‌کنید، می‌شود.
  - اطلاعات در مورد دفع ایمن آن دسته از داروهای تجویزی که مواد کنترل‌شده هستند. بهتر است با پزشک خود در مورد برنامه اقدام و لیست دارویی‌تان صحبت کنید.
  - برنامه اقدام و لیست دارویی‌تان را به جلسه ویزیت ببرید یا هر زمان که با پزشکان، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی صحبت می‌کنید، همراه داشته باشید.
  - اگر به بیمارستان یا بخش اورژانس می‌روید، لیست داروهای خود را همراه داشته باشید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

برنامه‌های مدیریت دارودرمانی MTM برای اعضای واجد شرایط داوطلبانه و رایگان است. اگر برنامه‌ای داشته باشیم که متناسب با نیاز شما باشد، شما را در برنامه ثبت‌نام می‌کنیم و اطلاعات را برای شما ارسال می‌کنیم. اگر نمی‌خواهید در برنامه حضور داشته باشید، به ما اطلاع دهید تا شما را از آن خارج کنیم. اگر در مورد این برنامه‌ها سؤالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

### G3. برنامه مدیریت مواد جهت استفاده ایمن از داروهای افیونی

طرح ما برنامه‌ای دارد که می‌تواند به اعضا کمک کند تا با خیال راحت از داروهای افیونی تجویزی‌شان و سایر داروهای که اغلب مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند استفاده کنند. به این برنامه، برنامه مدیریت دارو (Drug Management Program, DP) می‌گویند.

اگر از داروهای افیونی استفاده می‌کنید که از چندین پزشک یا داروخانه دریافت می‌کنید، یا اگر اخیراً دچار آوردوز مواد افیونی شده‌اید، می‌توانیم با پزشکتان صحبت کنیم تا مطمئن شویم که استفاده شما از داروهای افیونی اقدامی مناسب و دارای ضرورت پزشکی باشد. در همکاری با پزشکان، اگر به این نتیجه رسیدیم که استفاده از داروهای تجویزی افیونی یا بنزودیازپین ایمن نیست، ممکن است نحوه دریافت آن داروها را محدود کنیم. محدودیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- الزام به نسخه‌پیچی آن داروها از داروخانه‌های خاص و/یا دریافت نسخه‌های مربوطه از پزشکان خاص
- محدود کردن مقدار آن دسته از داروهایی که ما برای شما پوشش می‌دهیم

اگر از نظر ما اعمال یک یا چند محدودیت لازم باشد، از قبل برایتان نامه ارسال می‌کنیم. نامه به شما می‌گوید که آیا پوشش این داروها را برای شما محدود می‌کنیم یا اینکه باید نسخه این داروها را فقط از یک ارائه دهنده یا داروخانه خاص دریافت کنید. شما این فرصت را خواهید داشت که پزشکان یا داروخانه‌ها موردنظر خود را همراه با هر اطلاعاتی که فکر می‌کنید دانستن آن برای ما مهم است به ما اطلاع دهید. اگر تصمیم بگیریم پوشش شما را برای این داروها پس از فرصتی که به شما برای پاسخگویی داده شده است محدود کنیم، نامه دیگری برای شما ارسال می‌کنیم که محدودیت‌ها را تأیید می‌کند.

اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، موافق نیستید که در معرض خطر سوء مصرف داروهای تجویزی قرار دارید، یا با محدودیت موافق نیستید، شما و تجویزکننده‌تان می‌توانید درخواست بررسی مجدد کنید. در صورت درخواست بررسی مجدد، ما پرونده شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم خود را به شما اطلاع می‌دهیم. اگر همچنان هر بخشی از درخواست شما برای بررسی مجدد را در ارتباط با محدودیت‌های دسترسی‌تان به این داروها رد کنیم، پرونده شما را به‌طور خودکار برای یک سازمان بازبینی مستقل یا Independent Review Organization (IRO) ارسال می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های بررسی مجدد و سازمان بررسی مستقل، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.)

DMP ممکن است برای شما اعمال نشود اگر:

- عارضه پزشکی خاص، مانند سرطان یا بیماری سلول داسی شکل داشته باشید،
- در حال دریافت مراقبت آسایشگاهی، مراقبت‌های تسکینی یا مراقبت‌های پایان زندگی باشید، یا
- در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت زندگی می‌کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فصل 6: مبلغ پرداختی شما برای داروهای نسخه‌ای Medicare و Medi-Cal

### مقدمه

در این فصل، مبلغ پرداختی شما برای داروهای نسخه‌ای سرپایی‌تان شرح داده می‌شود. منظور ما از «داروها» در این سند عبارت است از:

- داروهای نسخه‌ای Medicare Part D و
  - داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx.
- از آنجایی که شما واجد شرایط Medicare هستید، برای کمک به پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare Part D خود، «کمک اضافی» را از Medicare دریافت می‌کنید.

**کمک اضافی (Extra Help)** یک برنامه Medicare است که به افرادی که درآمد و منابع محدودی دارند کمک می‌کند و هزینه داروهای نسخه‌ای Part D از Medicare مانند نرخ بیمه، سهم بیمه‌شده (فرانشیز) و پرداخت مشترک را کاهش می‌دهد. «کمک اضافی» را «یارانه افراد کم درآمد» یا (Low-Income Subsidy, LIS) نیز می‌نامند.

سایر اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا شما آمده است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروهای نسخه‌ای، می‌توانید به این قسمت‌ها نگاه کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش ما.

○ این را «فهرست داروها» می‌نامیم. این موارد در آن به شما گفته می‌شود:

– هزینه کدام داروها را می‌پردازیم

– آیا محدودیتی روی داروها وجود دارد

○ اگر نسخه‌ای از «فهرست داروهای» ما را لازم دارید، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید. همچنین، می‌توانید جدیدترین نسخه فهرست داروهای ما را در وبسایت ما به نشانی [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) بیابید.

○ اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش OneCare هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (Over-The-Counter, OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (Beneficiary Identification Card, BIC) خود را همراه داشته باشید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



• **فصل 5 کتابچه راهنمای اعضای شما.**

- نحوه دریافت داروهای نسخه‌ای سرپایی شما از طریق طرح ما در آن بیان می‌شود.
- قوانینی که باید به آن پایبند باشید در آن درج شده است. همچنین به شما می‌گوید کدام نوع از داروهای نسخه‌ای تحت پوشش طرح ما نیستند.
- هنگامی که از "ابزار مزایای زمان واقعی" طرح برای جستجوی پوشش دارو استفاده می‌کنید (به فصل 5، بخش B2 مراجعه کنید)، هزینه نشان داده شده به صورت "زمان واقعی" ارائه می‌شود به این معنی که هزینه نمایش داده شده در این ابزار یک لحظه مورد نظر در زمان را منعکس می‌کند تا برآوردی از هزینه‌هایی که انتظار می‌رود شما از جیب خود پرداخت کنید، ارائه دهد. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید با خدمات مشتری تماس بگیرید.

• **راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما.**

- در بسیاری از موارد، برای دریافت داروهای تحت پوشش خود، باید به داروخانه شبکه ما مراجعه کنید. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که موافقت خود را نسبت به همکاری با ما اعلام کرده‌اند.
- در راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها، داروخانه‌های شبکه ما ذکر شده است. به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید تا اطلاعات بیشتری درباره داروخانه‌های شبکه ما کسب کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فهرست مطالب

138	A. توضیح مزایا (Explanation of Benefits, EOB)
139	B. نحوه ثبت سوابق هزینه‌های دارویی شما
141	C. مراحل پرداخت دارو برای داروهای Medicare Part D
141	D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه
141	D1. انتخاب‌های داروخانه شما
142	D2. دریافت ذخیره بلندمدت دارو
142	D3. مواردی که شما پرداخت می‌کنید
142	D4. پایان مرحله پوشش اولیه
143	E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی
143	F. واکسیناسیون‌ها
143	F1. آنچه باید قبل از تزریق واکسن بدانید



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### A. توضیح مزایا (Explanation of Benefits, EOB)

طرح ما سوابق داروهای نسخه‌ای شما را ثبت می‌کند. ما سوابق دو نوع هزینه را ثبت می‌کنیم:

- **هزینه از جیب شما.** این مبلغ مقدار پولی است که شما یا دیگران از طرف شما برای نسخه‌های خود می‌پردازید.
  - **کل هزینه داروهای شما.** این مبلغ عبارت است از مقدار پولی که شما یا دیگران از طرف شما برای نسخه‌های خود می‌پردازید بعلاوه مقداری که ما پرداخت می‌کنیم.
- وقتی داروهای نسخه‌ای خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید، متن خلاصه‌شده‌ای را که توضیح مزایا نام دارد به شما ارسال می‌کنیم. آن را به اختصار EOB می‌نامیم. EOB یک صورت حساب نیست. EOB حاوی اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی است که مصرف می‌کنید. EOB شامل این موارد است:
- **اطلاعات مربوط به هر ماه.** در این خلاصه، داروهای نسخه‌ای دریافتی‌تان در ماه گذشته به شما اطلاع داده می‌شود. در آن بیان می‌شود که کل هزینه داروها چقدر است، چه میزان ما پرداخت کرده‌ایم و چه میزان شما یا افراد دیگر از طرف شما پرداخت کرده‌اید.
  - **اطلاعات مربوط به ابتدای سال تاکنون.** این بخش میزان کل هزینه‌های دارویی و کل پرداختی‌های شما از 1 ژانویه به این سو است.
  - **اطلاعات قیمت دارو.** این قسمت قیمت کل دارو و هرگونه درصد تغییر قیمت دارو از اولین نوبت دریافت دارو است.
  - **جایگزین(های) کم‌هزینه‌تر.** این موارد، در صورت وجود، زیر داروهای فعلی شما در سند خلاصه ذکر می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید با تجویزکننده داروی خود صحبت کنید.
- ما داروهایی را که تحت پوشش Medicare نیستند پوشش می‌دهیم.
- پرداخت‌هایی که برای این داروها انجام می‌دهید در کل هزینه‌های پرداختی از جیب شما محاسبه نمی‌شود.
  - اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) مراجعه کنید. همچنین، می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه‌ها از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.
  - برای اطلاع از اینکه طرح ما چه داروهایی را پوشش می‌دهد، به «فهرست داروهای» ما مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## B. نحوه ثبت سوابق هزینه‌های دارویی شما

برای ثبت سوابق هزینه‌های دارویی و پرداخت‌هایی که انجام می‌دهید، از سوابق دریافتی از شما و داروخانه استفاده می‌کنیم. در اینجا شرح داده شده است که چگونه می‌توانید به ما کمک کنید:

### 1. از کارت شناسایی (ID) طرح خود استفاده کنید.

در هر بار دریافت نسخه، کارت شناسایی عضویت خود (ID) را نشان دهید. این کار به ما کمک می‌کند بدانیم چه داروهایی را در نسخه‌تان دریافت کرده‌اید و چه مبلغی پرداخت کرده‌اید.

### 2. اطمینان حاصل کنید که ما اطلاعات لازم را داریم.

کپی‌هایی از رسید داروهای زیر پوششی را که برای آنها هزینه پرداخت کرده‌اید به ما بدهید. می‌توانید از ما بخواهید که هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم.

برخی از مواردی که در آن باید کپی رسیدهایتان را به ما ارائه کنید در قسمت زیر ذکر شده است:

• هنگامی که داروی تحت پوششی را در یک داروخانه شبکه با قیمت ویژه خریداری می‌کنید یا از کارت تخفیفی استفاده می‌کنید که بخشی از مزایای طرح ما نیست

• وقتی برای داروهایی که تحت برنامه کمک به بیمار داروساز دریافت می‌کنید، هزینه پرداخت مشترک را می‌پردازید

• وقتی داروهای تحت پوشش را از داروخانه خارج از شبکه خریداری می‌کنید

• وقتی هزینه کامل داروی تحت پوششی را پرداخت می‌کنید

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست از ما برای بازپرداخت هزینه دارو به شما، به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضای مراجعه کنید.

### 3. اطلاعات مربوط به پرداخت‌هایی را که دیگران از طرف شما انجام داده‌اند برای ما ارسال کنید.

پرداخت‌هایی که توسط افراد و سازمان‌های مشخص دیگر انجام می‌شود نیز جزو هزینه‌های پرداخت از جیب شما محسوب می‌شوند. مثلاً، پرداخت‌هایی که توسط یک برنامه کمکی داروهای آیدز (ADAP)، خدمات سلامت سرخپوستان و اکثر مؤسسات خیریه انجام می‌شود جزو هزینه‌های پرداخت از جیب شما محسوب می‌شود.

### 4. EOB هایی را که به شما ارسال می‌کنیم بررسی کنید.

وقتی EOB را به صورت پستی دریافت می‌کنید، از کامل بودن و صحت آن مطمئن شوید.

• آیا نام هر کدام از داروخانه‌ها را می‌شناسید؟ تاریخ‌ها را بررسی کنید آیا در آن روز دارو از آنها دریافت کرده‌اید؟

• آیا داروهای ذکر شده را دریافت کردید؟ آیا آنها با موارد ذکر شده در رسید شما مطابقت دارند؟ آیا داروها با تجویز پزشک مطابقت دارند؟

برای اطلاعات بیشتر، می‌توانید با خدمات مشتری OneCare تماس بگیرید یا کتابچه راهنمای اعضا را بخوانید. همچنین می‌توانید یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضا را در وب سایت ما به آدرس [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) بیابید.



اگر بررسی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

اگر اشتباهاتی در این خلاصه رسید پیدا کردید چه اقدامی باید انجام دهید؟

اگر موردی گیج کننده است یا در این EOB درست به نظر نمی‌رسد، لطفاً با خدمات مشتری OneCare تماس بگیرید. همچنین می‌توانید پاسخ بسیاری از سؤالات را در وب سایت ما بیابید: [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare).

در زمینه کلاهبرداری احتمالی چه باید کرد؟

اگر این خلاصه رسید، داروهایی را که مصرف نمی‌کنید یا هر چیز دیگری که به نظر شما مشکوک است نشان می‌دهد، لطفاً با ما تماس بگیرید.

• با ما در خدمات مشتری OneCare تماس بگیرید.

• یا با Medicare با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. شما می‌توانید به صورت رایگان در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با این شماره ها تماس بگیرید.

• اگر مشکوک هستید که ارائه دهنده ای که Medi-Cal دریافت می‌کند مرتکب کلاهبرداری، اتلاف یا سوء استفاده شده است، حق شماست که آن را با شماره تلفن رایگان محرمانه 1-800-822-6222 گزارش دهید. سایر روش‌های گزارش تقلب در Medi-Cal را می‌توانید در آدرس زیر پیدا کنید: [www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx).

اگر فکر می‌کنید مشکلی وجود دارد یا چیزی جا افتاده است یا اگر سؤالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. همچنین می‌توانید پاسخ بسیاری از سؤالات را در وب سایت ما بیابید: [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare). این نسخه‌های EOB را نگه دارید. آنها سوابق مهمی از هزینه‌های دارویی شما هستند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### C. مراحل پرداخت دارو برای داروهای Medicare Part D

در طرح ما، دو مرحله پرداخت برای پوشش داروهای تجویزی Part D از Medicare وجود دارد. مبلغ پرداختی شما به مرحله‌ای که هنگام نسخه‌پیچی اولیه یا نسخه‌پیچی مجدد در آن هستید بستگی دارد. دو مرحله وجود دارد:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی
در این مرحله، ما بخشی از هزینه‌های داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خود را پرداخت می‌کنید. سهم شما مبلغ پرداخت مشترک نامیده می‌شود. زمانی که اولین نسخه سال خود را دریافت کنید، این مرحله را شروع می‌کنید.	طی این مرحله، ما تمام هزینه‌های داروها را تا 31 دسامبر 2024 پرداخت می‌کنیم. اگر مبلغ معینی از هزینه‌های پرداختی از جیب را پرداخته باشید، این مرحله را آغاز می‌کنید.

### D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در طی «مرحله پوشش اولیه»، ما سهمی از هزینه داروهای نسخه‌ای تحت پوشش را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خود را پرداخت می‌کنید. سهم شما مبلغ پرداخت مشترک نامیده می‌شود. این مبلغ پرداخت مشترک بستگی به ردیف تقسیم هزینه دارو و محل دریافت آن دارد.

هر دارویی در فهرست داروهای طرح ما در ردیف تقسیم هزینه قرار دارد.

- ردیف 1 شامل داروهای جنریک و داروهای مارک‌دار است. مبلغ پرداخت مشترک در این ردیف \$0 است.

#### D1. انتخاب‌های داروخانه شما

میزان پرداختی شما برای یک دارو بستگی به این دارد که دارو را از کدامیک از داروخانه‌های زیر دریافت می‌کنید:

- داروخانه شبکه یا

- داروخانه خارج از شبکه.

در موارد محدودی، ما هزینه نسخه‌های دریافتی در داروخانه‌های خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم. برای اطلاع از اینکه چه مواقعی این کار را می‌کنیم، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این انتخاب‌ها، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا و راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## D2. دریافت ذخیره بلندمدت دارو

در مورد برخی از داروها، می‌توانید در هنگام دریافت نسخه از داروخانه، ذخیره بلندمدت (همچنین موسوم به «تمدید ذخیره») را دریافت کنید. مدت ذخیره بلندمدت حداکثر تا ذخیره 90 روزه است. برای تامین ذخیره بلندمدت هیچ هزینه‌ای برای شما وجود ندارد.

برای اطلاع از محل و چگونگی دریافت ذخیره بلندمدت دارو، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا یا راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید.

## D3. مواردی که شما پرداخت می‌کنید

در حین مرحله پوشش اولیه، ممکن است در هر بار دریافت نسخه از داروخانه، مبلغ پرداخت مشترک را بپردازید. اگر هزینه‌های داروی تحت پوشش شما کمتر از مبلغ پرداخت مشترک باشد، شما مبلغ کمتر را پرداخت می‌کنید. برای اطلاع از مبلغ پرداخت مشترک خود برای هر یک از داروهای تحت پوشش، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید. سهم شما از هزینه‌ها هنگام دریافت ذخیره یک‌ماهه یا بلندمدت داروهای نسخه‌ای تحت پوشش از موارد زیر:

داروخانه شبکه	داروخانه مراقبت‌های بلندمدت عضو شبکه	داروخانه شبکه	
تا سقف ذخیره 30 روزه. پوشش محدود به موارد خاصی است. برای اطلاع از جزئیات، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.	تا سقف ذخیره 31 روزه	ذخیره یک‌ماهه یا تا سقف 30 روزه	
\$0	\$0	\$0	تقسیم هزینه ردیف 1 (داروهای ژنریک و مارک‌دار)

برای کسب اطلاعات درباره داروخانه‌هایی که می‌توانند ذخیره بلندمدت به شما بدهند، به راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید.

## D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله پوشش اولیه زمانی به پایان می‌رسد که مجموع هزینه‌های پرداخت شده از جیب شما به \$8,000 برسد. در آن مرحله، مرحله پوشش بحرانی آغاز می‌شود. ما تمام هزینه‌های دارویی شما را از آن زمان تا پایان سال پوشش می‌دهیم.

EOB شما، به شما کمک می‌کند تا میزان هزینه‌ای که برای داروهای خود در طول سال پرداخت کرده‌اید را پیگیری کنید. اگر به سقف \$8,000 رسیدید به شما اطلاع می‌دهیم. بیشتر افراد در طول یک سال به این سقف نمی‌رسند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی

زمانی که به محدودیت \$8,000 برای هزینه پرداختی از جیب بابت داروهای نسخه‌ای خود می‌رسید، مرحله پوشش بحرانی آغاز می‌شود. تا پایان سال تقویمی در «مرحله پوشش بحرانی» باقی می‌مانید. در طول این مرحله، طرح ما تمام هزینه‌های داروهای Medicare شما را پرداخت می‌کند.

## F. واکسیناسیون‌ها

پیام مهم در مورد هزینه‌ای که برای واکسن می‌پردازید: برخی از واکسن‌ها مزایای پزشکی محسوب می‌شوند. سایر واکسن‌ها جزو داروهای Medicare Part D محسوب می‌شوند. می‌توانید این واکسن‌ها را در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست فرمول دارویی) طرح بیابید. طرح ما اکثر واکسن‌های Medicare Part D بزرگسالان را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهد. برای اطلاع از جزئیات پوشش و اشتراک هزینه در مورد واکسن‌های خاص، به فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست فرمول دارویی) طرح خود مراجعه کنید یا با خدمات مشتری تماس بگیرید. پوشش ما در مورد واکسن‌های «Medicare Part D» دو بخش دارد:

1. بخش اول پوشش مربوط به هزینه خود واکسن است. واکسن جزو داروهای نسخه‌ای است.
2. بخش دوم پوشش مربوط به هزینه ارائه واکسن به شما است. مثلاً، گاهی اوقات ممکن است واکسن را پزشکتان تزریق کند.

## F1. آنچه باید قبل از تزریق واکسن بدانید

اگر قصد تزریق واکسن دارید، توصیه می‌کنیم با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

- می‌توانیم به شما بگوییم که طرح ما چگونه هزینه واکسیناسیون شما را پوشش می‌دهد.
- می‌توانیم به شما بگوییم که چگونه هزینه‌های خود را با استفاده از داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان شبکه کاهش دهید. داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان شبکه موافقت خود را نسبت به همکاری با ما اعلام کرده‌اند. ارائه‌کننده شبکه با ما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل کند که لازم نیست پیشاپیش هزینه‌ای برای واکسن Medicare Part D پرداخت کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



---

## فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

---

### مقدمه

این فصل به شما می‌گوید که چگونه و چه زمانی صورتحساب را جهت درخواست پرداخت برای ما ارسال کنید. همچنین به شما می‌گوید که اگر با تصمیم پوشش موافق نیستید چگونه درخواست بررسی مجدد کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما ..... 145
- B. ارسال درخواست پرداخت برای ما ..... 148
- C. تصمیمات پوشش ..... 149
- D. درخواست‌های بررسی مجدد ..... 149



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما

شما نباید برای خدمات درون شبکه یا دارو صورتحساب دریافت کنید. ارائه‌دهندگان شبکه ما باید پس از دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش توسط شما، برای برنامه درمانی صورتحساب صادر کنند. ارائه‌دهندگان شبکه کسانی هستند که با این طرح درمانی همکاری می‌کند.

ما به ارائه‌دهندگان OneCare اجازه نمی‌دهیم برای این خدمات یا داروها برای شما صورت‌حساب بفرستند. ما مستقیماً هزینه‌ها را به ارائه‌دهندگان خود پرداخت می‌کنیم و از شما در برابر هرگونه هزینه محافظت می‌کنیم.

اگر برای هزینه مراقبت‌های بهداشتی یا دارو صورتحساب دریافت کردید، صورتحساب را پرداخت نکنید و آن را برای ما بفرستید. برای ارسال صورتحساب، به بخش B مراجعه کنید.

- اگر ما خدمات یا داروهای دریافتی را پوشش دهیم، هزینه آن را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم و شما قبلاً پرداخت کرده باشید، حق شماست که آن مبلغ را بازپس بگیرید.

○ اگر برای خدماتی که تحت پوشش Medicare پرداخت کرده‌اید، ما به شما بازپرداخت می‌کنیم.

- اگر برای خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید هزینه پرداخت کرده‌اید، در صورتی که همه شرایط زیر را داشته باشید، می‌توانید واجد شرایط بازپرداخت (پرداخت) باشید:

○ خدماتی که دریافت کردید یک سرویس تحت پوشش Medi-Cal است که ما مسئول پرداخت آن هستیم. ما هزینه خدماتی را که تحت پوشش OneCare نیست، را به شما بازپرداخت نمی‌کنیم.

○ پس از اینکه عضو واجد شرایط OneCare شدید، خدمات تحت پوشش را دریافت کردید.

○ شما درخواست بازپرداخت را ظرف یک سال از تاریخ دریافت خدمات تحت پوشش ارائه می‌کنید.

○ مدرکی ارائه می‌دهید که نشان می‌دهد هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید، مانند رسید دقیق از ارائه‌دهنده.

- شما خدمات تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده ثبت نام شده Medi-Cal در شبکه OneCare دریافت کرده‌اید. اگر مراقبت‌های اضطراری، خدمات تنظیم خانواده یا خدمات دیگری را دریافت کرده‌اید که Medi-Cal به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه اجازه می‌دهد بدون تأیید قبلی (مجوز قبلی) انجام دهند، نیازی به رعایت این شرایط ندارید.

- اگر خدمات تحت پوشش معمولاً به تأیید قبلی نیاز دارد (مجوز قبلی)، باید مدرکی از ارائه‌دهنده ارائه دهید که نشان‌دهنده نیاز پزشکی به خدمات تحت پوشش وجود داشته.

- طرح OneCare طی نامه ای به نام Notice of Action به شما خواهد گفت که آیا هزینه شما را بازپرداخت می‌کند یا خیر. اگر همه شرایط فوق را دارید، ارائه‌دهنده ثبت نام شده در Medi-Cal باید کل مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه‌دهنده از بازپرداخت شما امتناع کند، OneCare تمام مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت می‌کند. ما ظرف 45 روز کاری پس از دریافت ادعا، هزینه را به شما بازپرداخت می‌کنیم. اگر ارائه‌دهنده در Medi-Cal ثبت نام کرده باشد، اما در شبکه ما نباشد و از بازپرداخت هزینه شما امتناع کند، OneCare این هزینه را به شما بازپرداخت می‌کند، اما فقط تا سقف مبلغی که FFS Medi-Cal می‌پردازد. OneCare برای خدمات اضطراری، خدمات تنظیم خانواده یا خدمات دیگری



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

که Medi-Cal اجازه می‌دهد تا توسط ارائه دهندگان خارج از شبکه بدون تأیید قبلی ارائه شود، هزینه را به شما بازپرداخت می‌کند. اگر یکی از شرایط فوق را نداشته باشید، ما هزینه شما را پرداخت نمی‌کنیم.

• ما به شما بازپرداخت نمی‌کنیم اگر:

○ خدماتی را درخواست کرده و دریافت کرده‌اید که تحت پوشش Medi-Cal نیستند، مانند خدمات زیبایی.

○ این سرویس یک سرویس تحت پوشش بیمه OneCare نیست.

○ شما به دکتری مراجعه کردید که بیمه Medi-Cal را قبول نمی‌کند و فرمی را امضا کرده‌اید که در آن نوشته شده بود که به هر حال می‌خواهید ویزیت شوید و هزینه خدمات را خودتان پرداخت می‌کنید.

• اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما خواهیم گفت

اگر سؤالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر صورتحسابی دریافت کردید و نمی‌دانید با آن چکار کنید، می‌توانیم به شما کمک کنیم. همچنین اگر می‌خواهید اطلاعاتی درباره درخواست پرداختی که قبلاً برایشان ارسال کرده‌اید به ما بدهید، می‌توانید تماس بگیرید.

در اینجا نمونه‌هایی از مواقعی وجود دارد که ممکن است لازم باشد از ما بخواهید مبلغی را به شما بازپرداخت کنیم یا صورت حساب دریافتی‌تان را پرداخت کنیم:

### 1. هنگامی که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراقبت‌های بهداشتی اورژانسی یا موردنیاز فوری دریافت می‌کنید

از ارائه‌دهنده بخواهید که برای ما صورتحساب صادر کند.

• اگر هنگام دریافت خدمات مراقبتی کل مبلغ را پرداخت کردید، از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و رسید پرداختتان را برای ما ارسال کنید.

• ممکن است صورتحسابی از ارائه‌دهنده بابت مبلغی که از نظر خودتان بدهکار نیستید دریافت کنید. صورتحساب و رسید پرداختتان را برای ما ارسال کنید.

○ اگر هنگام دریافت خدمات مراقبتی کل مبلغ را پرداخت کردید، از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و رسید پرداختتان را برای ما ارسال کنید.

○ ممکن است صورتحسابی از ارائه‌دهنده بابت مبلغی که از نظر خودتان بدهکار نیستید دریافت کنید. صورتحساب و رسید پرداختتان را برای ما ارسال کنید.

### 2. وقتی ارائه‌دهندگان شبکه برای شما صورتحساب می‌فرستند

ارائه دهندگان شبکه باید همیشه صورتحساب را برای ما بفرستند. مهم است که هنگام دریافت هر گونه خدمات یا نسخه، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید. اما گاهی اوقات آنها مرتکب اشتباه می‌شوند و از شما می‌خواهند که برای خدمات خود یا بیشتر از سهم خود در هزینه‌ها پرداخت کنید. در صورت دریافت صورتحساب، با شماره پایین این صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید.

• از آنجایی که ما کل هزینه خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، شما مسئولیتی در قبال پرداخت هیچ هزینه‌ای ندارید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

• هر زمان که از یک ارائه‌دهنده شبکه صورتحساب دریافت کردید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس می‌گیریم و به مسئله رسیدگی می‌کنیم.

• اگر قبلاً صورتحسابی برای یکی از خدمات زیر پوشش Medicare را که از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کرده‌اید پرداخت کردید، صورتحساب و رسید پرداختتان را برای ما ارسال کنید. ما هزینه خدمات تحت پوشش را به شما پس خواهیم داد.

### 3. اگر به صورت عطف به ماسبق در طرح ما ثبت نام کرده اید

گاهی اوقات ثبت نام شما در طرح می‌تواند عطف به ماسبق باشد. (یعنی اولین روز ثبت نام شما گذشته است. حتی ممکن است سال گذشته باشد.)

• اگر به صورت ماسبق ثبت نام کرده اید و بعد از تاریخ ثبت نام صورتحساب پرداخت کرده اید، می‌توانید از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم.

• صورتحساب و مدرک پرداختی که انجام داده اید را برای ما ارسال کنید.

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

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

• فقط در موارد معدودی، ما نسخه‌هایی را که در داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شوند پوشش خواهیم داد هنگامی که از ما می‌خواهید کل هزینه به شما بازپرداخت کنیم، کپی رسیدتان را برای ما ارسال کنید.

• برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

### 5. زمانی که هزینه نسخه کامل Medicare Part D را پرداخت می‌کنید زیرا کارت شناسایی عضویت خود را همراه ندارید

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

• اگر داروخانه نتواند فوراً اطلاعات را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه نسخه را کامل خودتان بپردازید یا همراه داشتن کارت شناسایی طرح خود، دوباره به داروخانه بازگردید.

• هنگامی که از ما می‌خواهید هزینه به شما بازپرداخت کنیم، کپی رسیدتان را برای ما ارسال کنید.

### 6. زمانی که هزینه کل نسخه Medicare Part D را برای دارویی که تحت پوشش نیست پرداخت می‌کنید

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

• ممکن است این دارو در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروها) (Drug List) در وبسایت ما 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 باید آن را پوشش دهیم، می‌توانید درخواست تصمیم پوشش دهید (به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).

○ اگر شما و پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها فکر می‌کنید که فوراً به دارو نیاز دارید (ظرف 24 ساعت)، می‌توانید درخواست تصمیم پوشش سریع کنید (به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

• زمانی که از ما می‌خواهید هزینه شما را بازپرداخت کنیم، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید. در برخی موارد، ممکن است لازم باشد اطلاعات بیشتری از پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها دریافت کنیم تا هزینه دارو به شما بازپرداخت کنیم.

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. به این کار اتخاذ «تصمیم پوشش» می‌گویند. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید پوشش داده شود، هزینه آن پرداخت می‌کنیم.

اگر درخواست شما را برای پرداخت رد کنیم، می‌توانید برای تصمیم ما درخواست بررسی مجدد بدهید. برای اطلاع از نحوه درخواست بررسی مجدد، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

### B. ارسال درخواست پرداخت برای ما

صورتحساب و رسید پرداختتان برای خدمات پزشکی را برای ما ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید. رسید پرداخت می‌تواند کپی چکی باشد که نوشته‌اید یا رسیدی از ارائه‌دهنده. بهتر است که کپی صورتحساب و رسیدهای خود را برای بایگانی نگهداری کنید. می‌توانید از هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود کمک بخواهید. برای اطمینان از ارائه کردن تمام اطلاعاتی که جهت تصمیم‌گیری نیاز داریم، می‌توانید فرم مطالبه ما را جهت درخواست پرداخت تکمیل کنید.

• استفاده از این فرم الزامی نیست، اما فرم به ما کمک می‌کند اطلاعات را سریعتر پردازش کنیم.  
• می‌توانید فرم را از وبسایت ما ([www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)), دریافت کنید، یا می‌توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید و فرم را درخواست کنید.

درخواست پرداخت خود را همراه با کلیه صورتحساب‌ها یا رسیدها به این آدرس پست کنید:

OneCare Customer Service  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

برای مطالبات مربوط به داروخانه، درخواست پرداخت خود را به همراه کلیه صورتحساب یا رسیدها به این آدرس برای ما پست کنید:

OneCare  
Pharmacy Management Reimbursements  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

شما باید ظرف سه (3) سال از تاریخ دریافت خدمات، کالا یا دارو، درخواست مطالبه خود را به ما ارسال کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## Medicare Medi-Cal Plan, OneCare (HMO D-SNP) یک برنامه کتابچه راهنمای اعضای

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

### C. تصمیمات پوشش

هنگامی که درخواست شما را برای پرداخت دریافت می‌کنیم، برای اتخاذ تصمیم پوشش اقدام می‌نماییم. این بدان معنی است که ما تصمیم می‌گیریم آیا طرح ما خدمات، کالا یا داروی شما را پوشش می‌دهد یا خیر. همچنین اگر هزینه‌ای باشد که شما باید پرداخت کنید، مبلغ آن را مشخص می‌کنیم.

- اگر به اطلاعات بیشتری از شما نیاز داشتیم، به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم بگیریم که طرح ما خدمات، کالا یا دارو را پوشش دهد و شما تمام قوانین دریافت آن را رعایت کرده باشید، هزینه را پرداخت می‌کنیم. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، یک چک بابت پرداخت هزینه‌ای که شما پرداخته‌اید برایتان ارسال می‌کنیم. اگر پرداخت نکرده باشید، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت می‌کنیم.

**فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا** قوانین مربوط به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا قوانین مربوط به پوشش داروهای تجویزی Medicare Part D را توضیح می‌دهد.

- اگر تصمیم گرفتیم که هزینه خدمات یا دارو پرداخت نکنیم، نامه‌ای با ذکر دلیل برایتان ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین حقوق شما را برای درخواست بررسی مجدد توضیح می‌دهد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش، به **فصل 9**، صفحه 173 مراجعه کنید.

### D. درخواست‌های بررسی مجدد

اگر فکر می‌کنید ما در رد درخواست پرداخت شما اشتباه کرده‌ایم، می‌توانید از ما بخواهید تصمیم خود را تغییر دهیم. به این اقدام «درخواست بررسی مجدد» می‌گویند. همچنین اگر با مبلغ پرداختی ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست بررسی مجدد کنید.

فرآیند رسمی درخواست بررسی مجدد دارای مراحل و مهلت‌های زمانی دقیقی است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست بررسی مجدد، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا**، صفحه 174 مراجعه کنید.

- برای درخواست بررسی مجدد در مورد دریافت بازپرداخت بابت هزینه خدمات مراقبت‌های بهداشتی، به **بخش F**، صفحه 176 مراجعه کنید.
- برای درخواست بررسی مجدد در مورد دریافت بازپرداخت بابت هزینه داروها، به **بخش G**، صفحه 187 مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما

### مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت‌های شما به‌عنوان عضو برنامه ما است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضای شما آمده است.

### فهرست مطالب

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs . . .	152
A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades . . . . .	153
A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị . . . . .	154
A. حقوق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازها شما را برآورده می کند . . . . .	155
A. 귀하의 필요를 충족하는 방법으로 정보를 받을 권리 . . . . .	156
A. 您以符合您需求的方式獲取信息的權利 . . . . .	157
A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالشكل الذي يلبي احتياجاتك. . . . .	158
B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش . . . . .	159
C. مسئولیت ما حفاظت از اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شماست . . . . .	160
C1. چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم . . . . .	160
C2. حق شما برای مشاهده مدارک پزشکی خود . . . . .	161
D. مسئولیت ما برای ارائه اطلاعات به شما . . . . .	161
E. عدم توانایی ارائه‌کنندگان شبکه جهت صدور مستقیم صورت‌حساب برای شما . . . . .	162
F. حق شما برای خروج از برنامه ما . . . . .	162
G. حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت بهداشتی خودتان. . . . .	163
G1. حق شما برای آگاهی از انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری . . . . .	163



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- 
- G2. حق شما برای بیان خواسته‌هایتان در زمانی که قادر به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی برای خود نیستید. .... 163
- G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشود، چه باید کرد. .... 164
- H. حق شما برای شکایت کردن و درخواست از ما برای تجدید نظر در تصمیمات. .... 165
- H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه کاری باید انجام دهید. .... 165
- I. مسئولیت‌های شما به‌عنوان عضو برنامه. .... 166



---

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. 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 are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your personal care coordinator or Customer Service. 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 and in formats such as large print, braille, data CD or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to OneCare at **1-877-412-2734 (TTY 711)** or 505 City Parkway West, Orange, CA 92868. Member materials are available in English, Spanish, Vietnamese, Farsi, Korean, Chinese, and Arabic:
  - To request materials in the available languages and other formats, please call **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free,
  - You can also make a standing request. Your request will be saved in our system for all future mailings and communications, **and**
  - To cancel or make a change to your standing request, please call **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

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). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 1-916-440-7370. 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.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades

Debemos garantizar que se le brinden **todos** los servicios de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información de manera en que pueda entenderla, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas diferentes al inglés y en formatos como letra grande, braille, disco compacto (CD) con datos o audio. Para obtener estos materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** (TTY **711**) o escriba a OneCare en 505 City Parkway West, Orange, CA 92868. Los materiales para los miembros están disponibles en inglés, español, vietnamita, persa, coreano, chino y árabe.
  - Para solicitar materiales en los idiomas disponibles y en otros formatos, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
  - También puede hacer una solicitud de manera permanente. Su solicitud será almacenada en nuestro sistema para cualquier correspondencia y comunicados futuros, **y**
  - para cancelar o cambiar su solicitud permanente, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. al 1-800-368-1019. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải bảo đảm **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và các quyền hạn của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền hạn của quý vị mỗi năm khi quý vị ở trong chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các thắc mắc bằng những ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và bằng các định dạng như khổ chữ in lớn, chữ nổi braille, đĩa dữ liệu hoặc đĩa thu âm. Để nhận các tài liệu bằng một trong những định dạng thay thế này, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ ở số **1-877-412-2734 (TTY 711)** hoặc viết thư gửi đến OneCare tại 505 City Parkway West, Orange, CA 92868. Các tài liệu dành cho thành viên có sẵn bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung Đông, tiếng Hàn Quốc, tiếng Trung Quốc và tiếng Ả Rập:
  - Để yêu cầu các tài liệu bằng các ngôn ngữ và định dạng khác hiện có, xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này miễn phí,
  - Quý vị cũng có thể thực hiện một yêu cầu thường trực. Yêu cầu của quý vị sẽ được lưu trong hệ thống của chúng tôi cho tất cả các thư từ và thông tin liên lạc trong tương lai, **và**
  - Để hủy bỏ hoặc thay đổi yêu cầu thường trực của quý vị, xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, xin gọi cho:

- Medicare ở số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền ở số 1-800-368-1019. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-800-537-7697.
- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal ở số 1-916-440-7370. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 711.



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## A. حقوق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازها شما را برآورده می‌کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به روشی که شما ارائه شوند که از لحاظ فرهنگی کارآمد و قابل دسترسی باشند. ما همچنین مزایای برنامه درمانی ما و حقوق شما را به روشی که برایتان قابل درک باشد به شما اطلاع می‌دهیم. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی ما عضویت دارید به شما اطلاع دهیم.

● برای دریافت اطلاعات به روشی که برایتان قابل درک باشد، با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید. برنامه درمانی ما برای پاسخگویی به سؤالات شما خدمات مترجم شفاهی را به زبان‌های گوناگون در دسترس قرار می‌دهد.

● برنامه ما همچنین می‌تواند اطلاعات را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و قالب‌هایی مانند چاپ درشت، خط بریل یا به صورت صوتی یا سی دی در اختیار شما قرار دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره (TTY 711) 1-877-412-2734 تماس بگیرید یا مکتوب به آدرس OneCare در 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 بفرستید. مطالب اعضا به زبان‌های انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، کره ای، عربی، چینی یا فارسی در دسترس هستند:

○ برای درخواست مطالب به زبان‌های موجود و سایر فرمت‌ها، لطفاً با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان می‌باشد.

○ می‌توانید یک درخواست دائمی را نیز ارائه کنید. درخواست شما برای مراسلات و مکاتبات در آینده در سیستم ما ذخیره خواهد شد، و

○ برای لغو یا ایجاد تغییرات در درخواست دائمی خود، لطفاً با شماره (TTY 711) 1-877-412-2734، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان می‌باشد.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلاتی مواجه هستید یا می‌خواهید شکایتی را تسلیم نمایید، با این شماره تماس بگیرید:

● Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

● سازمان بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

● دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 1-916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## A. 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리

저희는 모든 서비스가 문화적으로 적절하고, 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 권리에 대해 알려야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 한, 매년 귀하의 권리에 대해 알려야 합니다.

- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으려면 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 저희 플랜은 또한 영어가 아닌 다른 언어 및 큰글자, 점자, 데이터 CD 또는 오디오와 같은 다른 형식의 자료를 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받기 원하면 고객 서비스의 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 전화하거나 또는 주소 OneCare 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 로 편지를 보내 요청하실 수 있습니다. 회원 자료는 영어, 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어 및 아랍어로 받아 보실 수 있습니다:
  - 가능한 언어 및 기타 형식의 자료를 요청하려면, 전화번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7일 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다.
  - 영구적 요청도 가능합니다. 귀하의 요청은 앞으로의 모든 우편물 및 소통을 위해 저희 시스템에 저장됩니다. 또한,
  - 영구 요청을 취소 또는 변경하길 원하시면, 전화번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

언어 문제나 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있고 불만을 제기하려면:

- Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. 주 7일 24시간 연락이 가능합니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (메디-칼 시민 권익사무부) 전화번호는 1-916-440-7370 입니다. TTY 사용자는 전화 711을 이용하십시오.
- Department of Health and Human Services (보건복지부), Office for Civil Rights (시민 권익사무부)에 번호1-800-368-1019로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697 로 전화하십시오.



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## A. 您以符合您需求的方式獲取信息的權利

我們必須確保以具有文化能力和可訪問性的方式向您提供**所有**服務。我們必須以您可以理解的方式告訴您有關計畫的福利和您的權利。您在我們計畫中的每一年我們都必須告知您您的權利。

- 若需要以您可以理解的方式獲取信息，請致電客戶服務部。我們的計畫有免費口譯服務，可用於回答不同語言的問題。
- 我們計劃也能為您提供英語以外之其他語言版本及其他格式的資料，例如大字版、盲文版、資料光碟或語音版。如欲透過上述其中一種其他格式取得資料，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與客戶服務部門聯絡，或寫信至 OneCare，地址為 505 City Parkway West, Orange, CA 92868。我們有提供英語、西班牙語、越南語、波斯語、韓語、中文和阿拉伯語版本的會員資料：
  - 要索取可用語言和其他格式的材料，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)**，每週 7 天，每天 24 小時。此通電話免費。
  - 您也可以提出長期請求。您的請求將保存在我們的系統中，以供以後所有郵件和通信使用並且
  - 要取消或更改您的長期請求，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)**，每週 7 天，每天 24 小時。此通電話免費。

如果您因為語言問題或殘疾而無法從我們的計畫中獲取信息，並且您想提出投訴，請撥打：

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。服務時間為每週7天，每天24小時。TTY用戶請致電1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室電話：1-916-440-7370。TTY用戶請撥打 711。
- 請致電衛生與公眾服務部，民權辦公室專線 1-800-368-1019。TTY用戶請撥打 1-800-537-7697。



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## A. حَقْکَ فِی الْحَصُولِ عَلَی الْخِدْمَاتِ وَالْمَعْلُومَاتِ بِالشَّکْلِ الذِی یَلْبِی اَحْتِیاجَاتِکَ

يجب أن نتأكد من تقديم جميع الخدمات لك بطريقة مختصة ثقافيًا وسهلة الوصول إليها. يجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خططنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك كل عام تكون مسجلًا في خططنا.

● للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمة العملاء. تحتوي خططنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.

● يمكن أيضًا لخططنا أن توفر لك المواد التعليمية بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مثل طريقة برايل، أو مطبوعة بأحرف كبيرة، أو بيانات أو تسجيل صوتي على قرص مدمج. للحصول على المواد التعليمية بإحدى هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)** أو مراسلة OneCare على العنوان 505 City Parkway West, Orange, CA 92868. تتوفر مواد الأعضاء باللغة الإنجليزية، والإسبانية، والفيتنامية، والفارسية، والكورية، والصينية، والعربية.:

○ لطلب المواد باللغات المتاحة والتنسيقات الأخرى، يرجى الاتصال على الرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

○ يمكنك أيضًا تقديم طلب دائم. سيتم حفظ طلبك في نظامنا لجميع المراسلات والاتصالات المستقبلية، و

○ لإلغاء أو إجراء تغيير في طلبك المستديم، يرجى الاتصال **1-877-412-2734 (TTY 711)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خططنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل على:

● Medicare على **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على **1-877-486-2048**.

● وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم **1-800-368-1019**. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على **1-800-537-7697**.

● مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم **1-916-440-7370**. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على **711**.



اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش

شما به عنوان عضو برنامه ما از حقوقی برخوردارید.

● حق دارید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی (Primary Care Provider, PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. ارائه‌کننده شبکه، ارائه‌کننده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه انتخاب پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی و اینکه چه نوع ارائه‌دهندگانی می‌توانند به عنوان پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی عمل کنند، می‌توانید به **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضای خود** مراجعه کنید.

○ با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها نگاهی بیندازید تا در مورد ارائه‌کنندگان شبکه اطلاعات بیشتری کسب کنید و متوجه شوید کدام پزشکان بیماران جدید را می‌پذیرند.

● شما حق دارید بدون دریافت معرفی‌نامه به متخصص بهداشت زنان مراجعه کنید. معرفی‌نامه عبارت است از تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما برای مراجعه به ارائه‌کننده‌ای که پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما نیست.

● شما حق دارید در مدت زمان معقولی خدمات تحت پوشش را از ارائه‌کنندگان شبکه دریافت کنید.

○ این مسئله شامل حق دریافت خدمات به موقع از متخصصان است.

○ اگر نتوانید در مدت زمان معقولی این را خدمات دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را پرداخت کنیم.

● شما حق دارید خدمات یا مراقبت‌های اورژانسی‌ای را که به صورت فوری مورد نیاز است بدون تأیید قبلی (PA) دریافت کنید.

● شما حق دارید نسخه‌هایتان را در هر یک از داروخانه‌های شبکه ما و بدون تأخیر طولانی دریافت کنید.

● شما حق دارید بدانید چه زمانی می‌توانید از ارائه‌کننده خارج از شبکه استفاده کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه‌کنندگان خارج از شبکه ما، به **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

● وقتی برای اولین بار به برنامه ما می‌پیوندد، حق دارید ارائه‌کنندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را به مدت حداکثر 12 ماه حفظ کنید، به شرطی که الزامات خاصی برآورده گردد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات خود، به **فصل 1 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

● شما حق دارید تصمیمات مراقبت بهداشتی را خودتان به کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی خود بگیرید.

**در فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** بیان شده است که اگر فکر می‌کنید در مدت زمان معقولی خدمات یا داروهای خود را دریافت نکرده‌اید، چه کاری می‌توانید انجام دهید. همچنین، بیان می‌شود اگر پوشش خدمات یا داروها را نپذیرفتیم و با تصمیم ما موافق نبودید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



### C. مسئولیت ما حفاظت از اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شماست

ما از اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شما طبق الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

PHI شما شامل اطلاعاتی است که در هنگام ثبت‌نام در برنامه ما به ما می‌دهید. همچنین، شامل مدارک پزشکی و سایر اطلاعات پزشکی و بهداشتی شما می‌شود.

شما از حقوقی نسبت به اطلاعات خود و مدیریت نحوه استفاده از PHI خود برخوردارید. ما اطلاعاتی کتبی در مورد این حقوق به شما می‌دهیم و توضیح می‌دهیم چگونه از حریم خصوصی PHI شما محافظت می‌کنیم. این اطلاعات، «اطلاعات رویه‌های حفظ حریم خصوصی» نام دارد.

اعضایی که ممکن است به دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به کسب مجوز هیچ عضو دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ارسال درخواست پرداخت برای خدمات حساس نیستند. OneCare ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به نشانی پستی، نشانی ایمیل یا شماره تلفن تعیین‌شده جایگزین عضو یا، در صورت نبود این اطلاعات تعیین‌شده، آنها را به نام عضو و به نشانی یا شماره تلفن موجود در پرونده ارسال می‌کند. OneCare اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی عضو دریافت‌کننده مراقبت در اختیار هیچ عضو دیگری قرار نمی‌دهد. OneCare درخواست‌های ارتباطات محرمانه در فرم و قالب درخواستی را، در صورتی که فرم و قالب درخواستی به آسانی قابل تولید باشد، برآورده می‌کند یا آنها را به مکان‌های دیگر ارسال می‌کند. درخواست عضو برای محرمانه بودن ارتباطات مربوط به خدمات حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای اطلاع‌رسانی‌های محرمانه ارائه نکند، معتبر خواهد بود.

#### درخواست ارتباطات محرمانه

می‌توانید از ما بخواهید که با روش ارتباطی دلخواه شما (مثلاً تلفن منزل یا محل کار) با شما تماس بگیریم یا نامه‌ها را به نشانی دیگری ارسال کنیم.

تمام درخواست‌های معقول را بررسی می‌کنیم. اگر به ما بگویید که با نپذیرفتن آن ممکن است در معرض خطر قرار بگیرید، ما باید به آن «بله» بگوییم.

طبق قوانین فدرال و ایالتی از اطلاعات سلامت شخصی شما (PHI) محافظت می‌کنیم.

#### C1 چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم

ما اطمینان حاصل می‌کنیم که افراد غیرمجاز سوابق شما را مشاهده نمی‌کنند یا تغییر نمی‌دهند.

جز در موارد ذکرشده در زیر، PHI شما را در اختیار شخصی که هزینه مراقبت از شما را پرداخت می‌کند یا شخصی غیر از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های شما قرار نمی‌دهیم. اگر چنین کاری انجام دهیم، باید ابتدا از شما مجوز کتبی دریافت کنیم. شما یا شخصی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم‌گیری از طرف شما است، می‌توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی اوقات لازم نیست ابتدا از شما اجازه کتبی بگیریم. این موارد استثناً طبق قانون مجاز یا الزامی هستند:

- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی که کیفیت خدمات مراقبتی ما را بررسی می‌کنند قرار دهیم.
- ما باید PHI را طبق دستور دادگاه منتشر کنیم.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- ما باید PHI شما را به Medicare بدهیم. اگر Medicare برای تحقیق یا اهداف دیگر، PHI شما را منتشر کند، این کار را طبق قوانین فدرال انجام خواهد داد. در بیشتر موارد، اگر بخواهیم خارج از روال درمان، پرداخت یا فعالیت، از PHI شما استفاده کنیم یا آن را در اختیار دیگران قرار دهیم، باید ابتدا از شما مجوز کتبی بگیریم. اگر ترجیحی درباره روش اشتراک‌گذاری اطلاعات خود توسط ما دارید، لطفاً با ما تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به «رویه‌های حفظ حریم خصوصی» مراجعه کنید.

## C2. حق شما برای مشاهده مدارک پزشکی خود

- شما حق دارید به مدارک پزشکی خود نگاهی بیندازید و نسخه‌ای از سوابق خود را دریافت کنید.
- شما حق دارید از ما بخواهید مدارک پزشکی شما را به‌روزرسانی یا اصلاح کنیم. اگر از ما بخواهید این کار را انجام دهیم، با ارائه‌کننده مراقبت بهداشتی شما در زمینه تصمیم‌گیری برای انجام دادن یا ندادن تغییرات همکاری می‌کنیم.
- شما حق دارید از به اشتراک گذاشته شدن یا نشدن PHI خود با دیگران و چگونگی آن مطلع شوید. اگر در مورد حریم خصوصی PHI خود سؤال یا نگرانی دارید، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

## D. مسئولیت ما برای ارائه اطلاعات به شما

- شما، به عنوان عضوی از برنامه ما، این حق را دارید که در مورد طرح ما، ارائه‌کنندگان شبکه ما و خدمات تحت پوشش خود اطلاعاتی از ما دریافت کنید.
- اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید، خدمات مترجم شفاهی را برای پاسخگویی به سؤالاتی که در مورد برنامه ما دارید ارائه می‌دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی، با خدمات مشتریان ما تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان است. مطالب مربوط به اعضای OneCare به زبان‌های انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی یا عربی موجود است. همچنین، می‌توانیم اطلاعات را به صورت چاپ درشت، خط بریل، سی‌دی اطلاعات یا صوتی ارائه دهیم. اگر در خصوص هر یک از موارد زیر به اطلاعات نیاز دارید، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید:
- نحوه انتخاب یا تغییر برنامه‌ها
  - برنامه ما، شامل:
    - اطلاعات مالی
    - اعضای برنامه چگونه به ما امتیاز داده‌اند
    - تعداد درخواست‌های بررسی مجدد از سوی اعضا
    - نحوه خروج از برنامه ما
  - ارائه‌کنندگان شبکه و داروخانه‌های شبکه ما، از جمله:
    - نحوه انتخاب یا تغییر دادن ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه
    - صلاحیت‌های ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما
    - چگونه هزینه‌ها را به ارائه‌کنندگان شبکه خود پرداخت می‌کنیم



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- خدمات و داروهای تحت پوشش، از جمله:
  - خدمات (به فصل 3 و 4 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) و داروهای (به فصل 5 و 6 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) تحت پوشش برنامه ما
  - حدود پوشش و داروهای شما
  - قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید
- چرا موردی پوشش داده نمی‌شود و چه کاری می‌توانید درباره آن انجام دهید (به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، از جمله اینکه موارد زیر را از ما بخواهید:
  - اعلام کتبی این موضوع که چرا برخی موارد تحت پوشش نیست
  - تغییر دادن تصمیمی که گرفته‌ایم
  - پرداخت صورت‌حسابی که دریافت کرده‌اید

## E. عدم توانایی ارائه‌کنندگان شبکه جهت صدور مستقیم صورت‌حساب برای شما

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه ما نمی‌توانند شما را وادار کنند هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کنید. همچنین اگر کمتر از مبلغی که ارائه‌کننده مطالبه کرده است به وی بپردازیم، آنها نمی‌توانند مازاد صورت‌حساب را از شما دریافت کنند یا مبلغی از شما مطالبه کنند. برای اطلاع از اینکه اگر یک ارائه‌کننده شبکه تلاش کرد به ازای خدمات تحت پوشش از شما هزینه دریافت کند، باید چه کاری انجام دهید، به فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## F. حق شما برای خروج از برنامه ما

- اگر نخواهید، هیچ‌کس نمی‌تواند شما را وادار کند در طرح ما بمانید.
- شما حق دارید که بیشتر خدمات مراقبت بهداشتی خود را از طریق Original Medicare یا برنامه Medicare Advantage (MA) دیگری دریافت کنید.
  - شما می‌توانید مزایای داروهای نسخه‌ای Part D از Medicare را از برنامه داروهای نسخه‌ای یا برنامه MA دیگری دریافت کنید.
  - برای اطلاع از موارد زیر، به فصل 10 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید:
    - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمانی می‌توانید به یک برنامه MA جدید یا برنامه مزایای داروهای نسخه‌ای بپیوندید.
    - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه دریافت مزایای Medi-Cal در صورت خروج شما از برنامه.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## G. حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت بهداشتی خودتان

شما حق دریافت اطلاعات کامل از پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت بهداشتی را دارید تا به شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت بهداشتی‌تان کمک کند.

### G1. حق شما برای آگاهی از انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری

ارائه‌کنندگان خدمات به شما باید شرایط و گزینه‌های درمانی‌تان را به نحوی توضیح دهند که بتوانید آنها را درک کنید. شما از حقوق زیر برخوردارید:

- از گزینه‌هایتان آگاه باشید. حق دارید در مورد همه گزینه‌های درمانی مطلع شوید.
- از خطرات مطلع باشید. حق دارید همه خطرات مربوطه به شما گفته شود. در صورتی که خدمات یا درمان بخشی از آزمایش پژوهشی باشد، این موضوع را باید پیشاپیش به شما اطلاع دهیم. شما حق دارید شرکت در درمان‌های آزمایشی را نپذیرید.
- خواستار دریافت نظریه ثانویه شوید. شما حق دارید قبل از تصمیم‌گیری در مورد درمان، نظر پزشک دیگری را جویا شوید.
- «نه» بگویید. شما حق دارید درمان را نپذیرید. این مسئله شامل حق ترک بیمارستان یا سایر مراکز پزشکی است، حتی اگر پزشکتان توصیه کند این کار را انجام ندهید. حق دارید از مصرف داروی تجویز شده خودداری کنید. اگر درمان را نپذیرید یا مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید، از برنامه ما کنار گذاشته نخواهید شد. با این حال، اگر از درمان خودداری کنید یا مصرف دارو را متوقف کنید، مسئولیت کامل اتفاقات بعدی را می‌پذیرید.
- از ما بخواهید توضیح دهیم چرا ارائه‌کننده‌ای مراقبت را نپذیرفته است. اگر ارائه‌کننده‌ای مراقبت‌هایی را که به نظرتان باید دریافت می‌کردید ارائه نداد، حق دارید از ما توضیح بخواهید.
- از ما بخواهید که خدمات یا دارویی را پوشش دهیم که رد کرده‌ایم یا معمولاً آن را پوشش نمی‌دهیم. به این موضوع تصمیم‌گیری درباره پوشش گفته می‌شود. در فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا، نحوه درخواست از ما برای تصمیم‌گیری درباره پوشش بیان شده است.

### G2. حق شما برای بیان خواسته‌هایتان در زمانی که قادر به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی برای خود نیستید

گاهی اوقات افراد قادر به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت بهداشتی خود نیستند. قبل از اینکه چنین اتفاقی برایتان بیفتد، می‌توانید:

- فرمی کتبی را پر کنید تا به شخص دیگری اجازه دهید تصمیمات مراقبت بهداشتی را به جای شما بگیرد.
  - دستورات کتبی خود را در مورد نحوه رسیدگی به مراقبت بهداشتی‌تان در صورتی که قادر به تصمیم‌گیری نباشید به پزشکان خود ارائه کنید، از جمله مراقبت‌هایی که نمی‌خواهید دریافت کنید.
- سند قانونی‌ای که از آن برای اعلام دستورالعمل استفاده می‌کنید «دستورالعمل پیشاپیش» نامیده می‌شود. انواع مختلفی از دستورالعمل‌های پیشاپیش و نام‌های مختلفی برای آنها وجود دارد. مثال‌های آن عبارت‌اند از زیست‌خواست و وکالت‌نامه مراقبت بهداشتی.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

الزامی برای داشتن «دستورالعمل پیشاپیش» وجود ندارد، اما می‌توانید این کار را انجام دهید. اگر می‌خواهید از دستورالعمل پیشاپیش استفاده کنید، در اینجا شرح داده شده است که چه کاری باید انجام دهید:

- **فرم را دریافت کنید.** می‌توانید این فرم را از پزشک، وکیل، سازمان خدمات حقوقی یا مددکار اجتماعی دریافت کنید. داروخانه‌ها و دفاتر ارائه‌کننده غالباً این فرم‌ها را دارند. می‌توانید فرم رایگانی را به صورت آنلاین پیدا و آن را دانلود کنید. همچنین، می‌توانید برای درخواست فرم با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.
- **فرم را پر کنید و امضا کنید.** این فرم، یک سند حقوقی است. باید از وکیل یا شخص مورد اعتماد دیگری، مانند یکی از اعضای خانواده یا پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود، بخواهید در تکمیل آن به شما کمک کند.
- **نسخه‌هایی از آن را به کسانی بدهید که باید مطلع باشند.** باید نسخه‌ای از فرم را به پزشک خود بدهید. همچنین باید نسخه‌ای را به فردی بدهید که به‌عنوان تصمیم‌گیرنده تصمیمات از جانب شما معرفی کرده‌اید. ممکن است بخواهید نسخه‌هایی را برای دوستان نزدیک یا اعضای خانواده بفرستید. نسخه‌ای از آن را در خانه نگه دارید.

- **اگر برای بستری شدن به بیمارستان می‌روید و «دستورالعمل پیشاپیش» امضاشده‌ای دارید، نسخه‌ای از آن را به بیمارستان ببرید.**

○ بیمارستان از شما می‌پرسد آیا فرم «دستورالعمل پیشاپیش» امضاشده‌ای دارید و آیا آن را همراه دارید یا خیر.

○ اگر فرم «دستورالعمل پیشاپیش» امضاشده‌ای ندارید، بیمارستان فرم‌ها را دارد و از شما می‌خواهد آن را امضا کنید.

شما از حقوق زیر برخوردارید:

- دستورالعمل پیشاپیش را در مدارک پزشکی خود درج کنید.
  - هر زمان که خواستید، دستورالعمل پیشاپیش را تغییر دهید یا باطل کنید.
  - از تغییرات قوانین دستورالعمل پیشاپیش آگاه شوید. OneCare تغییرات قانون ایالتی را حداکثر تا 90 روز پس از اعمال تغییرات به شما اعلام می‌کند.
- برای کسب اطلاعات بیشتر، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

### **G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشود، چه باید کرد**

اگر دستورالعمل پیشاپیش را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل‌های موجود در آن پیروی نکرده است، می‌توانید شکایت خود را به دفتر دادآور سازمان خدمات بهداشت کالیفرنیا به شماره 1-888-452-8609 ارائه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## H. حق شما برای شکایت کردن و درخواست از ما برای تجدید نظر در تصمیمات

در فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا بیان می‌شود که اگر هرگونه مشکل یا نگرانی در مورد خدمات یا مراقبت‌های تحت پوشش خود داشته باشید، می‌توانید چه کاری انجام دهید. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید تصمیم پوشش را اتخاذ کنیم، در خصوص تغییر تصمیم پوشش درخواست بررسی مجدد کنید یا شکایت کنید. شما حق دریافت اطلاعات در مورد درخواست‌های بررسی مجدد و شکایاتی را دارید که اعضای دیگر برنامه علیه ما طرح کرده‌اند. برای دریافت این اطلاعات، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

### H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه کاری باید انجام دهید

اگر فکر می‌کنید که ما با شما ناعادلانه رفتار کرده‌ایم - و این رفتار تبعیض به دلایل ذکر شده در فصل 11 کتاب راهنمای اعضا نیست - یا اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود می‌خواهید، می‌توانید با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- خدمات مشتریان
- «برنامه مشاوره و وکالت بیمه درمانی»  
(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) به شماره 1-800-434-0222 یا 1-714-560-0424 برای اطلاع از جزئیات بیشتر درباره HICAP، به فصل 2 صفحه 19 مراجعه کنید.
- برنامه Ombuds به شماره 1-888-452-8609. برای اطلاع از جزئیات بیشتر درباره این برنامه، به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین، می‌توانید «حقوق و حفاظت‌های Medicare» را که در وبسایت Medicare به نشانی [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf) موجود است، بخوانید یا دانلود کنید.)



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## I. مسئولیت‌های شما به‌عنوان عضو برنامه

شما به‌عنوان عضوی از برنامه، مسئولیت دارید کارهایی را که در زیر ذکر شده است انجام دهید. اگر سؤالی دارید، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

- **کتابچه راهنمای اعضا** را بخوانید تا درباره موارد تحت پوشش برنامه ما و قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید اطلاع کسب کنید. برای اطلاع از جزئیات مربوط به:
  - خدمات تحت پوشش، به **فصل 3 و 4 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید. این فصل‌ها به شما می‌گویند چه مواردی تحت پوشش قرار دارد و چه مواردی پوشش داده نمی‌شود، باید چه قوانینی را رعایت کنید و چه هزینه‌ای پرداخت می‌کنید.
  - داروهای تحت پوشش، به **فصل 5 و 6 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
- **هرگونه پوشش مراقبت بهداشتی یا داروهای نسخه‌دار دیگری را که دارید به ما اطلاع دهید.** ما باید مطمئن شویم شما در هنگام دریافت مراقبت بهداشتی، از تمام گزینه‌های پوشش خود استفاده می‌کنید. اگر پوشش بیمه دیگری دارید، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.
- **به پزشک و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی خود اطلاع دهید که عضو برنامه ما هستید.** وقتی خدمات یا دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- **به پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی خود کمک کنید** بهترین مراقبت را در اختیارتان قرار دهند.
  - اطلاعاتی را که در مورد شما و سلامتی‌تان نیاز دارند به آنها بدهید. در مورد مشکلات سلامت خود تا آنجا که می‌توانید اطلاعات کسب کنید. برنامه‌های درمانی و دستورالعمل‌هایی را که شما و ارائه‌کنندگان شما روی آنها توافق دارید رعایت کنید.
  - اطمینان حاصل کنید که پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان از تمام داروهایی که مصرف می‌کنید مطلع باشند. این مسئله شامل داروهای نسخه‌ای، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌ها است.
  - هر سؤالی داشتید بپرسید. پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان شما باید مسائل را به نحوی که بتوانید درک کنید توضیح دهند. اگر سؤالی پرسیدید و پاسخ را درک نکردید، دوباره بپرسید.
- **با هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی خود همکاری کنید،** از جمله اینکه ارزیابی سالانه خطر سلامت‌تیرا تکمیل کنید.
- **با ملاحظه رفتار کنید.** ما انتظار داریم همه اعضای برنامه به حقوق سایرین احترام بگذارند. همچنین، انتظار داریم در مطب پزشک، بیمارستان‌ها و دفتر سایر ارائه‌کنندگان، با احترام رفتار کنید.
- **بدهی خود را بپردازید.** شما به‌عنوان عضو طرح، مسئول این پرداخت‌ها هستید:
  - نرخ بیمه Medicare Part A و Medicare Part B. در مورد اکثر اعضای OneCare، Medicare Part A و Medicare Part B حق بیمه شما را پرداخت می‌کند.
  - اگر خدمات یا دارویی دریافت می‌کنید که تحت پوشش طرح ما نیست، باید هزینه کامل را بپردازید. (توجه: اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پوشش خدمات یا دارو مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. لطفاً برای یادگیری نحوه درخواست تجدید نظر به **فصل 9، صفحه 174** مراجعه کنید.)



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

- اگر نقل مکان کردید، به ما اطلاع دهید. اگر قصد نقل مکان دارید، بی‌معتلی ما را در جریان بگذارید. با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- اگر به منطقه خارج از محدوده خدمات نقل مکان کنید، نمی‌توانید در برنامه ما باقی بمانید. فقط افرادی که در محدوده خدمات ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو این برنامه باشند. در فصل 1 کتابچه راهنمای اعضا، در مورد محدوده خدمات ما توضیح داده شده است.
- ما می‌توانیم به شما کمک کنیم بدانید که آیا به منطقه خارج از محدوده خدمات ما نقل مکان می‌کنید. در هنگام نقل مکان، نشانی جدید خود را به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. برای مشاهده شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر بعد از نقل مکان در داخل محدوده خدمات ما باشید، باز هم باید این موضوع را بدانیم. ما باید سوابق عضویت شما را به‌روز نگهداریم و بدانیم چطور با شما تماس بگیریم.
- اگر شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری برای تماس با شما وجود دارد، به ما اطلاع دهید.
- اگر سؤال یا نگرانی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



### فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

#### مقدمه

این فصل حاوی اطلاعاتی درباره حقوق شما است. این فصل را بخوانید تا بدانید که در موارد زیر چه کاری انجام دهید:

- شما با برنامه درمانی خود مشکل یا شکایتی دارید.
- شما به سرویس، اقلام یا دارویی نیاز دارید که برنامه درمانی شما اعلام کرده است بابت آن هزینه پرداخت نمی‌کند.
- شما با تصمیمی که برنامه درمانی شما درباره مراقبت شما گرفته، مخالف هستید.
- شما فکر می‌کنید که خدمات تحت پوشش خیلی زود پایان یافته‌اند.
- شما مشکل یا شکایتی در رابطه با خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت خود دارید که شامل خدمات محلی بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS) و خدمات مرکز پرستاری (Nursing Facility, NF) می‌شود.

این فصل در قسمت‌های مختلف ارائه می‌شود تا به شما کمک کند به سهولت مطلبی که می‌خواهید را بیابید. اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌های مرتبط با وضعیت خود را در این فصل بخوانید.

شما باید مراقبت درمانی، داروها، و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدتی را دریافت کنید که پزشک شما و دیگر تامین‌کنندگان خدمات آنها را برای مراقبت از شما در قالب برنامه مراقبت درمانی‌تان ضروری می‌دانند. اگر مشکلی در مراقبت خود دارید، می‌توانید با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal با شماره **1-888-804-3536** برای دریافت کمک تماس بگیرید. این فصل گزینه‌های مختلفی را توضیح می‌دهد که شما برای مشکلات و شکایات مختلف دارید، اما شما همیشه می‌توانید با برنامه بازرسی تماس بگیرید تا به شما در زمینه مشکل کمک کنند. برای منابع دیگر جهت رسیدگی به نگرانی‌ها و روش‌های تماس با آنها به فصل 2 کتابچه اعضای خود مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فهرست مطالب

<b>A.</b>	اگر مشکل یا نگرانی داشتید، چه کاری باید انجام دهید.	171
A1	درباره واژگان حقوقی.	171
<b>B.</b>	از کجا کمک بگیرم.	171
B1	برای اطلاعات و کمک بیشتر.	171
<b>C.</b>	فهم شکایات و تجدیدنظرهای Medicare و Medical در برنامه ما.	172
<b>D.</b>	مشکلاتی با مزیت‌های شما.	173
<b>E.</b>	تصمیم‌ها و تجدیدنظرهای پوشش.	173
E1	تصمیم‌های پوشش.	173
E2	تجدیدنظرها.	174
E3	کمک در رابطه با تصمیم‌ها و تجدیدنظرهای پوشش.	174
E4	کدام بخش این فصل می‌تواند به شما کمک کند.	175
<b>F.</b>	مراقبت پزشکی.	176
F1	استفاده از این بخش.	176
F2	درخواست تصمیم پوشش.	177
F3	ارایه تجدیدنظر سطح 1.	179
F4	ارایه تجدیدنظر سطح 2.	182
F5	مشکلات پرداخت.	185
<b>G.</b>	داروهای تجویزی Medicare بخش D.	187
G1	تصمیمات و تجدیدنظرهای پوشش Medicare بخش D.	187
G2	معافیت‌های Medicare بخش D.	188
G3	موضوعات مهمی که باید درباره درخواست معافیت بدانید.	189
G4	درخواست تصمیم پوشش، شامل معافیت.	190
G5	ارایه تجدیدنظر سطح 1.	192
G6	ارایه تجدیدنظر سطح 2.	194



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- H. درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان ..... 196**
- H1. یادگیری درباره حقوق Medicare شما ..... 196
- H2. رایحه تجدیدنظر سطح 1 ..... 197
- H3. رایحه تجدیدنظر سطح 2 ..... 199
- H4. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 1 ..... 200
- H5. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 2 ..... 201
- I. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی خاص ..... 202**
- I1. اعلامیه قبلی پیش از پایان پوشش شما ..... 202
- I2. رایحه تجدیدنظر سطح 1 ..... 202
- I3. رایحه تجدیدنظر سطح 2 ..... 204
- I4. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 1 ..... 205
- I5. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 2 ..... 206
- J. ادامه تجدیدنظر شما بعد از سطح 2 ..... 207**
- J1. گام‌های بعدی ویژه خدمات و اقلام Medicare ..... 207
- J2. تجدیدنظرهای دیگر Medi-Cal ..... 208
- J3. تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5 در درخواست‌های داروهای Medicare بخش D ..... 208
- K. چطور یک شکایت رایحه دهید ..... 210**
- K1. شکایات باید درباره چه مشکلاتی باشد ..... 210
- K2. شکایات داخلی ..... 211
- K3. شکایات بیرونی ..... 212



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

### A. اگر مشکل یا نگرانی داشتید، چه کاری باید انجام دهید

این فصل توضیح می‌دهد که چطور مشکلات و نگرانی‌های خود را مدیریت کنید. فرایند که شما استفاده می‌کنید به مشکلی بستگی دارد که دارید. برای تصمیم‌های پوشش و تجدیدنظر از یک فرایند استفاده کنید و برای ارایه شکایت که نارضایتی نیز نامیده می‌شود از فرایند دیگری استفاده کنید. به منظور تضمین انصاف و سرعت، هر فرایند مجموعه مقررات، رویه‌ها و مهلت‌های زمانی دارد که شما باید رعایت کنید.

#### A1. درباره واژگان حقوقی

در این فصل، بعضی مقررات و مهلت‌های زمانی، واژگان حقوقی دارند. فهم بیشتر این واژگان دشوار است، در نتیجه، هر وقت بتوانیم، ما از لغات ساده‌تر به جای بعضی واژگان حقوقی استفاده می‌کنیم. ما از مخفف‌ها به کمترین میزان ممکن استفاده می‌کنیم.

برای مثال، می‌گوییم:

- «ارایه شکایت» به جای «تسلیم نارضایتی»
  - «تصمیم پوشش» به جای «تعیین سازمان»، «تعیین مزایا»، تعیین موارد مشمول خطر» یا «تعیین پوشش»
  - «تصمیم فوری پوشش» به جای «تعیین سریع»
  - «سازمان بازبین مستقل» (Independent Medical Review, IRO) به جای «نهاد بازبین مستقل» (Independent Review Entity, IRE)
- دانستن نام‌های حقوقی مربوطه می‌تواند به شما کمک کند بهتر با ما مکاتبه کنید، تا ما آنها را ارایه می‌کنیم.

### B. از کجا کمک بگیرم

#### B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر

گاهی شروع یا پیگیری یک فرایند برای بررسی یک مشکل، سردرگم‌کننده است. این به ویژه وقتی درست است که شما ناخوش هستید یا انرژی کمی دارید. گاهی دیگر، ممکن است شما اطلاعات موردنیاز برای انجام گام بعد را نداشته باشید.

کمک از طرف برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی

شما می‌توانید با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی

HICAP (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) تماس بگیرید. مشاوران HICAP

می‌توانند به سوال‌های شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند درباره مشکل خود چه کاری انجام دهید. HICAP با ما یا

هیچ برنامه درمانی دیگری وابستگی ندارد. HICAP مشاوران مجربی در هر کانتی دارد و خدمات آن رایگان است.

شماره تلفن HICAP 1-800-434-0222 است.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

### کمک از طرف برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal

شما می‌توانید با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و با یک مشاور درباره سوال‌های پوشش سلامت خود صحبت کنید. آنها کمک حقوقی رایگان ارائه می‌دهند. برنامه بازرسی با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی وابستگی ندارد. شماره تلفن آنها 1-888-804-3536 و تارنمای [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org) آنها است.

### کمک و اطلاعات درباره Medicare

برای اطلاعات و کمک بیشتر، شما می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. در اینجا به دو روش برای دریافت کمک از Medicare اشاره می‌شود:

- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- از تارنمای Medicare به آدرس ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) بازدید کنید.

### کمک و اطلاعات از Medi-Cal

#### کمک از طرف اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا

بازرسی مراقبت مدیریت شده Medi-Cal اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا (Department of Health Care Services, DHCS) می‌تواند کمک کند. آنها در مواردی می‌توانند کمک کنند که شما در پیوستن، تغییر یا ترک برنامه درمانی مشکل دارید. همچنین آنها در مواردی می‌توانند کمک کنند که شما جابجا شدید و در انتقال Medi-Cal خود به کانتی جدید مشکل دارید. شما می‌توانید از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح و 5:00 بعدازظهر با شماره 1-888-452-8609 با بازرسی تماس بگیرید.

## C. فهم شکایات و تجدیدنظرهای Medicare و Medical در برنامه ما

شما Medicare و Medi-Cal دارید. اطلاعات این فصل مرتبط با همه مزایای Medicare و Medi-Cal شما است. این گاهی «فرایند تلفیقی» نامیده می‌شود زیرا فرایندهای Medicare و Medi-Cal را ترکیب یا تلفیق می‌کند. گاهی فرایندهای Medicare و Medi-Cal را نمی‌توان ترکیب کرد. در این مواقع، شما یک فرایند را برای مزیت Medicare و یک فرایند دیگر را برای مزیت Medi-Cal انتخاب می‌کنید. بخش **F4** این موارد را توضیح می‌دهد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

### D. مشکلاتی با مزیت‌های شما

اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌های مرتبط با وضعیت خود را در این فصل بخوانید. جدول زیر به شما کمک می‌کند بخش درست این فصل را برای مشکلات یا شکایات خود بیابید.

آیا مشکل یا نگرانی شما درباره مزایا و پوشش است؟	
این شامل مشکلات مربوط به این که آیا مراقبت‌های پزشکی خاص یا داروهای تجویزی تحت پوشش هستند یا خیر، نحوه پوشش آنها چیست و مشکلات پرداخت بابت مراقبت‌های پزشکی یا داروهای تجویزی می‌شود.	
<b>بله.</b> مشکل من درباره مزایا یا پوشش است. به بخش <b>E</b> «تصمیم‌ها و تجدیدنظرهای پوشش» مراجعه کنید.	<b>خیر.</b> مشکل من درباره مزایا یا پوشش است. به بخش <b>K</b> «روش ارایه شکایت» مراجعه کنید.

### E. تصمیم‌ها و تجدیدنظرهای پوشش

فرایند درخواست تصمیم پوشش و تجدیدنظر به مشکلات مربوط به مزایا و پوشش شما می‌پردازد. همچنین شامل مشکلات پرداخت است.

#### E1. تصمیم‌های پوشش

تصمیم پوشش، تصمیمی است که ما درباره مزایا و پوشش شما یا درباره مبلغی می‌گیریم که بابت خدمات پزشکی یا داروی شما پرداخت می‌کنیم. برای مثال، زمانی که از پزشک شبکه برنامه درمانی خود مراقبت پزشکی دریافت می‌کنید، آنها یک تصمیم پوشش (مقرون به صرفه) برای شما می‌گیرند.

همچنین شما یا پزشک شما می‌توانید با ما تماس گرفته و درخواست تصمیم پوشش کنید. شما یا پزشک شما ممکن است مطمئن نباشد که آیا ما خدمات پزشکی خاص را پوشش می‌دهیم یا آیا ممکن است ما مراقبت درمانی که شما فکر می‌کنید به آن نیاز دارید را رد کنیم. اگر می‌خواهید قبل از دریافت خدمات پزشکی بدانید که آیا ما آنها را پوشش می‌دهیم، می‌توانید از ما بخواهید یک تصمیم پوشش برای شما بگیریم.

تصمیم پوشش زمانی است که ما تصمیم می‌گیریم که چه چیزی تحت پوشش است و ما چقدر پرداخت می‌کنیم. در بعضی موارد، ممکن است ما تصمیم بگیریم که یک سرویس یا دارو تحت پوشش نیست یا دیگر برای شما از طرف Medicare یا Medi-Cal تحت پوشش نیست. اگر شما با این تصمیم پوشش مخالف باشید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### E2. تجدیدنظرها

اگر ما تصمیم پوششی بگیریم و شما از تصمیم راضی نباشید، می‌توانید نسبت به تصمیم درخواست «تجدیدنظر» کنید. تجدیدنظر یک روش رسمی برای درخواست از ما برای بازبینی یا تغییر تصمیم پوششی است که ما اتخاذ کرده‌ایم. وقتی شما نسبت به یک تصمیم برای اولین بار درخواست پوشش می‌دهید، این تجدیدنظر سطح 1 نامیده می‌شود. در این تجدیدنظر، ما تصمیم پوشش اتخاذی خود را بررسی می‌کنیم تا ببینیم آیا به درستی از مقررات پیروی کرده‌ایم. بازبینی‌های متفاوتی از آنهایی که ابتدا تصمیم را گرفتند، به تجدیدنظر شما رسیدگی خواهند کرد. وقتی ما بازبینی را تکمیل کردیم، تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنیم. در بعضی شرایط خاص، که بعداً در این فصل، در صفحه 179، توضیح داده شده است، شما می‌توانید درخواست «تصمیم پوشش فوری» یا سریع یا «تجدیدنظر فوری» نسبت به تصمیم پوشش کنید.

اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما نه بگوییم، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات و اقلام پزشکی Medicare یا داروهای بخش B است، نامه به شما خواهد گفت که پرونده شما را برای سازمان بازبین مستقل (IRO) جهت تجدیدنظر سطح 2 ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما درباره پوشش Medicare بخش D یا خدمات یا اقلام Medicaid است، نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان یک تجدیدنظر سطح 2 ارائه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 2، به بخش F4 مراجعه کنید. اگر مشکل شما درباره پوشش سرویس یا اقلامی است که هم توسط Medicare و هم Medicaid پوشش دارند، نامه اطلاعاتی درباره هر دو نوع تجدیدنظر سطح 2 به شما خواهد داد.

اگر شما از تصمیم تجدیدنظر سطح 2 ناراضی هستید، ممکن است بتوانید چند سطح تجدیدنظر دیگر را امتحان کنید.

### E3. کمک در رابطه با تصمیم‌ها و تجدیدنظرهای پوشش

شما می‌توانید از هر یک از موارد زیر درخواست کمک کنید:

- خدمات مشتری با شماره‌های موجود در انتهای این صفحه.
- برنامه بازرسی Medicare و Medi-Cal با شماره 1-888-804-3536.
- برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) با شماره 1-800-434-0222.
- پزشک یا تامین‌کننده دیگر خود. پزشک یا تامین‌کننده دیگر شما می‌تواند از طرف شما، درخواست تصمیم یا تجدیدنظر در پوشش کند.
- یک دوست یا عضو خانواده. شما می‌توانید نام فرد دیگری را جهت عمل به عنوان «نماینده» خود بدهید و درخواست تصمیم پوشش یا ارائه تجدیدنظر کنید.
- یک وکیل. شما حق دارید وکیل داشته باشید، اما ملزم به داشتن وکیل جهت درخواست تصمیم درباره پوشش یا تجدیدنظر نیستید.
- با وکیل خود تماس بگیرید یا نام یک وکیل را از کانون وکلای محل یا خدمات معرفی دیگری دریافت کنید. در صورتی که واجد شرایط باشید، بعضی گروه‌های حقوقی به شما خدمات حقوقی رایگان خواهند داد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

○ از برنامه بازرسی Medicare و Medi-Cal با شماره 1-888-804-3536 درخواست یک وکیل مضامعت حقوقی کنید.

اگر می‌خواهید یک وکیل یا فرد دیگری به عنوان نماینده شما اقدام کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. فرم به فرد اجازه می‌دهد که از جانب شما اقدام کند.

با خدمات مشتری با شماره‌های موجود در انتهای این صفحه تماس گرفته و فرم «درخواست انتصاب وکیل» را درخواست کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به تارنمای

[www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) یا تارنمای ما <https://www.caloptima.org/en/ForMembers/OneCare/MemberDocuments/CommonForms.aspx> به آدرس

فرم‌ها را دریافت کنید. شما باید یک نسخه امضا شده فرم را به ما بدهید.

### E4. کدام بخش این فصل می‌تواند به شما کمک کند

چهار وضعیت وجود دارد که مشمول تصمیم و تجدیدنظرهای پوشش است. هر وضعیت مقررات و مهلت‌های زمانی متفاوتی دارد. ما جزئیات هر یک را در یک بخش دیگر این فصل ارائه خواهیم داد. به بخش مربوطه مراجعه کنید:

- **بخش F**، با عنوان "Medical care"، در صفحه 176.
- **بخش G**، داروهای تجویزی Medicare بخش D، در صفحه 187.
- **بخش H**، «درخواست پوشش بستری بیمارستانی طولانی‌تر»، در صفحه 196.
- **بخش I**، «درخواست از ما برای پوشش خدمات پزشکی خاص»، در صفحه 202 (این بخش فقط در رابطه با این خدمات اعمال می‌شود: مراقبت سلامت در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، و خدمات جامع مرکز بازتوانبخشی سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

اگر مطمئن نیستید که از کدام بخش استفاده کنید، با خدمات مشتری با شماره‌های موجود در انتهای این صفحه تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



### F. مراقبت پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر مشکلی در دریافت پوشش یا مراقبت پزشکی دارید یا اگر می‌خواهید ما سهم خود از هزینه مراقبت درمانی شما را پرداخت کنیم، باید چه کاری انجام دهید.

این بخش درباره مزایای خدمات و مراقبت پزشکی است که در **فصل 4 کتابچه راهنما** تشریح شده‌اند. ما معمولاً در بقیه این بخش، به «پوشش مراقبت پزشکی» یا «مراقبت پزشکی» اشاره می‌کنیم. عبارت «مراقبت پزشکی» شامل خدمات و اقلام پزشکی و همچنین داروهای نسخه‌دار Medicare بخش B است که داروهایی هستند که توسط پزشک شما یا متخصصین مراقبت درمانی داده می‌شوند. ممکن است مقررات مختلفی در رابطه با داروهای نسخه‌دار Medicare بخش B اعمال شود. در این صورت، ما توضیح می‌دهیم که مقررات داروهای تجویزی Medicare بخش B چه تفاوتی نسبت به خدمات و اقلام پزشکی دارند.

### F1: استفاده از این بخش

این بخش توضیح می‌دهد که شما در موقعیت‌های زیر چه کاری می‌توانید انجام دهید:

1. شما فکر می‌کنید که ما مراقبت پزشکی موردنیاز شما را پوشش می‌دهیم ولی هنوز آنها را دریافت نمی‌کنید.  
**شما چه کاری می‌توانید انجام دهید:** شما می‌توانید از ما درخواست کنید یک تصمیم پوشش بگیرید. به **بخش F2** مراجعه کنید.
2. ما مراقبت درمانی که پزشک یا تامین‌کننده مراقبت درمانی دیگر شما می‌خواهد به شما ارائه دهد را تایید نمی‌کنیم و شما فکر می‌کنید که ما باید آن را تایید کنیم.  
**شما چه کاری می‌توانید انجام دهید:** شما می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر دهید. به **بخش F3** مراجعه کنید.
3. شما مراقبت پزشکی را دریافت کردید که فکر می‌کنید ما پوشش می‌دهیم، اما ما پرداخت نخواهیم کرد.  
**شما چه کاری می‌توانید انجام دهید:** شما می‌توانید نسبت به تصمیم عدم پرداخت ما درخواست تجدیدنظر دهید. به **بخش F5** مراجعه کنید.
4. شما مراقبت پزشکی دریافت کردید و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید و فکر می‌کردید که ما پوشش می‌دهیم و می‌خواهید که ما پول شما را بپردازیم.  
**شما چه کاری می‌توانید انجام دهید:** می‌توانید از ما درخواست کنید پول شما را بپردازیم. به **بخش F5** مراجعه کنید.
5. ما پوشش شما برای بعضی مراقبت‌های پزشکی خاص را کاهش داده یا متوقف کردیم و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند منجر به اختلال در سلامت شما شود.  
**شما چه کاری می‌توانید انجام دهید:** شما می‌توانید نسبت به تصمیم کاهش یا توقف مراقبت پزشکی ما درخواست تجدیدنظر دهید. به **بخش F4** مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- اگر پوشش برای مراقبت در بیمارستان، مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات CORF است، مقررات خاصی اعمال می‌شود. برای اطلاعات بیشتر، به **بخش H**، در صفحه 196 یا **بخش I**، در صفحه 202 مراجعه کنید.
  - در سایر موارد مشمول کاهش یا توقف پوشش مراقبت‌های پزشکی خاص، از این بخش (**بخش F**) به عنوان راهنمای خود استفاده کنید.
6. شما در مراقبت خود گرفتار تاخیر شده‌اید یا نمی‌توانید یک پزشک اعلام کنید.  
شما چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید یک شکایت ارایه کنید. به **بخش K2** مراجعه کنید.

### F2: درخواست تصمیم پوشش

وقتی تصمیم پوشش شامل مراقبت پزشکی شما است، «تعیین سازمان تلفیقی» نامیده می‌شود.

شما، پزشک شما یا نماینده شما می‌تواند از ما درخواست تصمیم پوشش کند، از طریق:

• تماس: **1-877-412-2734 (TTY: 711)**.

• نمابر: **1-714-246-8711**

• مکاتبه: **505 City Parkway West, Orange, CA 92868**.

### تصمیم پوشش استاندارد

وقتی ما تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنیم، از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر آنکه توافق کرده باشیم که از مهلت‌های «فوری» استفاده کنیم. تصمیم پوشش استاندارد به این معنی است که ما تصمیم خود را به این صورت به شما اعلام می‌کنیم:

• خدمات یا ارقام پزشکی ظرف مدت 14 روز بعد از دریافت درخواست شما.

• داروهای نسخه‌دار Medicare بخش B ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما.

### تصمیم پوشش فوری

عبارت حقوقی «تصمیم پوشش فوری»، معادل «تعیین تسریع شده» است.

وقتی شما از ما درخواست یک تصمیم پوشش درباره مراقبت پزشکی خود می‌کنید و سلامت شما نیاز به پاسخ سریع دارد، از ما درخواست کنید یک «تصمیم پوشش فوری» اتخاذ کنیم. تصمیم پوشش فوری به این معنی است که ما تصمیم خود را به این شرح به شما اعلام می‌کنیم:

• خدمات یا ارقام پزشکی ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا زودتر چنانچه وضعیت پزشکی شما نیاز به پاسخ سریع‌تر داشته باشد.

• داروهای نسخه‌دار Medicare بخش B ظرف مدت 24 ساعت بعد از دریافت درخواست شما.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

برای اتخاذ یک تصمیم پوشش فوری، شما باید دو الزام را داشته باشید:

- شما برای مراقبت پزشکی درخواست کنید که قبلاً دریافت نکرده‌اید. شما نمی‌توانید در رابطه با پرداخت بابت مراقبت پزشکی که قبلاً دریافت کرده‌اید، درخواست تصمیم پوشش فوری کنید.
- استفاده از مهلت‌های زمانی استاندارد می‌تواند منجر به صدمات جدی به سلامت شما شود یا در توانایی کارکردی شما اختلال ایجاد کند.

اگر پزشک شما به ما بگوید که اقتضای سلامت شما این است، ما به صورت خودکار تصمیم پوشش فوری را به شما اعلام خواهیم کرد. اگر شما بدون پشتیبانی از پزشک خود درخواست کنید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا مشمول تصمیم پوشش فوری هستیم.

- اگر ما تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما منطبق بر الزامات تصمیم پوشش فوری نیست، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد که مراتب را اعلام کرده و به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد. نامه به شما می‌گوید:

- اگر پزشک شما درخواست کند، ما به صورت خودکار یک تصمیم پوشش فوری به شما خواهیم داد.
- شما چطور می‌توانید یک «شکایت فوری» درباره تصمیم ما مبنی بر ارایه تصمیم پوشش استاندارد بجای تصمیم پوشش فوری ارایه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره ارایه شکایت، شامل شکایت فوری، به بخش K، در صفحه 210 مراجعه کنید.

اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما نه بگوییم، یک نامه برای شما ارسال کرده و دلیل را شرح خواهیم داد.

- اگر ما نه بگوییم، شما حق درخواست تجدیدنظر دارید. اگر شما فکر می‌کنید که ما اشتباه کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر، یک روش رسمی برای درخواست از ما جهت بازبینی تصمیم و تغییر آن است.
- اگر شما تصمیم به تجدیدنظر بگیرید، وارد فرایند تجدیدنظر سطح 1 خواهید شد (به بخش F3، در صفحه 179 مراجعه کنید).

در مواقع محدود ممکن است ما درخواست تصمیم پوشش را رد کنیم که به آن معنی است که درخواست شما را بازبینی نخواهیم کرد. مثال مواردی که ما درخواست شما را رد خواهیم کرد، عبارتند از:

- اگر درخواست ناقص باشد،
- اگر فردی از طرف شما درخواست داده است، اما از منظر قانونی مجاز نبوده است، یا
- اگر شما از درخواست خود اعلام انصراف کنید.

اگر ما درخواستی را رد کنیم، یک اعلامیه ارسال کرده و توضیح خواهیم داد که چرا درخواست رد شده است و شما چطور می‌توانید درخواست بررسی رد درخواست کنید. این بررسی تجدیدنظر نامیده می‌شود. تجدیدنظرها در بخش بعدی توضیح داده می‌شوند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

### F3. ارایه تجدیدنظر سطح 1

برای تجدیدنظر استاندارد، شما، پزشک شما یا نماینده شما باید با ما تماس بگیرید. با ما با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید.

با مکاتبه یا تماس با ما از طریق **1-877-412-2734 (TTY 711)** درخواست تجدیدنظر استاندارد یا تجدیدنظر فوری کنید.

- اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگر درخواست ادامه خدمات یا اقلامی را کند که شما قبلاً در مدت تجدیدنظر دریافت می‌کنید، ممکن است لازم باشد که شما آنها را به عنوان نماینده خود برای اقدام از جانب شما معرفی کنید.
  - اگر فردی غیر از پزشک شما درخواست تجدیدنظر از طرف شما کند، یک فرم انتصاب نماینده نیز ارایه کنید که به این فرد اجازه اقدام از جانب شما می‌دهد. شما می‌توانید فرم را با مراجعه به تارنمای [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) یا تارنمای ما در <https://www.caloptima.org/en/ForMembers/OneCare/MemberDocuments/CommonForms.aspx> دریافت کنید.
  - ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون فرم قبول کنیم، اما تا زمانی که آن را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی را شروع یا تکمیل کنیم. اگر فرم را ظرف مدت 44 روز تقویمی بعد از درخواست تجدیدنظر شما دریافت نکنیم:
    - ما درخواست شما را رد می‌کنیم، و
    - یک اعلامیه کتبی برای شما ارسال کرده و حقوق شما مبنی بر درخواست از IRO برای بررسی تصمیم خود مبنی بر رد تجدیدنظر شما را توضیح می‌دهیم.
  - شما باید ظرف مدت 60 روز تقویمی از تاریخ روی نامه ارسالی ما به منظور اعلام تصمیم‌مان، درخواست تجدیدنظر کنید.
  - اگر شما مهلت زمانی را از دست بدهید و دلیل موجهی برای آن داشته باشید، ما زمان بیشتری برای درخواست تجدیدنظر به شما خواهیم داد. مثال‌های دلیل موجه مواردی مثل ابتلا به بیماری جدی یا ارایه اطلاعات غلط درباره مهلت‌ها از طرف ما است. در زمان درخواست تجدیدنظر، علت تأخیر در درخواست تجدیدنظر خود را شرح دهید.
  - شما حق دارید از ما درخواست یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود کنید. شما و پزشک شما می‌توانید به ما اطلاعاتی در پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود بدهید.
- اگر سلامت شما مستلزم تجدیدنظر فوری است، آن را درخواست کنید.

عبارت حقوقی «تجدیدنظر فوری»، معادل «بررسی مجدد تسریع شده» است.

- اگر شما نسبت به تصمیم ما درباره پوشش مراقبت درمانی که دریافت نکرده‌اید، درخواست تجدیدنظر بدهید، شما و/یا پزشک شما تصمیم خواهد گرفت که آیا به تجدیدنظر سریع نیاز دارید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

اگر پزشک شما به ما بگوید که سلامت شما این طور ایجاب می‌کند، ما یک تجدیدنظر فوری به شما خواهیم داد. اگر شما بدون پشتیبانی پزشک خود درخواست کنید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا مشمول تجدیدنظر فوری هستیم.

- اگر ما تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما منطبق بر الزامات تصمیم تجدیدنظر فوری نیست، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد که مراتب را اعلام کرده و به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد. نامه به شما می‌گوید:

- اگر پزشک شما درخواست کند، ما به صورت خودکار یک تجدیدنظر فوری خواهیم داد.

- شما چطور می‌توانید یک «شکایت فوری» درباره تصمیم ما مبنی بر ارایه تجدیدنظر استاندارد بجای تجدیدنظر فوری ارایه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره ارایه شکایت، شامل شکایت فوری، به بخش K، در صفحه 210 مراجعه کنید.

اگر ما به شما بگوییم که خدمات یا اقلامی که شما قبلاً دریافت می‌کنید را متوقف کرده یا کاهش می‌دهیم، شاید شما بتوانید در مدت تجدیدنظر به دریافت آن خدمات و اقلام ادامه دهید.

- اگر ما تصمیم به تغییر یا توقف پوشش خدمات یا اقلامی بگیریم که شما دریافت می‌کنید، یک اعلامیه قبل از اقدام برای شما ارسال خواهیم کرد.

- اگر شما مخالف تصمیم ما باشید، می‌توانید یک تجدیدنظر سطح 1 ارایه کنید.

- اگر شما ظرف مدت 10 روز تقویمی از تاریخ نامه ما یا تا تاریخ اجرای اقدام موردنظر، هر کدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر سطح 1 کنید، ما به پوشش سرویس یا اقلام ادامه می‌دهیم.

- اگر شما این مهلت زمانی را رعایت کنید، خدمات و اقلام را بدون تغییر در زمان رسیدگی به تجدیدنظر سطح 1 دریافت خواهید کرد.

- همچنین شما خدمات و اقلام دیگر (که مشمول تجدیدنظر نیستند) را نیز بدون تغییر دریافت خواهید کرد.

- اگر شما قبل از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر نکنید، خدمات یا اقلام شما زمانی که منتظر تصمیم تجدیدنظر هستید، ادامه نخواهد یافت.

ما تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ خواهیم داد.

- وقتی ما تجدیدنظر را بررسی می‌کنیم، یکبار دیگر همه اطلاعات مربوط به درخواست پوشش مراقبت‌های پزشکی شما را به دقت بررسی خواهیم کرد.

- ما بررسی می‌کنیم که وقتی به شما نه گفتیم، آیا همه مقررات را رعایت کردیم.

- اگر نیاز داشته باشیم، اطلاعات بیشتری جمع‌آوری خواهیم کرد. ممکن است ما با شما یا پزشک شما برای اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

تجدیدنظر فوری، مهلت‌های زمانی دارد.

- وقتی ما از مهلت‌های زمانی تجدیدنظر فوری استفاده می‌کنیم، باید ظرف مدت 72 روز بعد از دریافت تجدیدنظر یا اگر سلامت شما نیاز به پاسخ سریع‌تر دارد، زودتر از آن، به شما پاسخ بدهیم. اگر سلامت شما این طور ایجاب کند، ما زودتر به شما پاسخ خواهیم داد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

○ اگر ما ظرف مدت 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست فرایند تجدیدنظر سطح 2 را برای شما ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. در این بخش، در صفحه 194، ما به شما درباره این سازمان و فرایند تجدیدنظر سطح 2 توضیح خواهیم داد. اگر مشکل شما در رابطه با پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal است، شما می‌توانید شخصا یک رسیدگی ایالتی سطح 2 به محض پایان مهلت ارایه کنید. یک آژانس رسیدگی ایالتی که با OneCare وابستگی ندارد، پرونده شما را بررسی کرده و درباره تجدیدنظر شما تصمیم خواهد گرفت. برای ارایه درخواست رسیدگی ایالتی، به صفحه 184 مراجعه کنید.

- اگر ما به بخش یا تمام درخواست شما، بله بگوییم، باید اجازه پوشش را داده یا پوشش توافقی را ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت تجدیدنظر شما یا اگر سلامت شما ایجاب کند، زودتر ارایه کنیم.
- اگر ما به بخش یا همه درخواست شما، نه بگوییم، ما درخواست شما را برای تجدیدنظر سطح 2 به یک IRO ارسال خواهیم کرد.

### تجدیدنظرهای استاندارد، مهلت زمانی دارند.

- وقتی ما از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید جواب را ظرف مدت 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر در پوشش خدماتی اعلام کنید که دریافت نکرده‌اید.
- اگر درخواست شما برای داروهای تجویزی Medicare بخش B است، ما پاسخ خود را ظرف مدت 7 روز تقویمی بعد از دریافت پوشش یا اگر سلامت شما ایجاب کند، زودتر اعلام خواهیم کرد.

○ اگر ما ظرف مدت تعیین شده به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرایند تجدیدنظر سطح 2 ارسال خواهیم کرد. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. در این بخش، در صفحه 194، ما به شما درباره این سازمان و فرایند تجدیدنظر سطح 2 توضیح خواهیم داد. اگر مشکل شما در رابطه با پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal است، شما می‌توانید شخصا یک رسیدگی ایالتی سطح 2 در مهلت مربوطه ارایه کنید. یک آژانس رسیدگی ایالتی که با OneCare وابستگی ندارد، پرونده شما را بررسی کرده و درباره تجدیدنظر شما تصمیم خواهد گرفت. برای ارایه درخواست رسیدگی ایالتی، به صفحه 184 مراجعه کنید.

اگر ما به بخش یا همه درخواست شما، بله بگوییم، باید ظرف مدت 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما یا طبق نیاز وضعیت سلامت شما و ظرف 72 ساعت بعد از تغییر تصمیم خود یا اگر درخواست شما درباره داروهای تجویزی Medicare بخش B باشد، ظرف 7 روز تقویمی از تاریخ دریافت تجدیدنظر شما، مجوز پوشش شما را صادر کنیم یا آن را ارایه کنیم.

اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، نه بگوییم، شما حقوق تجدیدنظر دیگری خواهید داشت:

- اگر ما به بخشی یا همه موارد درخواستی شما، نه بگوییم، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقلام Medicare است، نامه به شما می‌گوید که پرونده شما جهت تجدیدنظر سطح 2 به یک IRO ارسال خواهد شد.
- اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal است، نامه به شما می‌گوید که چطور شخصا یک درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارایه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

### F4. رایه تجدیدنظر سطح 2

اگر ما به بخشی یا همه درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما، نه بگوییم، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید که آیا برنامه‌های Medicare, Medi-Cal یا هر دو معمولاً سرویس یا اقدام را پوشش می‌دهند.

- اگر مشکل شما درباره یک سرویس یا اقدامی است که **Medicare** معمولاً پوشش می‌دهد، ما به صورت خودکار پرونده شما را بلافاصله بعد از تکمیل تجدیدنظر سطح 1، به فرایند تجدیدنظر سطح 2 ارسال خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقدامی است که معمولاً **Medi-Cal** پوشش می‌دهد، شما می‌توانید شخصا یک تجدیدنظر سطح 2 رایه کنید. نامه روش انجام آن را به شما می‌گوید. همچنین ما اطلاعات بیشتری را در این فصل، در صفحه 194 رایه خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقدامی است که **Medicare و Medi-Cal**، هر دو پوشش می‌دهند، شما به صورت خودکار مشمول تجدیدنظر سطح 2 توسط IRO هستید. علاوه بر تجدیدنظر سطح 2، همچنین شما می‌توانید درخواست رسیدگی و یک بازبینی مستقل پزشکی توسط ایالت کنید. البته، اگر شما قبلاً مدارک را برای رسیدگی ایالتی رایه داده‌اید، دیگر بازبینی مستقل پزشکی امکان‌پذیر نیست.
- اگر وقتی درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را رایه کردید، واجد شرایط ادامه مزایا باشید، مزایای خدمات و اقدام یا داروهای تحت تجدیدنظر شما نیز ممکن است در مدت سطح 2 ادامه یابد. برای اطلاعات درباره ادامه مزایا در طول تجدیدنظرهای سطح 1، به بخش **F3**، در صفحه 179 مراجعه کنید.
- اگر مشکل شما درباره سرویسی است که معمولاً فقط توسط Medicare پوشش دارد، مزایای شما بابت آن سرویس در فرایند تجدیدنظر سطح 2 با IRO ادامه نخواهد یافت.
- اگر مشکل شما درباره سرویسی است که معمولاً توسط Medi-Cal پوشش دارد، مزایای شما در رابطه با آن سرویس در صورتی ادامه می‌یابد که شما ظرف مدت 10 روز تقویمی از تاریخ نامه تصمیم ما، درخواست تجدیدنظر سطح 2 کنید.

وقتی مشکل شما درباره خدمات یا اقدامی است که معمولاً **Medicare** پوشش می‌دهد

IRO تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. آن یک سازمان مستقل است که توسط Medicare به کار گرفته شده است.

نام رسمی «سازمان بازبین مستقل» (IRO)، «**نهادهای بازبین مستقل**» است که گاهی «**IRE**» نامیده می‌شود.

- این سازمان با ما مرتبط نیست و یک آژانس دولتی محسوب نمی‌شود. Medicare شرکت را تحت عنوان IRO انتخاب کرده است و Medicare بر کار آنها نظارت دارد.
- شما اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود («فایل پرونده» شما) را برای این سازمان ارسال می‌کنیم. شما حق دارید درخواست یک نسخه رایگان از فایل پرونده خود کنید.
- شما حق دارید اطلاعات بیشتری به IRO در حمایت از تجدیدنظر خود بدهید.
- بازبین‌های IRO به دقت همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- اگر شما تجدیدنظر فوری سطح 1 داشتید، تجدیدنظر فوری سطح 2 نیز خواهید داشت.
- اگر شما یک تجدیدنظر فوری با ما در سطح 1 داشتید، به صورت خودکار یک تجدیدنظر فوری سطح 2 دریافت می‌کنید. IRO باید به تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف مدت 72 ساعت از دریافت تجدیدنظر شما پاسخ دهد.
- اگر شما تجدیدنظر استاندارد سطح 1 داشتید، تجدیدنظر سطح 2 شما نیز تجدیدنظر استاندارد خواهد بود.
- اگر شما تجدیدنظر استاندارد سطح 1 با ما داشتید، به صورت خودکار تجدیدنظر استاندارد سطح 2 خواهید داشت.
- اگر درخواست شما برای خدمات و ارقام پزشکی است، IRO باید پاسخ تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف مدت 30 روز تقویمی از تاریخ تجدیدنظر شما ارائه کند.
- اگر درخواست شما برای داروهای تجویزی Medicare بخش B است، IRO باید ظرف مدت 7 روز تقویمی از تاریخ دریافت تجدیدنظر شما، پاسخ تجدیدنظر سطح 2 شما را بدهد.
- IRO پاسخ شما را کتبی داده و دلایل را توضیح می‌دهد.
- اگر IRO به تمام یا بخشی از درخواست ارقام یا خدمات پزشکی شما، بله بگوید، ما باید بلافاصله تصمیم را اجرا کنیم:
  - ظرف مدت 72 ساعت، اجازه پوشش پزشکی را صادر می‌کنیم، یا
  - ظرف مدت 5 روز کاری بعد از دریافت تصمیم IRO بابت درخواست‌های استاندارد، سرویس را ارائه می‌دهیم، یا
  - سرویس را ظرف مدت 72 ساعت از تاریخ دریافت تصمیم IRO در مورد درخواست‌های سریع ارائه می‌کنیم.
- اگر IRO به بخش یا تمام درخواست شما برای داروهای تجویزی Medicare بخش B بله بگوید، ما باید داروهای تجویزی Medicare بخش B مورد اختلاف را به این شرح مجاز اعلام کرده یا ارائه کنیم:
  - ظرف مدت 72 ساعت بعد از تصمیم IRO در مورد درخواست‌های استاندارد، یا
  - ظرف مدت 24 ساعت از تاریخ دریافت تصمیم IRO در مورد درخواست‌های سریع.
- اگر IRO به بخش یا تمام درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید، به آن معنی است که آنها موافقت کرده‌اند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) برای پوشش مراقبت پزشکی را تایید کنیم. این «ابقای تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» نامیده می‌شود.
  - اگر پرونده شما منطبق بر الزامات باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید تجدیدنظر را به مرحله بعد ببرید.
  - سه سطح دیگر نیز در فرایند تجدیدنظر بعد از سطح 2، و در مجموع پنج سطح وجود دارد.
  - اگر تجدیدنظر سطح 2 شما رد شود و شما منطبق بر الزامات مربوط به ادامه فرایند تجدیدنظر باشید، باید تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید به سطح 3 بروید و یک تجدیدنظر سوم ارائه کنید. جزئیات مربوط به روش انجام آن در اعلامیه کتبی دریافتی شما در تجدیدنظر سطح 2 موجود است.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## Medicare Medi-Cal Plan یک برنامه OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

○ یک قاضی دادگاه اداری (Administrative Law Judge, ALJ) یا یک قاضی داور تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به بخش J در صفحه 207 مراجعه کنید.

وقتی مشکل شما درباره یک سرویس یا اقلامی است که معمولاً **Medi-Cal** پوشش می‌دهد

### (1) رسیدگی ایالتی

شما می‌توانید در رابطه با سرویس و اقلام تحت پوشش **Medi-Cal** درخواست رسیدگی ایالتی بدهید. اگر پزشک شما یا یک تامین‌کننده دیگر درخواست سرویس یا اقلامی می‌کند که ما تایید نخواهیم کرد، یا به پرداخت بابت آن سرویس یا اقلام که شما قبلاً دریافت می‌کردید، ادامه نخواهیم داد و به تجدیدنظر سطح 1 شما جواب منفی داده باشیم، شما حق دارید درخواست رسیدگی ایالتی کنید.

در بیشتر موارد، شما **120 روز** وقت دارید تا بعد از پست «نامه تصمیم تجدیدنظر» به شما، درخواست رسیدگی ایالتی کنید.

تذکر: اگر شما درخواست رسیدگی ایالتی کنید چون ما به شما اعلام کردیم که سرویسی که در حال حاضر دریافت می‌کنید، تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، چنانچه بخواهید سرویس خود را در زمان رسیدگی ایالتی حفظ کنید، شما فرصت کمتری از نظر تعداد روز برای ارسال درخواست خود دارید. بخش «آیا مزایای من در دوره تجدیدنظر سطح 2 ادامه خواهد یافت» در صفحه 182 را برای اطلاعات بیشتر بخوانید.

دو روش برای درخواست رسیدگی ایالتی وجود دارد:

1. شما می‌توانید «درخواست رسیدگی ایالتی» پشت اعلامیه اقدام را پر کنید. شما باید اطلاعات درخواستی مثل نام کامل، آدرس، شماره تلفن، نام برنامه یا کانتی که علیه شما تصمیم گرفته است، برنامه(های) کمکی مربوطه و علت تفصیلی درخواست رسیدگی را ارائه کنید. سپس شما می‌توانید درخواست خود را به یکی از روش‌های زیر ارسال کنید:

- به اداره رفاه کانتی به آدرس اعلام شده در اعلامیه.
- به اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا:

State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430

- به بخش رسیدگی ایالتی به شماره نمابر 1-916-651-5210 یا 1-916-651-2789.

2. شما می‌توانید با اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر تصمیم به رسیدگی ایالتی از طریق تلفن بگیرید، باید آگاه باشید که شماره تلفن‌ها خیلی مشغول هستند.

اداره رسیدگی ایالتی تصمیم خود را به صورت مکتوب به شما ارائه داده و دلایل را ذکر خواهد کرد.

- اگر اداره رسیدگی ایالتی به بخش یا تمام درخواست سرویس یا اقلام پزشکی، بله بگوید، ما باید سرویس یا اقلام را ظرف مدت **72 ساعت** بعد از تصمیم آنها مجاز اعلام کرده یا ارائه کنیم.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- اگر اداره رسیدگی ایالتی به بخش یا تمام درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید، به آن معنی است که آنها موافقت کرده‌اند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) برای پوشش مراقبت پزشکی را تایید کنیم. این «ابقای تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» نامیده می‌شود.
- اگر تصمیم IRO یا رسیدگی ایالتی برای تمام یا بخشی از درخواست شما، نه باشد، شما حقوق درخواست تجدیدنظر دیگری دارید.
- اگر تجدیدنظر سطح 2 شما به IRO ارسال شده باشد، شما می‌توانید فقط اگر ارزش دلاری سرویس یا ارقام درخواستی منطبق بر یک مبلغ حداقل ویژه باشد، درخواست تجدیدنظر بدهید. یک ALJ یا قاضی داور تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. نامه‌ای که از IRO دریافت می‌کنید، حقوق تجدیدنظر دیگری که ممکن است داشته باشید را توضیح می‌دهد.
- نامه‌ای که از اداره رسیدگی ایالتی دریافت می‌کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را شرح می‌دهد.
- برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق تجدیدنظر خود بعد از سطح 2، به بخش J، در صفحه 207 مراجعه کنید.

### F5. مشکلات پرداخت

- ما به تامین‌کنندگان شبکه خود اجازه نمی‌دهیم که بابت سرویس یا ارقام تحت پوشش برای شما صورتحساب صادر کنند. این حتی زمانی درست است که ما مبلغ کمتری نسبت به آن چه یک تامین‌کننده بابت سرویس یا ارقام تحت پوشش صورتحساب می‌کند، پرداخت کنیم. شما هرگز ملزم به پرداخت مابه تفاوت هیچ صورتحسابی نیستید.
- اگر شما بابت سرویس یا ارقام تحت پوشش صورتحساب دریافت کردید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. شما نباید خودتان صورتحساب را پرداخت کنید. ما مستقیم با تامین‌کننده تماس گرفته و مشکل را پیگیری خواهیم کرد. اگر شما صورتحساب را پرداخت کنید، در صورتی می‌توانید از برنامه درمانی ما آن را مسترد کنید که مقررات دریافت سرویس یا ارقام را رعایت کرده باشید.
- برای اطلاعات بیشتر، به فصل 7 کتابچه راهنمای خود مراجعه کنید. این بخش وضعیت‌هایی را شرح می‌دهد که لازم باشد شما از ما بخواهید هزینه شما را بازپرداخت کنیم یا صورتحسابی را پرداخت کنیم که شما از یک تامین‌کننده دریافت کرده‌اید. همچنین به شما می‌گوید که اوراق تقاضای پرداخت خود را چطور برای ما ارسال کنید.
- اگر شما درخواست بازپرداخت کنید، در واقع درخواست تصمیم پوشش می‌دهید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا سرویس یا ارقامی که شما بابت آنها هزینه پرداخت کرده‌اید، تحت پوشش هستند و آیا همه مقررات استفاده از پوشش ما را رعایت کرده‌اید.
- اگر سرویس یا ارقامی که شما بابت آنها پرداخت انجام دادید، تحت پوشش باشند و شما همه مقررات را رعایت کرده باشید، ما مبلغ خدمات یا ارقام را ظرف مدت 60 روز از تاریخ دریافت درخواست شما برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر شما هنوز بابت سرویس یا ارقام پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ را مستقیم برای تامین‌کننده می‌فرستیم. وقتی ما مبلغ را می‌فرستیم، مثل این است که به درخواست تصمیم پوشش شما، بله بگوییم.
- اگر سرویس یا ارقامی تحت پوشش نباشند یا شما مقررات را رعایت نکرده باشید، ما یک نامه برای شما ارسال کرده و اطلاع خواهیم داد که پرداختی بابت سرویس یا ارقام انجام نمی‌دهیم و علت را توضیح می‌دهیم.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

اگر شما با تصمیم عدم پرداخت ما موافق نباشید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. از فرایند تجدیدنظر تشریح شده در بخش F3 در صفحه 179 پیروی کنید. وقتی از این دستورالعمل‌ها پیروی می‌کنید، توجه داشته باشید:

- اگر شما درخواست تجدیدنظر بابت بازپرداخت به ما بدهید، ما باید پاسخ خود را ظرف مدت 30 روز تقویمی بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارایه کنیم.
  - اگر شما از ما بخواهید که هزینه مراقبت پزشکی دریافتی و پرداختی توسط خودتان را بازپرداخت کنیم، شما نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر فوری کنید.
- اگر ما به تجدیدنظر شما، پاسخ نه بدهیم و Medicare معمولاً سرویس یا اقلام را پوشش دهد، ما پرونده شما را برای IRO ارسال خواهیم کرد. اگر این اتفاق بیفتد، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر IRO تصمیم ما را برگرداند و بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، ما باید مبلغ را ظرف مدت 30 روز تقویمی برای شما یا تامین‌کننده شما ارسال کنیم. اگر پاسخ تجدیدنظر شما در هر مرحله از فرایند تجدیدنظر بعد از سطح 2، بله باشد، ما باید مبلغ را ظرف مدت 60 روز تقویمی برای شما یا تامین‌کننده مراقبت درمانی شما ارسال کنیم.
  - اگر IRO به تجدیدنظر شما، نه بگوید، به این معنی است که آنها موافق هستند که ما نباید درخواست شما را تایید کنیم. این «ابقای تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» نامیده می‌شود. شما یک نامه دریافت خواهید کرد که توضیح می‌دهد چه حقوق تجدیدنظر دیگری ممکن است داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر درباره سطوح دیگر تجدیدنظر به بخش J مراجعه کنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما، نه باشد و Medi-Cal معمولاً سرویس یا اقلام را پوشش دهد، شما می‌توانید شخصاً تجدیدنظر سطح 2 ارایه کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش F4 مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### G. داروهای تجویزی Medicare بخش D

مزایای شما به عنوان یک عضو برنامه درمانی ما شامل پوشش داروهای تجویزی زیادی است. بیشتر اینها داروهای Medicare بخش D هستند. چند دارو وجود دارد که Medicare بخش D پوشش نمی‌دهد که ممکن است Medi-Cal پوشش دهد. این بخش فقط در رابطه با تجدیدنظرهای داروهای Medicare بخش D اعمال می‌شود. ما در بقیه این فصل، هر بار به جای اشاره به «داروهای Medicare بخش D» از لغت «دارو» استفاده می‌کنیم. در رابطه با داروهایی که فقط توسط Medi-Cal پوشش دارند از فرایند بخش E در صفحه 173 پیروی کنید. دارو برای آنکه تحت پوشش قرار گیرد باید برای موارد ضروری از نظر پزشکی استفاده شود. این به آن معنی است که داروهایی که توسط اداره غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) تایید شده‌اند یا پشتیبانی چند منبع پزشکی خاص را دارند. برای اطلاعات بیشتر درباره مصارف موردقبول از نظر پزشکی به فصل 5 کتابچه عضو خود مراجعه کنید.

### G1. تصمیمات و تجدیدنظرهای پوشش Medicare بخش D

در اینجا به چند مثال درباره تصمیم‌های پوششی اشاره می‌شود که شما از ما درخواست کرده‌اید که درباره داروهای Medicare بخش D شما بگیریم:

- شما از ما درخواست تعیین معافیت شامل موارد زیر کردید:
    - یک داروی Medicare بخش D را پوشش دهیم که در فهرست دارویی برنامه درمانی ما نیست یا
    - از یک محدودیت پوشش یک دارو صرفنظر کنیم (مثل محدودیت مقداری که می‌توانید دریافت کنید)
  - شما از ما درخواست می‌کنید که آیا دارو برای شما تحت پوشش است (مثل زمانی که دارو در فهرست دارویی برنامه ما است، اما ما باید قبل از پوشش آن را تایید کنیم)
- تذکره: اگر داروخانه شما به شما بگوید که نسخه شما را طبق نوشته نمی‌تواند بپیچد، داروخانه یک اعلامیه کتبی به شما داده و توضیح می‌دهد که چطور با ما تماس گرفته و درخواست تصمیم پوشش کنید.

تصمیم پوشش اولیه درباره داروهای Medicare بخش D شما «تعیین پوشش» نامیده می‌شود.

- شما از ما می‌خواهید که بابت یک دارو که قبلاً خریداری کردید، هزینه پرداخت کنیم. این درخواست تصمیم پوشش بابت پرداخت محسوب می‌شود.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

اگر شما مخالف تصمیم پوشش ما هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر در تصمیم ما بدهید. این بخش به شما درباره روش درخواست تصمیم پوشش و روش درخواست تجدیدنظر اطلاعات می‌دهد. از جدول زیر برای کمک استفاده کنید.

شما در کدام یک از موقعیت‌های زیر هستید؟			
شما به ما گفتید که ما به شیوه‌ی مدنظر شما، یک دارو را پوشش نداده یا بابت آن پرداخت نکرده‌ایم.	شما می‌خواهید از ما درخواست کنید که هزینه‌ی دارویی که قبل دریافت و پرداخت کرده‌اید را بازپرداخت کنیم.	شما از ما می‌خواهید که دارویی را در فهرست دارویی خود پوشش دهیم و فکر می‌کنید که مقررات برنامه درمانی یا محدودیت‌های (مثل دریافت تاییدیه از قبل) داروی موردنیاز خود را دارید.	شما دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما نیست یا از ما می‌خواهید قانون یا محدودیتی را در رابطه با دارویی که پوشش می‌دهیم، کنار بگذاریم.
شما می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. (این یعنی شما از ما درخواست بررسی مجدد می‌کنید.)	می‌توانید از ما درخواست کنید پول شما را بپردازیم. (این یک نوع تصمیم پوشش است.)	شما می‌توانید از ما درخواست تصمیم پوشش کنید.	شما می‌توانید از ما درخواست معافیت کنید. (این یک نوع تصمیم پوشش است.)
به بخش <b>G5</b> در صفحه 192 مراجعه کنید.	به بخش <b>G4</b> در صفحه 190 مراجعه کنید.	به بخش <b>G4</b> در صفحه 190 مراجعه کنید.	با بخش <b>G2</b> شروع کنید، سپس به بخش <b>G3</b> و <b>G4</b> در صفحه 189 و 190 مراجعه کنید.

### G2. معافیت‌های Medicare بخش D

اگر ما دارویی را به شیوه موردنظر شما پوشش ندهیم، شما می‌توانید از ما درخواست تعیین «معافیت» کنید. اگر ما درخواست شما برای تعیین معافیت را رد کنیم، شما می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید. وقتی از ما درخواست معافیت می‌کنید، پزشک یا تجویزکننده دیگر شما باید دلایل پزشکی علت نیاز به تعیین معافیت را برای ما توضیح دهد.

درخواست پوشش دارویی که در فهرست دارویی نیست یا حذف محدودیت یک دارو، گاهی درخواست «معافیت فرمولری» نامیده می‌شود.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## Medicare Medi-Cal Plan, OneCare (HMO D-SNP) یک برنامه کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

در اینجا به چند مثال در رابطه با معافیت‌هایی اشاره می‌شود که شما یا پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌توانید از ما درخواست کنید:

### 1. پوشش یک دارو که در فهرست دارویی نیست.

- شما نمی‌توانید بابت سهم ثابت دارو درخواست معافیت کنید.

### 2. حذف محدودیت یک داروی تحت پوشش.

- مقررات و محدودیت‌هایی دیگری در رابطه با داروهای خاصی در فهرست دارویی اعمال می‌شوند (برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 کتابچه عضو خود مراجعه کنید).
- مقررات و محدودیت‌هایی دیگر بعضی داروهای خاص شامل:
  - الزام به استفاده از نسخه ژنریک دارو به جای داروهای مارک‌دار.
  - دریافت تاییدیه ما از قبل، پیش از آنکه ما برای پوشش دارو برای شما توافق کنیم. این گاهی «مجوز قبلی» (Prior Authorization, PA) نامیده می‌شود.
  - الزام به آنکه ابتدا قبل از موافقت ما برای پوشش داروی درخواستی شما، یک داروی دیگر امتحان شود. این گاهی «درمان مرحله‌ای» نامیده می‌شود.
  - محدودیت‌های مقدار در بعضی از داروها، محدودیت‌هایی در زمینه میزان دارویی وجود دارد که می‌توانید داشته باشید.

### G3. موضوعات مهمی که باید درباره درخواست معافیت بدانید

پزشک شما یا یک تجویزکننده دیگر باید دلایل پزشکی را به ما بگوید.

پزشک شما یا یک تجویزکننده دیگر باید یک اظهارنامه به ما داده و دلایل پزشکی درخواست معافیت را توضیح دهد. برای اتخاذ سریع‌تر تصمیم، موقع درخواست معافیت، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا دیگر تجویزکننده خود ارایه کنید.

فهرست دارویی ما اغلب شامل بیش از یک دارو جهت درمان یک بیماری خاص است. اینها داروهای «جایگزین» نامیده می‌شوند. اگر یک داروی جایگزین به اندازه داروی درخواستی شما موثر باشد و منجر به عوارض جانبی یا مشکلات سلامت دیگر نشود ما معمولاً درخواست معافیت شما را تایید نمی‌کنیم.

ما به درخواست شما، بله یا خیر خواهیم گفت.

- اگر ما به درخواست معافیت شما، بله بگوییم، معافیت معمولاً تا پایان سال تقویمی باقی می‌ماند. این مادامی برقرار است که پزشک شما به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و دارو همچنان برای درمان بیماری شما ایمن و اثربخش باشد.
- اگر ما به درخواست معافیت شما، نه بگوییم، شما می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر در صورتی که پاسخ ما، نه باشد، به بخش G5 در صفحه 192 مراجعه کنید.

بخش بعد به شما می‌گوید که چطور درخواست تصمیم پوشش کنید که شامل معافیت نیز می‌شود.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### G4. درخواست تصمیم پوشش، شامل معافیت

- از طریق تماس با (TTY 711) 1-877-412-2734، مکاتبه یا ارسال نامبر برای ما، درخواست یک نوع تصمیم پوشش کنید. شما، نماینده شما یا پزشک شما (یا تجویزکننده دیگر) می‌تواند این کار را انجام دهد. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به مطالبه خود را ارائه کنید.
- شما یا پزشک شما (یا تجویزکننده دیگر) یا فردی که از جانب شما اقدام می‌کند، می‌توانید درخواست تصمیم پوشش بدهید. همچنین شما می‌توانید یک وکیل داشته باشید که از جانب شما اقدام کند.
- برای یافتن روش معرفی فردی به عنوان نماینده، خود به بخش E3 در صفحه 174 مراجعه کنید.
- نیاز نیست شما به پزشک یا تجویزکننده دیگر رضایت کتبی بدهید که از جانب شما درخواست تصمیم پوشش کند.
- اگر می‌خواهید از ما درخواست کنید که بابت یک دارو هزینه شما را برگردانیم، به فصل 7 کتابچه عضو خود مراجعه کنید.
- اگر شما درخواست معافیت دارید، «اظهارنامه پشتیبان» را به ما بدهید. اظهارنامه پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک یا تجویزکننده دیگر شما برای درخواست معافیت است.
- پزشک یا تجویزکننده دیگر شما می‌تواند اظهارنامه پشتیبان را برای ما فکس کرده یا پست کند. اگر سلامت شما ایجاب کند، از ما درخواست «تصمیم پوشش فوری» کنید.
- اگر سلامت شما ایجاب کند، از ما درخواست «تصمیم پوشش فوری» کنید.
- ما از «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر آنکه موافقت کنیم که از «مهلت‌های فوری» استفاده کنیم.
- یک تصمیم پوشش استاندارد به این معنی است که ما ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت اظهارنامه شما، تصمیم پوشش را به شما اعلام می‌کنیم.
- یک تصمیم پوشش فوری به این معنی است که ما ظرف مدت 24 ساعت بعد از دریافت اظهارنامه شما، تصمیم پوشش را به شما اعلام می‌کنیم.

یک «تصمیم پوشش فوری»، «تعیین پوشش تسریع شده» نامیده می‌شود.

شما می‌توانید تصمیم پوشش فوری دریافت کنید:

- اگر بابت دارویی است که دریافت نمی‌کنید. اگر از ما درخواست دارید که هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید را بازپرداخت کنیم، مشمول تصمیم پوشش فوری نیستید.
- اگر ما از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامت یا توانایی کارکردی شما به شدت دچار صدمه می‌شود.
- اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگر به ما بگوید که سلامت شما مستلزم تصمیم پوشش فوری است، ما موافقت کرده و آن را برای شما مهیا می‌کنیم. ما یک نامه برای شما ارسال می‌کنیم که موضوع را به شما توضیح می‌دهد.
- اگر شما بدون پشتیبانی پزشک یا تجویزکننده دیگر خود، درخواست تصمیم پوشش فوری کنید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا تصمیم پوشش فوری به شما خواهیم داد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- اگر ما تصمیم بگیریم که وضعیت پزشکی ما منطبق بر الزامات تصمیم پوشش فوری نیست، ما در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
  - ما یک نامه برای شما ارسال می‌کنیم که موضوع را به شما توضیح می‌دهد. همچنین نامه به شما توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید نسبت به تصمیم ما یک شکایت ارایه کنید.
  - شما می‌توانید درخواست شکایت سریع داده و ظرف مدت 24 ساعت پاسخ دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره ارایه شکایت، شامل شکایت‌های فوری، به بخش K، صفحه 210 مراجعه کنید.

### مهلت‌های زمانی تصمیم پوشش فوری

- اگر ما از مهلت‌های سریع استفاده کنیم، باید ظرف مدت 24 ساعت از دریافت درخواست شما به شما پاسخ بدهیم. اگر شما درخواست معافیت کنید، ما ظرف مدت 24 ساعت بعد از دریافت اظهارنامه پشتیبان پزشک شما، به شما پاسخ می‌دهیم. اگر سلامت شما ایجاب کند، ما زودتر به شما پاسخ می‌دهیم.
- اگر ما این مهلت زمانی را رعایت نکنیم، یک درخواست برای فرایند تجدیدنظر سطح 2 جهت بازبینی توسط IRO ارسال خواهیم کرد. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظر سطح 2، به بخش G6 در صفحه 194 مراجعه کنید.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، بله بگوییم، پوشش را ظرف مدت 24 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا اظهارنامه پشتیبان پزشک به شما خواهیم داد.
- اگر به بخشی یا همه درخواست شما، نه بگوییم، یک نامه حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. همچنین نامه روش درخواست تجدیدنظر را به شما توضیح می‌دهد.

### مهلت‌های تصمیم پوشش استاندارد درباره دارویی که دریافت نمی‌کنید

- اگر ما از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، پاسخ خود را ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما، به شما اعلام خواهیم کرد. اگر شما درخواست معافیت کنید، ما ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت اظهارنامه پشتیبان پزشک شما، به شما پاسخ می‌دهیم. اگر سلامت شما ایجاب کند، ما زودتر به شما پاسخ می‌دهیم.
- اگر ما این مهلت زمانی را رعایت نکنیم، یک درخواست برای فرایند تجدیدنظر سطح 2 جهت بازبینی توسط IRO ارسال خواهیم کرد.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، بله بگوییم، پوشش را ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا اظهارنامه پشتیبان پزشک برای معافیت، به شما خواهیم داد.
- اگر به بخشی یا همه درخواست شما، نه بگوییم، یک نامه حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. همچنین نامه به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

### مهلت زمانی تصمیم پوشش استاندارد درباره دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید

- ما باید پاسخ شما را ظرف مدت 14 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست شما اعلام کنیم.
- اگر ما این مهلت زمانی را رعایت نکنیم، یک درخواست برای فرایند تجدیدنظر سطح 2 جهت بازبینی توسط IRO ارسال خواهیم کرد.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، بله بگوییم، ظرف مدت 14 روز تقویمی پول شما را می‌پردازیم.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- اگر به بخشی یا همه درخواست شما، نه بگوییم، یک نامه حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. همچنین نامه به شما می‌گوید که چطور درخواست تجدیدنظر بدهید.

### G5. ارایه تجدیدنظر سطح 1

درخواست تجدیدنظر به برنامه درمانی ما درباره تصمیم‌های پوشش داروهای Medicare بخش D، «تعیین مجدد» توسط برنامه درمانی نامیده می‌شود.

- تجدیدنظر استاندارد یا فوری خود را از طریق تماس با (TTY 711) 1-877-412-2734، مکاتبه یا ارسال نمابر برای ما شروع کنید. شما، نماینده شما یا پزشک شما (یا تجویزکننده دیگر) می‌تواند این کار را انجام دهد. لطفاً نام، اطلاعات تماس، و اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود را برای ما ارسال کنید.
  - شما باید ظرف مدت 60 روز تقویمی از تاریخ روی نامه ارسالی ما درباره تصمیم، باید از ما درخواست تجدیدنظر کنید.
  - اگر شما مهلت زمانی را از دست بدهید و دلیل موجهی برای آن داشته باشید، ما زمان بیشتری برای درخواست تجدیدنظر به شما خواهیم داد. مثال‌های دلیل موجه مواردی مثل ابتلا به بیماری جدی یا ارایه اطلاعات غلط درباره مهلت‌ها از طرف ما است. در زمان درخواست تجدیدنظر، علت تأخیر در درخواست تجدیدنظر خود را شرح دهید.
  - شما حق دارید از ما درخواست یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود کنید. شما و پزشک شما می‌توانید به ما اطلاعاتی در پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود بدهید.
- اگر سلامت شما مستلزم تجدیدنظر فوری است، آن را درخواست کنید.

تجدیدنظر فوری «تعیین مجدد تسریع شده» نامیده می‌شود.

- اگر شما نسبت به یک تصمیم درباره دارویی که دریافت نکرده‌اید، درخواست تجدیدنظر کنید، شما یا پزشک یا تجویزکننده دیگر شما تصمیم خواهید گرفت که آیا به تجدیدنظر فوری نیاز دارید.
  - الزامات تجدیدنظر فوری مشابه تصمیم پوشش فوری هستند. برای اطلاعات بیشتر، به بخش G4، در صفحه 190 مراجعه کنید.
- ما تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ خواهیم داد.
- ما تجدیدنظر شما را بازبینی کرده و یک بررسی دقیق دیگر روی همه اطلاعات مربوط به درخواست پوشش شما انجام خواهیم داد.
  - ما بررسی می‌کنیم که وقتی به درخواست شما، نه گفتیم، همه مقررات را رعایت کردیم.
  - ممکن است ما با شما یا پزشک یا تجویزکننده دیگر شما برای گرفتن اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### مهلت‌های زمانی تجدیدنظر سریع در سطح 1

- اگر ما از مهلت‌های سریع استفاده کنیم، باید پاسخ خود را ظرف مدت **72 ساعت** بعد از درخواست تجدیدنظر شما اعلام کنیم.
  - اگر سلامت شما ایجاب کند، ما زودتر به شما پاسخ می‌دهیم.
  - اگر ما ظرف مدت **72 ساعت** به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست فرایند تجدیدنظر سطح 2 را برای شما ارسال کنیم. سپس IRO آن را بازبینی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره سازمان بازبین و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6**، در صفحه 194 مراجعه کنید.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، **بله** بگوییم، باید پوشش موردتوافق خود را ظرف مدت **72 ساعت** بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارایه کنیم.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، **نه** بگوییم، یک نامه برای شما ارسال کرده و دلایل را توضیح داده و به شما خواهیم گفت که چطور می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید.

### مهلت‌های تجدیدنظر استاندارد در سطح 1

- اگر ما از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید پاسخ خود را ظرف مدت **7 روز تقویمی** بعد از دریافت تجدیدنظر شما در رابطه با دارویی که دریافت نکردید، اعلام کنیم.
- اگر شما دارو را دریافت نکنید و سلامت شما ایجاب کند، تصمیم را زودتر اعلام خواهیم کرد. اگر شما معتقد هستید که سلامت شما این طور ایجاب می‌کند، درخواست تجدیدنظر فوری کنید.
  - اگر ما ظرف مدت **7 روز تقویمی**، تصمیم را به شما اعلام نکنیم، باید درخواست شما را برای سطح 2 فرایند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس IRO آن را بازبینی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره سازمان بازبین و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6**، در صفحه 194 مراجعه کنید.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، **بله** بگوییم:
  - ما باید پوشش موردتوافق خود را به سرعت و منطبق بر نیاز سلامت شما ارایه کنیم که در هر صورت این زمان نباید بیشتر از **7 روز تقویمی** بعد از دریافت تجدیدنظر شما باشد.
  - ما باید مبلغ مربوط به دارویی که شما خریداری کردید را **ظرف مدت 30 روز تقویمی** بعد از دریافت تجدیدنظر **بپردازیم**.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، **نه** بگوییم:
  - ما یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد که دلایل را توضیح داده و به شما می‌گوید که چطور می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.
  - ما باید پاسخ خود درباره بازپرداخت دارویی که خریداری کردید را **ظرف مدت 14 روز تقویمی** بعد از دریافت تجدیدنظر شما اعلام کنیم.
    - اگر ما ظرف مدت **14 روز تقویمی**، تصمیم را به شما اعلام نکنیم، باید درخواست شما را برای سطح 2 فرایند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس IRO آن را بازبینی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره سازمان بازبین و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6**، در صفحه 194 مراجعه کنید.



## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، بله بگوییم، باید ظرف مدت 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست شما، مبلغ را پرداخت کنیم.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، نه بگوییم، یک نامه برای شما ارسال کرده و دلایل را توضیح داده و به شما خواهیم گفت که چطور می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید.

### G6. ارایه تجدیدنظر سطح 2

اگر ما به تجدیدنظر سطح 1 شما، پاسخ نه بدهیم، شما می‌توانید تصمیم ما را قبول کرده یا یک تجدیدنظر دیگر درخواست کنید. اگر شما تصمیم به تجدیدنظر دیگر بگیرید، از فرایند تجدیدنظرهای تجدیدنظر سطح 2 استفاده می‌کنید. وقتی ما به تجدیدنظر اول شما، نه می‌گوییم، **IRO** تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا ما باید تصمیم خود را تغییر دهیم.

نام رسمی «سازمان بازبین مستقل» (IRO) «**نهاده بازبین مستقل**» است که گاهی «**IRE**» نامیده می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما یا پزشک یا تجویزکننده دیگر شما باید کتباً با IRO تماس گرفته و درخواست بازبینی پرونده شما را مطرح کند.

- اگر ما به تجدیدنظر سطح 1 شما، نه بگوییم، نامه‌ی ارسالی ما حاوی دستورالعمل‌هایی درباره روش درخواست تجدیدنظر سطح 2 در IRO خواهد بود. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند که چه کسانی می‌توانند درخواست تجدیدنظر سطح 2 بدهند، چه مهلت‌های زمانی را باید رعایت کنید و چطور با سازمان ارتباط بگیرید.
- وقتی درخواست تجدیدنظر از طریق IRO می‌کنید، ما اطلاعاتی که درباره تجدیدنظر شما داریم را برای سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «فایل پرونده» شما نامیده می‌شود. شما حق داشتن یک نسخه رایگان از فایل پرونده خود را دارید.
- شما حق دارید اطلاعات بیشتری به IRO در حمایت از تجدیدنظر خود بدهید.

IRO تجدیدنظر سطح 2، Medicare بخش D شما را بازبینی کرده و مکث به شما پاسخ می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر درباره IRO، به بخش F4 در صفحه 182 مراجعه کنید.

### مهلت‌های زمانی تجدیدنظر سریع در سطح 2

اگر سلامت شما ایجاب کند، از IRO درخواست تجدیدنظر فوری کنید.

- اگر آنها با تجدیدنظر فوری موافقت کنند، باید ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، به شما پاسخ بدهند.
- اگر آنها به بخشی یا همه درخواست شما، بله بگویند، ما باید پوشش داروی تاییدشده را ظرف مدت 24 ساعت از دریافت تصمیم IRO ارایه کنیم.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

### مهلت‌های تجدیدنظر استاندارد در سطح 2

اگر شما تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 داشته باشید، IRO باید به شما به این شرح پاسخ دهد:

- ظرف مدت 7 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما بابت دارویی که دریافت نمی‌کنید.
- ظرف مدت 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست بازپرداخت دارویی که خریداری کرده‌اید.

اگر IRO تصمیم بگیرد که به بخشی یا همه درخواست شما، بله بگوید:

- ما باید پوشش داروی تاییدشده را ظرف مدت 72 ساعت بعد از تصمیم IRO فراهم کنیم.
- ما باید ظرف 30 روز بعد از دریافت تصمیم IRO، هزینه دارویی که خریداری کردید را بازپرداخت کنیم.
- اگر IRO به تجدیدنظر شما، نه بگوید، به این معنی است که آنها موافق هستند که ما نباید درخواست شما را تایید کنیم. این «ابقای تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» نامیده می‌شود.

اگر IRO به تجدیدنظر سطح 2 شما، نه بگوید، شما حق دارید در صورتی که ارزش دلاری پوشش دارویی مورد درخواست شما منطبق بر حداقل ارزش دلاری باشد، درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی درخواستی شما، کم‌تر از حداقل الزامی باشد، شما نمی‌توانید یک تجدیدنظر دیگر درخواست دهید. در آن صورت، تصمیم تجدیدنظر سطح 2 قطعی است. IRO یک نامه برای شما ارسال کرده و حداقل ارزش دلاری مورد نیاز جهت ادامه از طریق تجدیدنظر سطح 3 را اعلام خواهد کرد.

اگر ارزش دلاری درخواست شما منطبق بر الزامات باشد، شما انتخاب خواهید کرد که آیا قصد دارید به تجدیدنظر ادامه دهید.

- بعد از سطح 2، سه سطح دیگر نیز در فرایند تجدیدنظر وجود دارد.
  - اگر IRO به تجدیدنظر سطح 2 شما، نه بگوید و شما الزامات ادامه فرایند تجدیدنظر را داشته باشید:
    - تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید تجدیدنظر سطح 3 ارایه کنید.
    - به نامه‌ای مراجعه کنید که IRO بعد از تجدیدنظر سطح 2 در رابطه با جزئیات مربوط به نحوه تجدیدنظر سطح 3 برای شما ارسال کرده است.
- یک ALJ یا قاضی داور تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به بخش J، در صفحه 207 مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### H. درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان

وقتی شما در یک بیمارستان پذیرش می‌شوید، حق دارید همه خدمات بیمارستانی تحت پوشش ما که برای تشخیص و درمان بیماری یا مصدومیت شما ضروری هستند را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره پوشش بیمارستانی برنامه درمانی ما، به فصل 4 کتابچه عضو خود مراجعه کنید.

در مدت بستری تحت پوشش در بیمارستان، پزشک شما یا کارکنان بیمارستان با شما درباره روزی که آماده ترک بیمارستان می‌شوید، همکاری می‌کنند. همچنین آنها کمک می‌کنند که برای مراقبت موردنیاز خود بعد از ترک بیمارستان برنامه‌ریزی کنید.

- روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید «تاریخ ترخیص» نامیده می‌شود.
  - پزشک یا کارکنان بیمارستان به شما خواهند گفت که تاریخ ترخیص شما چه زمانی است.
- اگر شما فکر می‌کنید که از شما درخواست شده است خیلی زود بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت بعد از ترک بیمارستان خود هستید، می‌توانید درخواست بستری طولانی‌تر در بیمارستان کنید. این بخش روش درخواست را برای شما توضیح می‌دهد.

### H1. یادگیری درباره حقوق Medicare شما

ظرف دو روز بعد از پذیرش شما در بیمارستان، فردی در بیمارستان مثل پرستار یا مدیر پرونده، یک اعلامیه کتبی به اسم «یک پیام مهم از طرف Medicare درباره حقوق شما» به شما خواهد داد. هر فرد مشمول Medicare یک نسخه از این اعلامیه را در زمان پذیرش در بیمارستان دریافت خواهد کرد.

اگر شما این اعلامیه را دریافت نکردید، آن را از کارکنان بیمارستان درخواست کنید. اگر نیاز به کمک دارید، با خدمات مشتری با شماره‌های زیر این صفحه تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، به صورت 24 ساعت در روز، 7 روز در هفته تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- اعلامیه را به دقت خوانده و اگر متوجه نمی‌شوید، سوال کنید. اعلامیه به شما درباره حقوق‌تان به عنوان بیمار بیمارستان از جمله این حقوق می‌گوید:

- خدمات تحت پوشش Medicare را در مدت و بعد از بستری در بیمارستان خود دریافت کنید. شما حق دارید بدانید که این خدمات چه هستند، چه کسی بابت آنها هزینه پرداخت می‌کند و کجا می‌توانید آنها را دریافت کنید.

- بخشی از تصمیم‌های مربوط به طول مدت بستری در بیمارستان باشید.

- بدانید که کجا باید نگرانی‌هایی خود درباره کیفیت مراقبت در بیمارستان را گزارش کنید.

- اگر فکر می‌کنید که خیلی زود شما را از بیمارستان ترخیص می‌کنند، درخواست تجدیدنظر بدهید.

- اعلامیه را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده و درباره حقوق خود تفهیم شده‌اید.

- شما یا فرد دیگری که از جانب شما اقدام می‌کند می‌تواند اعلامیه را امضا کند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

○ امضا کردن اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضا به این معنی نیست که شما با تاریخ ترخیص اعلامی توسط پزشک یا کارکنان بیمارستان موافق هستید.

- نسخه اعلامیه امضا شده خود را نگه دارید تا در صورت نیاز اطلاعات را داشته باشید.
- اگر اعلامیه را بیش از دو روز بعد از ترک بیمارستان امضا کنید، یک نسخه دیگر قبل از ترخیص دریافت خواهید کرد. می‌توانید این نسخه را دوباره بررسی کنید، از طریق:
  - با خدمات مشتری با شماره‌های زیر این صفحه تماس بگیرید
  - در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
  - از تارنمای [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices) بازدید کنید.

### H2. ارایه تجدیدنظر سطح 1

اگر می‌خواهید ما خدمات بستری در بیمارستان شما را به مدت طولانی‌تری پوشش دهیم، درخواست تجدیدنظر کنید. سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) تجدیدنظر سطح 1 شما را بررسی خواهد کرد تا تصمیم بگیرد که آیا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب شما است.

QIO یک گروه از پزشکان و دیگر متخصصان مراقبت درمانی است که از دولت فدرال پول دریافت می‌کند. این کارشناسان کیفیت را از طرف افراد مشمول Medicare بررسی و به بهبود کمک می‌کنند. آنها عضو برنامه درمانی ما نیستند.

در کالیفرنیا، QIO، شرکت Livanta, LLC است. با آنها با شماره (1-855-887-6668) (TTY 1-877-588-1123) تماس بگیرید. اطلاعات تماس در اعلامیه «یک پیام مهم از طرف Medicare درباره حقوق شما» و در فصل 2 نیز ذکر شده است.

قبل از آنکه بیمارستان را ترک کنید و قبل از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده خود، با QIO تماس بگیرید.

- اگر شما قبل از ترک تماس بگیرید، می‌توانید بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده بدون پرداخت بابت آن در زمان انتظار برای تصمیم QIO درباره تجدیدنظر خود در بیمارستان بمانید.
- اگر شما برای تجدیدنظر تماس نگیرید، و تصمیم به ماندن در بیمارستان بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده خود بگیرید، ممکن است همه هزینه‌های مراقبت در بیمارستان خود بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده را پرداخت کنید.
- اگر مهلت زمانی تماس با QIO برای تجدیدنظر خود را از دست دادید، به جای آن مستقیم به برنامه درمانی ما درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاعات بیشتر درباره ارایه درخواست تجدیدنظر به ما، به بخش G4 در صفحه 190 مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

اگر نیاز دارید درخواست تجدیدنظر کنید. هر زمان اگر سوال دارید یا نیاز به کمک دارید:

- با خدمات مشتری با شماره‌های زیر این صفحه تماس بگیرید.
  - با برنامه مشاوره و وکالت بیمه درمانی (HICAP) با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- درخواست بازبینی فوری کنید. سریع اقدام کرده و با QIO تماس گرفته و درخواست بازبینی فوری در ترخیص از بیمارستان خود کنید.

عبارت حقوقی «بازبینی فوری»، «بازبینی آنی» یا «بازبینی تسریع شده» است

### در بازبینی فوری چه اتفاقی می‌افتد

- بازبین‌ها در QIO از شما یا نماینده شما می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید پوشش باید بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده ادامه یابد. الزامی به ارائه بیانیه کتبی نیست، ولی می‌توانید ارائه کنید.
- بازبین‌ها اطلاعات پزشکی شما را بررسی کرده، با پزشک شما صحبت کرده و اطلاعاتی را مرور می‌کنند که بیمارستان و برنامه ما به آنها داده است.
- تا ظهر روزی که بازبین‌ها به برنامه ما درباره تجدیدنظر شما می‌گویند، شما یک نامه حاوی تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده خود دریافت خواهید کرد. نامه همچنین دلایل مطرح شده توسط پزشک شما، بیمارستان و چرا ما فکر می‌کنیم که تاریخ ترخیص صحیح و از نظر پزشکی منطبق است را شرح می‌دهد.

عبارت حقوقی این توضیح کتبی «اعلامیه تفصیلی ترخیص» است. شما می‌توانید یک نمونه را از طریق تماس با خدمات مشتری با شماره‌های زیر صفحه یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) به صورت 24 ساعت در روز و 7 روز در هفته دریافت کنید. (کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرید.) همچنین شما می‌توانید برای مشاهده یک نمونه اعلامیه به [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices) مراجعه کنید.

- ظرف یک روز کامل بعد از دریافت همه اطلاعات موردنیاز، QIO پاسخ خود به تجدیدنظر شما را اعلام خواهد کرد.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، بله بگوید:
- ما خدمات تحت پوشش بستری در بیمارستان را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشند، ارائه می‌دهیم.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید:
- آنها معتقدند که تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده از نظر پزشکی مناسب است.
  - پوشش ما بابت خدمات بستری در بیمارستان در ظهر روز بعد از اعلام پاسخ تجدیدنظر توسط QIO به شما پایان می‌یابد.
  - ممکن است شما مجبور به پرداخت بابت خدماتی باشید که بعد از ظهر روزی دریافت می‌کنید که QIO پاسخ تجدیدنظر خود را به شما اعلام می‌کند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- اگر QIO تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کند و شما بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده در بیمارستان بمانید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 کنید.

### H3. ارایه تجدیدنظر سطح 2

در تجدیدنظر سطح 2، شما از QIO می‌خواهید یک بررسی دیگر در تصمیم خود در تجدیدنظر سطح 1 انجام دهد. با آنها با شماره (TTY 1-855-887-6668) 1-877-588-1123 تماس بگیرید.

شما باید ظرف مدت 60 روز تقویمی بعد از تاریخی که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما، نه گفت، این بازبینی را درخواست کنید. شما فقط در صورتی می‌توانید این بازبینی را درخواست کنید که بعد از تاریخ پایان مراقبت تحت پوشش خود در بیمارستان بمانید.

بازبینی‌های QIO:

- یک بررسی دقیق دیگر در همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما انجام خواهند داد.
  - تصمیم خود درباره تجدیدنظر سطح 2 را ظرف مدت 14 روز از تاریخ دریافت درخواست بازبینی دوم به شما اعلام می‌کنند.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، بله بگوید:
- ما باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت در بیمارستان از ظهر روز بعد از تاریخ رد نتیجه تجدیدنظر سطح 1 شما توسط QIO را به شما بازپرداخت کنیم.
  - ما خدمات تحت پوشش بستری در بیمارستان را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشند، ارایه می‌دهیم.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید:
- آنها با تصمیم خود مبنی بر تجدیدنظر سطح 1 شما موافق بوده و آن را تغییر نمی‌دهند.
  - آنها یک نامه به شما داده و توضیح خواهند داد که اگر قصد ادامه فرایند تجدیدنظر و تجدیدنظر سطح 3 دارید باید چه کاری انجام دهید.
- یک ALJ یا قاضی داور تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به بخش 4، در صفحه 207 مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



### H4. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 1

مهلت زمانی تماس با QIO برای تجدیدنظر سطح 1 ظرف 60 روز یا قبل از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده شما از بیمارستان است. اگر شما مهلت زمانی تجدیدنظر سطح 1 را از دست بدهید، می‌توانید از «فرایند جایگزین» استفاده کنید.

با خدمات مشتری با شماره‌های موجود در انتهای این صفحه تماس بگیرید و درخواست «بازبینی فوری» تاریخ ترخیص از بیمارستان خود را مطرح کنید.

عبارت حقوقی «بازبینی فوری» یا «تجدیدنظر فوری»، «تجدیدنظر تسریع شده» است.

- ما همه اطلاعات مربوط به بستری شما در بیمارستان را بررسی می‌کنیم.
  - ما بررسی می‌کنیم که تصمیم اول منصفانه و منطبق بر مقررات بوده باشد.
  - ما به جای مهلت‌های زمانی استاندارد، از مهلت‌های سریع استفاده کرده و تصمیم خود را ظرف مدت 72 ساعت از زمان درخواست بررسی سریع توسط شما اعلام خواهیم کرد.
- اگر ما به درخواست تجدیدنظر فوری شما، بله بگوییم:
- ما موافقت می‌کنیم که شما نیاز دارید که بعد از تاریخ ترخیص در بیمارستان بمانید.
  - ما خدمات تحت پوشش بستری در بیمارستان را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشند، ارائه می‌دهیم.
  - ما سهم خود بابت هزینه‌های مراقبت دریافتی شما از تاریخی که اعلام کردیم پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد را خواهیم پرداخت.
- اگر ما به درخواست تجدیدنظر سریع شما، نه بگوییم:
- ما موافقت می‌کنیم که تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.
  - پوشش ما بابت خدمات بستری در بیمارستان در تاریخی که به شما اعلام کردیم خاتمه می‌یابد.
  - ما هیچ سهمی بابت هزینه‌ها بعد از این تاریخ پرداخت نخواهیم کرد.
  - اگر به ماندن در بیمارستان ادامه دهید، ممکن است شما ملزم به پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های دریافتی در بیمارستان بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده شوید.
  - ما درخواست تجدیدنظر شما را به IRO ارسال خواهیم کرد تا اطمینان حاصل کند که ما مقررات را رعایت کرده‌ایم. زمانی که این کار را انجام می‌دهیم، پرونده شما به صورت خودکار به فرایند تجدیدنظر سطح 2 می‌رود.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### H5. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 2

ما اطلاعات مربوط به تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف مدت 24 ساعت از زمانی که به تجدیدنظر سطح 1 شما، نه گفتیم، به IRO ارسال خواهیم کرد. ما این کار را به صورت خودکار انجام می‌دهیم. نیاز نیست شما کاری انجام بدهید. اگر فکر می‌کنید، ما این مهلت زمانی یا مهلت دیگری را رعایت نکرده‌ایم، می‌توانید یک شکایت ارایه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره ارایه درخواست تجدیدنظر به ما، به بخش K در صفحه 210 مراجعه کنید. IRO یک بازبینی سریع در تجدیدنظر شما انجام خواهد داد. آنها یک بررسی دقیق در اطلاعات مربوط به ترخیص شما از بیمارستان انجام داده و معمولاً ظرف مدت 72 ساعت پاسخ خواهند داد. اگر IRO به تجدیدنظر شما، بله بگوید:

- ما سهم خود بابت هزینه‌های مراقبت دریافتی شما از تاریخی که اعلام کردیم پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد را خواهیم پرداخت.
  - ما خدمات تحت پوشش بستری در بیمارستان را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشند، ارایه می‌دهیم. اگر IRO، به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید:
  - آنها موافقت می‌کنند که تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.
  - آنها یک نامه به شما داده و توضیح خواهند داد که اگر قصد ادامه فرایند تجدیدنظر و تجدیدنظر سطح 3 دارید باید چه کاری انجام دهید.
- یک ALJ یا قاضی داور تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به بخش J، در صفحه 207 مراجعه کنید.



### I. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی خاص

این بخش فقط درباره سه نوع سرویسی است که ممکن است شما دریافت کنید:

- خدمات مراقبت سلامت در منزل
  - مراقبت پرستاری تخصصی در یک مرکز پرستاری تخصصی، و
  - مراقبت بازتوانبخشی به صورت سرپایی در یک CORF مورد تایید Medicare. این معمولا به آن معنی است که شما بابت یک بیماری یا سانحه درمان دریافت می‌کنید یا در حال بهبود از یک عمل بزرگ هستید.
- در هر یک از این سه نوع سرویس، شما حق دارید خدمات تحت پوشش را تا زمانی دریافت کنید که پزشک شما معتقد است که به آنها نیاز دارید.
- وقتی ما تصمیم به توقف پوشش این موارد می‌گیریم، ما باید قبل از خاتمه خدمات به شما اطلاع دهیم. وقتی پوشش ما بابت خدمات ادامه می‌یابد، ما پرداخت بابت آنها را متوقف می‌کنیم.
- اگر شما فکر می‌کنید که ما زود در حال خاتمه دادن به پوشش شما هستیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر در تصمیم ما کنید. این بخش روش درخواست تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

### I.1 اعلامیه قبلی پیش از پایان پوشش شما

ما یک اعلامیه کتبی ارسال خواهیم کرد که شما حداقل دو روز قبل از توقف پرداخت بابت مراقبت آن را دریافت خواهید کرد. این «اعلامیه عدم پوشش Medicare» نام دارد. این اعلامیه تاریخی خاتمه پوشش مراقبت شما توسط ما و روش تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

شما یا نماینده شما باید اعلامیه را امضا کنید که نشان می‌دهد آن را دریافت کرده‌اید. امضای اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا به این معنی نیست که با تصمیم ما موافق هستید.

### I.2 رایاه تجدیدنظر سطح 1

اگر فکر می‌کنید که خاتمه پوشش مراقبت درمانی شما زود هنگام بوده است، می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر دهید. این بخش درباره فرایند تجدیدنظر سطح 1 و کارهایی که باید انجام دهید به شما اطلاعات می‌دهد.

- **مهلت‌های زمانی را رعایت کنید.** مهلت‌های زمانی مهم هستند. این مهلت‌های زمانی مربوط به کارهایی که باید انجام دهید را بدانید و آنها را رعایت کنید. برنامه درمانی ما نیز باید مهلت‌های زمانی را رعایت کند. اگر فکر می‌کنید که ما مهلت‌های زمانی را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید یک شکایت رایاه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره رایاه درخواست تجدیدنظر به ما، به بخش **K** در صفحه 210 مراجعه کنید.
- **اگر نیاز دارید درخواست کمک کنید.** هر زمان اگر سوال دارید یا نیاز به کمک دارید:
  - با خدمات مشتری با شماره‌های زیر این صفحه تماس بگیرید.
  - با HICAP با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- با QIO تماس بگیرید.
    - برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره QIO و روش تماس با آنها، به بخش H2 در صفحه 197 یا فصل 2 کتابچه راهنمای خود مراجعه کنید.
    - از آنها بخواهید تجدیدنظر شما را بررسی کرده و تصمیم بگیرند که آیا تصمیم برنامه درمانی شما را تغییر می‌دهند.
  - به سرعت اقدام کنید و درخواست تجدیدنظر «فوری» کنید. از QIO سوال کنید که آیا خاتمه پوشش خدمات پزشکی شما توسط ما از نظر پزشکی مناسب است.
- مهلت زمانی شما برای تماس با این سازمان**
- شما باید تا ظهر روز قبل از تاریخ اجرای «اعلامیه عدم پوشش Medicare» ارسالی توسط ما با QIO تماس بگیرید و تجدیدنظر را شروع کنید.
  - اگر شما مهلت زمانی تماس با QIO را از دست بدهید، می‌توانید مستقیم به ما درخواست تجدیدنظر بدهید. برای دریافت جزئیات مربوط به نحوه انجام آن، به بخش I4 در صفحه 205 مراجعه کنید.

عبارت حقوقی اعلامیه کتبی «اعلامیه عدم پوشش Medicare» است. برای دریافت یک نسخه نمونه، با خدمات مشتری با شماره‌های زیر این صفحه یا با Medicare با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) به صورت 24 ساعت در روز، 7 روز در هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا یک نسخه را آنلاین در [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices)

### در مدت تجدیدنظر فوری چه اتفاقی می‌افتد

- بازبین‌های QIO از شما یا نماینده شما سوال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید که پوشش باید ادامه یابد. الزامی به ارائه بیانیه کتبی بدهید ولی می‌توانید ارایه کنید.
- بازبین‌ها اطلاعات پزشکی شما را بررسی کرده، با پزشک شما صحبت کرده و اطلاعاتی را مرور می‌کنند که برنامه ما به آنها داده است.
- همچنین برنامه درمانی ما یک اعلامیه کتبی برای شما ارسال خواهد کرد که دلایل ما را برای خاتمه پوشش خدمات شما توضیح می‌دهد. شما اعلامیه را تا پایان روزی دریافت خواهید کرد که بازبین‌ها تجدیدنظر شما را به ما اطلاع دهند.

عبارت حقوقی توضیح از طریق اعلامیه «توضیح تفصیلی عدم پوشش» است.

- بازبین‌ها ظرف یک روز کامل بعد از دریافت اطلاعاتی که نیاز دارند، درباره تصمیم خود به شما اطلاع خواهند داد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، بله بگوید:

- ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی ادامه خواهیم داد که از نظر پزشکی ضروری باشد.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید:
- پوشش شما در تاریخی خاتمه می‌یابد که به شما اعلام کردیم.
- ما پرداخت بابت هزینه‌های این مراقبت به شما را در تاریخ اعلامیه خاتمه خواهیم داد.
- اگر شما بعد از تاریخ خاتمه پوشش خود، تصمیم به ادامه مراقبت درمانی در منزل، مرکز مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات CORF بگیرید، هزینه کامل این مراقبت را شخصاً پرداخت خواهید کرد.
- شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید این خدمات ادامه پیدا کنند و درخواست تجدیدنظر سطح 2 بدهید.

### I3. ارایه تجدیدنظر سطح 2

در تجدیدنظر سطح 2، شما از QIO می‌خواهید یک بررسی دیگر در تصمیم خود در تجدیدنظر سطح 1 انجام دهد. با آنها با شماره (877-588-1123 TTY 1-855-887-6668) تماس بگیرید.

شما باید ظرف مدت 60 روز تقویمی بعد از تاریخی که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما، نه گفت، این بازبینی را درخواست کنید. شما فقط در صورتی می‌توانید درخواست این بازبینی را کنید که بعد از تاریخ خاتمه پوشش خود تصمیم به ادامه مراقبت بگیرید.

بازبینی‌های QIO:

- یک بررسی دقیق دیگر در همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما انجام خواهند داد.
- تصمیم خود درباره تجدیدنظر سطح 2 را ظرف مدت 14 روز از تاریخ دریافت درخواست بازبینی دوم به شما اعلام می‌کنند.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، بله بگوید:

- ما هزینه‌های مراقبت دریافتی شما از تاریخی که اعلام کردیم پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد را خواهیم پرداخت.

- ما پوشش را تا زمانی ادامه خواهیم داد که از نظر پزشکی ضروری باشد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید:

- آنها با تصمیم ما مبنی بر خاتمه مراقبت شما موافقت کرده و آن را تغییر نمی‌دهند.
- آنها یک نامه به شما داده و توضیح خواهند داد که اگر قصد ادامه فرایند تجدیدنظر و تجدیدنظر سطح 3 دارید باید چه کاری انجام دهید.

یک ALJ یا قاضی داور تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به بخش J، در صفحه 207 مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### I4. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 1

همانطور که در بخش I2 در صفحه 202 توضیح داده شد، شما باید به سرعت اقدام کرده و برای شروع تجدیدنظر سطح 1 با QIO تماس بگیرید. اگر شما مهلت زمانی را از دست بدهید، می‌توانید از «فرایند جایگزین» استفاده کنید. با خدمات مشتری با شماره‌های موجود در انتهای این صفحه تماس بگیرید و از ما درخواست «بازبینی فوری» کنید.

عبارت حقوقی «بازبینی فوری» یا «تجدیدنظر فوری»، «تجدیدنظر تسریع شده» است.

- ما همه اطلاعات مربوط به پرونده شما را بررسی می‌کنیم.
  - وقتی تاریخ خاتمه پوشش خدمات شما را تعیین می‌کنیم، ما بررسی می‌کنیم که تصمیم اول منصفانه و منطبق بر مقررات بوده باشد.
  - ما به جای مهلت‌های زمانی استاندارد، از مهلت‌های سریع استفاده کرده و تصمیم خود را ظرف مدت 72 ساعت از زمان درخواست بررسی سریع توسط شما اعلام خواهیم کرد.
- اگر ما به درخواست تجدیدنظر فوری شما، بله بگوییم:
- ما موافقت می‌کنیم که شما به مدت طولانی‌تری به خدمات نیاز دارید.
  - ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی ادامه خواهیم داد که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد.
  - ما موافقت می‌کنیم که سهم خود بابت هزینه‌های مراقبت دریافتی شما از تاریخی که اعلام کردیم پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد را پرداخت کنیم.
- اگر ما به درخواست تجدیدنظر سریع شما، نه بگوییم:
- پوشش ما بابت این خدمات در تاریخی خاتمه می‌یابد که به شما اعلام کردیم.
  - ما هیچ سهمی بابت هزینه‌ها بعد از این تاریخ پرداخت نخواهیم کرد.
  - اگر شما بعد از تاریخی که اعلام کردیم پوشش خاتمه پیدا خواهد کرد به دریافت آنها ادامه دهید، شما هزینه کامل این خدمات را پرداخت خواهید کرد.
  - ما درخواست تجدیدنظر شما را به IRO ارسال خواهیم کرد تا اطمینان حاصل کند که ما مقررات را رعایت کرده‌ایم. زمانی که این کار را انجام می‌دهیم، پرونده شما به صورت خودکار به فرایند تجدیدنظر سطح 2 می‌رود.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### 15. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 2

در دوره تجدیدنظر سطح 2:

- ما اطلاعات تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف مدت 24 ساعت از تاریخی که به تجدیدنظر سطح 1 شما، نه گفتیم، برای IRO ارسال خواهیم کرد. ما این کار را به صورت خودکار انجام می‌دهیم. نیاز نیست شما کاری انجام بدهید.
  - اگر فکر می‌کنید، ما این مهلت زمانی یا مهلت زمانی دیگری را رعایت نکرده‌ایم، می‌توانید یک شکایت ارایه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره ارایه درخواست تجدیدنظر به ما، به بخش K در صفحه 210 مراجعه کنید.
  - IRO یک بازبینی سریع در تجدیدنظر شما انجام خواهد داد. آنها یک بررسی دقیق در اطلاعات مربوط به ترخیص شما از بیمارستان انجام داده و معمولاً ظرف مدت 72 ساعت پاسخ خواهند داد.  
اگر IRO به تجدیدنظر شما، بله بگوید:
  - ما سهم خود بابت هزینه‌های مراقبت دریافتی شما از تاریخی که اعلام کردیم پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد را خواهیم پرداخت.
  - ما خدمات تحت پوشش بستری در بیمارستان را تا زمانی ارایه می‌کنیم که از نظر پزشکی ضروری باشند.  
اگر IRO، به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید:
  - آنها با تصمیم ما مبنی بر خاتمه مراقبت شما موافقت کرده و آن را تغییر نمی‌دهند.
  - آنها یک نامه به شما داده و توضیح خواهند داد که اگر قصد ادامه فرایند تجدیدنظر و تجدیدنظر سطح 3 دارید باید چه کاری انجام دهید.
- یک ALJ یا قاضی داور تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به بخش J، در صفحه 207 مراجعه کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

### ل. ادامه تجدیدنظر شما بعد از سطح 2

#### ل1. گام‌های بعدی ویژه خدمات و اقسام Medicare

اگر شما یک تجدیدنظر سطح 1 و یک تجدیدنظر سطح 2 بابت خدمات و اقسام Medicare ارایه دادید و هر دو تجدیدنظر شما رد شد، ممکن است حق سطوح بیشتری از تجدیدنظر داشته باشید.

اگر مبلغ دلاری خدمات یا اقسام Medicare مورد تجدیدنظر شما منطبق بر یک حداقل دلاری ویژه نباشد، شما نمی‌توانید تجدیدنظر را به سطح بعد ببرید. اگر ارزش دلاری به قدر کافی بالا باشد، شما می‌توانید فرایند تجدیدنظر را ادامه دهید. نامه‌ای که از IRO بابت تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که برای تجدیدنظر سطح 3، چه کسی تماس بگیرد و چه کاری انجام دهید.

#### تجدیدنظر سطح 3

سطح 3 این فرایند تجدیدنظر، رسیدگی توسط یک ALJ است. فردی که تصمیم می‌گیرد یک ALJ یا وکیل داور است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل داور به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید، ما حق داریم درباره یک تصمیم سطح 3 که مطلوب شما است، درخواست تجدیدنظر کنیم.

- اگر ما تصمیم به **تجدیدنظر بگیریم**، یک نسخه از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را به همراه اسناد مربوطه برای شما ارسال خواهیم کرد. ممکن است ما قبل از صدور مجوز یا تامین خدمات مورداختلاف، منتظر نتیجه تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.

- اگر ما تصمیم به **تجدیدنظر نگیریم**، باید ظرف مدت 60 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم ALJ یا وکیل داور، مجوز خدمات را ارایه کرده یا آنها را برای شما تامین کنیم.

- اگر ALJ یا وکیل داور به درخواست تجدیدنظر شما، **نه** بگوید، ممکن است فرایند تجدیدنظر خاتمه نیابد.

- اگر شما تصمیم به **قبول** این تصمیم بگرید که تجدیدنظر شما را رد می‌کند، فرایند تجدیدنظر خاتمه می‌یابد.

- اگر شما تصمیم به **عدم قبول** این تصمیم بگیرید که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، می‌توانید به سطح بعدی فرایند تجدیدنظر بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که بعد از تجدیدنظر سطح 4 چه کاری انجام دهید.

#### تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظر Medicare (شورا) تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به تجدیدنظر سطح 4 شما **بله** بگوید یا درخواست بررسی تجدیدنظر سطح 3 ما را به نفع شما رد کند، ما حق داریم درخواست تجدیدنظر سطح 5 بدهیم.

- اگر ما تصمیم به **تجدیدنظر** در تصمیم بگیریم، مراتب را کتبا به شما اطلاع خواهیم داد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- اگر ما تصمیم به تجدیدنظر نگیریم، باید ظرف مدت 60 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم شورا، مجوز خدمات را ارایه کرده یا آنها را برای شما تامین کنیم.
- اگر شورا بگوید نه یا درخواست بررسی ما را رد کند، فرایند تجدیدنظر ممکن است پایان نیابد.
- اگر شما تصمیم به قبول این تصمیم بگرید که تجدیدنظر شما را رد می‌کنم، فرایند تجدیدنظر خاتمه می‌یابد.
- اگر شما تصمیم به عدم قبول این تصمیم بگرید که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، ممکن است بتوانید به سطح بعدی فرایند تجدیدنظر بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

### تجدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه نواحی فدرال درخواست تجدیدنظر و همه اطلاعات را بررسی کرده و تصمیم بله یا نه خواهد گرفت. این تصمیم قطعی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری بعد از دادگاه نواحی فدرال وجود ندارد.

### J2. تجدیدنظرهای دیگر Medi-Cal

اگر تجدیدنظر شما درباره خدمات و اقلامی است که معمولاً Medi-Cal پوشش می‌دهد، شما حقوق تجدیدنظر دیگر نیز دارید. نامه‌ای که از اداره رسیدگی ایالتی دریافت می‌کنید به شما اطلاع خواهد داد که اگر قصد ادامه فرایند را دارید باید چه کاری انجام دهید.

### J3. تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5 در درخواست‌های داروهای Medicare بخش D

این بخش ممکن است در صورتی مناسب شما باشد که درخواست تجدیدنظر سطح 1 و تجدیدنظر سطح 2 داده باشید و هر دو تجدیدنظر رد شده باشد.

اگر ارزش داروهایی که درخواست تجدیدنظر کرده‌اید منطبق بر مبلغ دلاری خاصی باشد، ممکن است بتوانید به سطوح دیگر تجدیدنظر بروید. پاسخ کتبی که در رابطه با تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید توضیح می‌دهد که برای تجدیدنظر سطح 3 با چه کسی تماس بگیرید.

### تجدیدنظر سطح 3

سطح 3 این فرایند تجدیدنظر، رسیدگی توسط یک ALJ است. فردی که تصمیم می‌گیرد یک ALJ یا وکیل داور است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل داور به درخواست تجدیدنظر شما، بله بگوید:

- فرایند تجدیدنظر پایان می‌یابد.
- ما باید اجازه داروهایی که پوشش آنها تایید شده است را ظرف مدت 72 ساعت (یا 24 ساعت در تجدیدنظر سریع) صادر کرده یا تامین کنیم یا ظرف مدت 30 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم پرداخت را انجام دهیم.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- اگر ALJ یا وکیل داور به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید، ممکن است فرایند تجدیدنظر خاتمه نیابد.
- اگر شما تصمیم به قبول این تصمیم بگرید که تجدیدنظر شما را رد می‌کنم، فرایند تجدیدنظر خاتمه می‌یابد.
- اگر شما تصمیم به عدم قبول این تصمیم بگیریید که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، می‌توانید به سطح بعدی فرایند تجدیدنظر بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که بعد از تجدیدنظر سطح 4 چه کاری انجام دهید.

### تجدیدنظر سطح 4

- شورا درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است. اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما، بله بگوید:
- فرایند تجدیدنظر پایان می‌یابد.
- ما باید اجازه داروهای که پوشش آنها تایید شده است را ظرف مدت 72 ساعت (یا 24 ساعت در تجدیدنظر سریع) صادر کرده یا تامین کنیم یا ظرف مدت 30 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم پرداخت را انجام دهیم.

- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید، ممکن است فرایند تجدیدنظر خاتمه نیابد.
- اگر شما تصمیم به قبول این تصمیم بگرید که تجدیدنظر شما را رد می‌کند، فرایند تجدیدنظر خاتمه می‌یابد.
- اگر شما تصمیم به عدم قبول این تصمیم بگیریید که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، ممکن است بتوانید به سطح بعدی فرایند تجدیدنظر بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام بدهید.

### تجدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه نواحی فدرال درخواست تجدیدنظر و همه اطلاعات را بررسی کرده و تصمیم بله یا نه خواهد گرفت. این تصمیم قطعی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری بعد از دادگاه نواحی فدرال وجود ندارد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

### K. چگونه یک شکایت ارائه دهید

#### K1. شکایات باید درباره چه مشکلاتی باشد

فرایند شکایت فقط در بعضی مشکلات خاص مثل مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار، هماهنگی مراقبت و خدمات مشتری استفاده می‌شود. در اینجا به مثال‌هایی در رابطه با انواع مشکلاتی اشاره می‌شود که در فرایند شکایت به آنها رسیدگی می‌شود.

شکایت	مثال
کیفیت مراقبت پزشکی شما	● شما از کیفیت مراقبت خود، مثل مراقبت دریافتی در بیمارستان ناراضی هستید.
احترام به حریم شخصی شما	● شما فکر می‌کنید که فردی به حقوق شما در رابطه با حریم شخصی احترام نگذاشته یا اطلاعات محرمانه مربوط به شما را به اشتراک گذاشته است.
بی‌حرمتی، خدمات مشتری ضعیف، یا دیگر رفتارهای منفی	● یک تامین‌کننده مراقبت درمانی یا کارکنان گستاخ بوده و به شما بی‌احترامی کرده است. ● کارکنان ما با شما ضعیف برخورد کردند. ● شما فکر می‌کنید که شما را از برنامه درمانی ما به اجبار بیرون می‌کنند.
کمک دسترسی و زبانی	● شما نمی‌توانید به صورت فیزیکی به خدمات و مراکز مراقبت درمانی در مطب یک پزشک یا تامین‌کننده دسترسی داشته باشید. ● پزشک یا تامین‌کننده شما مترجم برای یک زبان غیرانگلیسی که شما به آن صحبت می‌کنید، تامین نمی‌کند (مثل زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیولی). ● تامین‌کننده شما تسهیلات معقول دیگر موردنیاز و درخواستی شما را برای شما تامین نمی‌کند.
زمان‌های انتظار	● شما در دریافت نوبت مشکل دارید یا زمان انتظار آن طولانی است. ● پزشکان، داروسازان یا دیگر متخصصان مراقبت سلامت، خدمات مشتری یا سایر کارکنان برنامه درمانی مرتب شما را برای مدت طولانی در حالت انتظار قرار می‌دهند.
نظافت	● شما فکر می‌کنید که کلینیک، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

مثال	شکایت
<ul style="list-style-type: none"><li>• شما فکر می‌کنید که ما اعلامیه یا نامه‌ای که باید دریافت می‌کردید را برای شما ارسال نکرده‌ایم.</li><li>• شما فکر می‌کنید که فهم اطلاعات کتبی که ما برای شما ارسال کردیم بسیار دشوار است.</li></ul>	اطلاعاتی که شما از ما دریافت می‌کنید
<ul style="list-style-type: none"><li>• شما فکر می‌کنید که ما مهلت‌های زمانی خود را در اتخاذ تصمیم پوشش یا پاسخ به درخواست تجدیدنظر شما رعایت نمی‌کنیم.</li><li>• شما فکر می‌کنید که بعد از اتخاذ تصمیم پوشش یا تجدیدنظر به نفع شما، ما مهلت‌های زمانی مربوط به تایید یا ارایه خدمات به شما یا بازپرداخت بعضی خدمات پزشکی خاص را رعایت نکرده‌ایم.</li><li>• شما فکر نمی‌کنید که ما پرونده شما را به موقع برای IRO ارسال کرده باشیم.</li></ul>	بهنگام بودن تصمیم‌های پوشش یا تجدیدنظرها

انواع مختلف شکایت وجود دارد. شما می‌توانید یک شکایت داخلی ارایه دهید و/یا یک شکایت بیرونی ارایه دهید. شکایت داخلی به برنامه درمانی ما ارایه شده و توسط آن بررسی می‌شود. شکایت بیرونی به سازمانی ارایه می‌شود که با برنامه درمانی ما وابستگی ندارد و توسط آن بررسی می‌شود. اگر شما در ارایه شکایت داخلی و/یا بیرونی نیاز به کمک دارید، می‌توانید با خدمات مشتری با شماره (TTY 711) 1-877-412-2734 تماس بگیرید.

عبارت حقوقی «شکایت»، «نارضایتی» است.  
عبارت حقوقی «ارایه شکایت»، «تسلیم نارضایتی» است.

### K2. شکایات داخلی

برای ارایه یک شکایت داخلی، با خدمات مشتری با شماره (TTY 711) 1-877-412-2734 تماس بگیرید. شما هر زمان می‌توانید یک شکایت ارایه دهید، مگر آنکه مربوط به داروهای Medicare بخش D باشد. اگر شکایت درباره داروهای Medicare بخش D است، شما باید ظرف مدت 60 روز تقویمی بعد از مشکلی که می‌خواهید درباره آن شکایت کنید، آن را ارایه دهید.

- اگر کار دیگری نیاز هست که انجام دهید، خدمات مشتری به شما اطلاع خواهد داد.
- همچنین شما می‌توانید شکایت خود را نوشته و آن را برای ما ارسال کنید. اگر شما کتبی شکایت کنید، ما پاسخ شما را به صورت کتبی ارایه خواهیم کرد.
- ما یک نامه ظرف مدت 5 روز تقویمی از تاریخ دریافت شکایت ارسال کرده و به شما اطلاع خواهیم داد که آن را دریافت کرده‌ایم و یک نامه تصمیم ظرف مدت 30 روز از تاریخ دریافت شکایت برای شما ارسال خواهد شد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## OneCare (HMO D-SNP), یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

- اگر به این علت شکایت می‌کنید که درخواست شما برای «یک تصمیم پوشش فوری» یا «تجدیدنظر فوری» رد شده است، ما به صورت خودکار یک «شکایت فوری» به شما داده و ظرف مدت 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد. اگر مشکل فوری دیگری دارید که مشمول خطر فوری یا جدی در رابطه با سلامت شما است، می‌توانید درخواست «شکایت فوری» کنید و ما ظرف مدت 72 ساعت به آن پاسخ خواهیم داد.

### عبارت حقوقی «شکایت سریع»، «نارضایتی تسریع شده» است

در صورت امکان، ما بلافاصله به شما پاسخ خواهیم داد. اگر شما در رابطه با یک شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است ما بتوانیم در همان تماس تلفنی به شما پاسخ بدهیم. اگر وضعیت سلامت شما ایجاب می‌کند که ما سریع جواب بدهیم، ما همین کار را انجام خواهیم داد.

- ما بیشتر شکایات را ظرف مدت 30 روز تقویمی پاسخ خواهیم داد. اگر ما ظرف مدت 30 روز تقویمی تصمیم نگیریم زیرا به اطلاعات بیشتر نیاز داریم، کتا مراتب را به شما اطلاع خواهیم داد. همچنین ما وضعیت و زمان تقریبی دریافت جواب توسط شما را ارایه می‌کنیم.

- اگر به این علت شکایت می‌کنید که ما درخواست شما برای «یک تصمیم پوشش فوری» یا «تجدیدنظر فوری» را رد کرده‌ایم، ما به صورت خودکار یک «شکایت فوری» به شما داده و ظرف مدت 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد.

- اگر به این علت شکایت می‌کنید که ما زمان بیشتری را صرف تصمیم پوشش یا تجدیدنظر کردیم، ما به صورت خودکار یک «شکایت فوری» به شما داده و ظرف مدت 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد.

اگر شما با بعضی یا تمام شکایات شما موافق نباشیم، به شما اطلاع داده و علت را توضیح خواهیم داد. ما پاسخ می‌دهیم که آیا با شکایت موافق هستیم یا نیستیم.

### K3. شکایات‌های بیرونی

#### Medicare

شما می‌توانید درباره شکایات خود به Medicare اطلاع دهید یا آن را برای Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare اینجا در دسترس است: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). نیاز نیست شما قبل از ارایه شکایت به Medicare، شکایت خود را به OneCare ارایه کنید.

Medicare شکایات شما را جدی پنداشته و از این اطلاعات برای کمک به بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده می‌کند.

اگر شما بازخورد یا نگرانی دیگری دارید، یا اگر احساس می‌کنید که برنامه درمانی به مشکلات شما رسیدگی نمی‌کند، همچنین می‌توانید با (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## Medicare Medi-Cal Plan, یک برنامه کتابچه راهنمای اعضای OneCare (HMO D-SNP)

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید؟

### Medi-Cal

شما می‌توانید از طریق تماس با 1-888-452-8609، یک شکایت به بازرسی مراقبت مدیریت شده Medi-Cal اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا (DHCS) ارایه کنید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید. از دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8:00 صبح و 5:00 بعدازظهر تماس بگیرید.

#### دفتر حقوق بشر (Office for Civil Rights, OCR)

اگر فکر می‌کنید که با شما منصفانه برخورد نشده است، می‌توانید یک شکایت به اداره خدمات سلامت و انسانی (Health and Human Services, HHS) OCR ارایه کنید. برای مثال، شما می‌توانید درباره دسترسی معلولیت یا کمک زبانی شکایت ارایه کنید. شماره تلفن 1-800-368-1019، OCR است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید از [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) بازدید کنید.

همچنین می‌توانید با دفتر OCR تماس بگیرید:

- از طریق تلفن: با 1-916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید صحبت کنید یا خوب بشنوید، لطفاً با 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرید.

- کتبی: فرم مربوط به شکایت را پر کرده و به نشانی زیر بفرستید:

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 آدرس [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) موجود هستند.

- به صورت الکترونیکی: ارسال ایمیل به [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

همچنین شما طبق قانون آمریکاییان دارای معلولیت (Americans with Disability Act, ADA) و طبق بخش 1557 قانون مراقبت مقرون به صرفه حقوقی دارید. شما می‌توانید با دفتر حقوق مدنی اداره خدمات بهداشتی و انسانی با شماره (TTY 1-800-537-7697) یا دفتر حقوق بشر محلی تماس بگیرید.

### QIO

وقتی شکایت شما درباره کیفیت مراقبت است، شما دو گزینه دارید:

- شما می‌توانید شکایت مربوط به کیفیت مراقبت خود را مستقیم به QIO ارایه دهید.
- شما می‌توانید شکایت خود را به QIO و برنامه درمانی ما ارایه دهید. اگر شما شکایت خود را به QIO ارایه کنید، ما با آنها در جهت حل شکایت شما همکاری خواهیم کرد.

QIO یک گروه از پزشکان فعال و دیگر متخصصان مراقبت درمانی است که از دولت فدرال برای بررسی و بهبود مراقبت ارایه شده به بیماران Medicare حقوق دریافت می‌کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO، به بخش H2 در صفحه 197 یا فصل 2 کتابچه عضو مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، QIO، شرکت، Livanta, LLC است. شماره تلفن Livanta, LLC، 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668) است.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فصل 10: پایان دادن به عضویت‌تان در طرح ما

### مقدمه

این فصل درباره پایان دادن به عضویت‌تان در طرح ما و گزینه‌های پوشش سلامت‌تان پس از ترک طرح ما توضیح می‌دهد. با این حال، اگر طرح ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal خواهید ماند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

- A. چه زمانی می‌توانید به عضویت‌تان در طرح ما پایان دهید..... 215
- B. چگونگی پایان دادن به عضویت در طرح ما ..... 216
- C. چگونگی دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه ..... 217
  - C1. خدمات Medicare شما ..... 217
  - C2. خدمات Medi-Cal شما ..... 219
- D. خدمات پزشکی و داروهای شما تا پایان عضویت شما در طرح ما ..... 219
- E. حالت‌های دیگری که عضویت‌تان در طرح ما به پایان می‌رسد ..... 220
- F. قوانینی که مانع از لغو عضویت شما در طرح به هر دلیل مرتبط با سلامت می‌شوند ..... 221
- G. حق شما برای طرح شکایت، در صورتی که به عضویت شما در طرح‌مان خاتمه دهیم ..... 221
- H. چگونه اطلاعات بیشتری در مورد پایان عضویت در طرح خود دریافت کنید ..... 221



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## A. چه زمانی می‌توانید به عضویتان در طرح ما پایان دهید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند عضویت خود را طی زمان‌های معینی از سال تغییر دهند. از آنجا که شما Medi-Cal دارید، می‌توانید یک بار در طی هر کدام از دوره‌های ثبت‌نام ویژه، عضویت در طرح ما را خاتمه دهید یا به طرح متفاوتی تغییر دهید:

- ژانویه تا مارس
- آوریل تا ژوئن
- ژوئیه تا سپتامبر

علاوه بر این سه دوره ثبت‌نام ویژه، می‌توانید عضویت خود را در طرح ما هر سال در طی دوره‌های زیر خاتمه دهید:

- **دوره ثبت‌نام سالانه** که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر برقرار است. اگر طرح جدیدی در طی این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در تاریخ 31 دسامبر خاتمه می‌یابد و عضویت شما در طرح جدید از روز 1 ژانویه آغاز می‌شود.
- **دوره ثبت‌نام باز Medicare Advantage (MA)** که از 1 ژانویه تا 31 مارس برقرار است. اگر طرح جدیدی در طی این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید در اولین روز ماه بعد آغاز می‌شود. ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که در طی آن واجد شرایط تغییر در ثبت‌نام خود باشید. برای مثال هنگامی که:

- از محدوده خدماتی ما خارج شده باشید،
  - صلاحیت شما برای Medi-Cal یا «کمک اضافی» (Extra Help) تغییر کرده باشد، یا
  - اخیراً به بیمارستان مراقبت‌های طولانی‌مدت یا آسایشگاه رفته باشید، در حال حاضر در آن مراکز تحت مراقبت باشید، یا تازه از آنها بیرون آمده باشید.
- عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواستان را برای تغییر طرح‌تان دریافت می‌کنیم به پایان می‌رسد. برای مثال، اگر درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما در طرح ما در روز 31 ژانویه به پایان می‌رسد. پوشش جدید شما در روز نخست ماه بعد (1 فوریه، در این مثال) آغاز می‌شود.

اگر از طرح ما خارج شوید، می‌توانید اطلاعات مربوط به موارد زیر را دریافت کنید:

- گزینه‌های Medicare شما در جدول **بخش C1**، در صفحه 217.
  - خدمات و گزینه‌های Medi-Cal شما در **بخش C2**، در صفحه 219.
- می‌توانید با تماس با خدمات مشتریان در شماره پایین این صفحه اطلاعات بیشتری در مورد نحوه پایان عضویت خود دریافت کنید. شماره برای کاربران TTY نیز ذکر شده است.
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
  - بازرس کل مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609 از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر یا ایمیل [MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov).



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



**توجه:** اگر در یک برنامه مدیریت دارو (drug management program , DMP) باشید، ممکن است نتوانید طرح‌ها را تغییر دهید. برای اطلاعات بیشتر درباره برنامه‌های مدیریت دارو به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## B. چگونگی پایان دادن به عضویت در طرح ما

اگر تصمیم به پایان عضویت خود دارید، می‌توانید در طرح Medicare دیگری ثبت نام کنید یا به مدیکر اصلی Original Medicare تغییر دهید. با این حال، اگر می‌خواهید بیمه خود را از طرح ما به Original Medicare تغییر دهید، اما طرح جداگانه‌ای برای داروی نسخه‌ای Medicare انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست کنید که از طرح ما خارج شوید. دو راه وجود دارد که می‌توانید درخواست لغو ثبت نام کنید:

- می‌توانید به صورت کتبی از ما درخواست نمایید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد نحوه انجام این کار، با شماره پایین این صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY (افرادی که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. هنگام تماس با 1-800-MEDICARE می‌توانید در سایر طرح‌های سلامت یا دارویی Medicare نیز نام‌نویسی کنید. اطلاعات دیگر درباره دریافت خدمات Medicare هنگامی که طرح ما را ترک می‌کنید، در نمودار صفحه 217 موجود است.
- بخش C در زیر شامل مراحل است که می‌توانید انجام دهید تا در یک طرح دیگر نام‌نویسی کنید، که این کار نیز به عضویت شما در طرح ما پایان خواهد داد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### C. چگونگی دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، برای دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal چند گزینه پیش رو دارید..

#### C1. خدمات Medicare شما

برای دریافت خدمات Medicare سه گزینه زیر را دارید. با انتخاب هریک از این گزینه‌ها، به‌طور خودکار عضویت خود را در طرح ما خاتمه می‌دهید:

<p><b>1. می‌توانید تغییر بدهید به:</b></p> <p>برنامه درمانی دیگر Medicare از جمله طرحی که پوشش Medicare و Medi-Cal شما را ترکیب می‌کند</p> <p><b>کاری که باید انجام دهید به قرار زیر است:</b></p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای استعمال در زمینه برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (All-Inclusive Care for the Elderly) (PACE) با شماره (7223) (1-855-921-PACE) تماس بگیرید.</p> <p>اگر نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و راهنمایی در بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li></ul> <p>یا</p> <p>در یک طرح جدید Medicare ثبت‌نام کنید. زمانی که پوشش طرح جدید شما شروع شود، بطور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید. عضویت Medi-Cal شما با OneCare ادامه می‌یابد، مگر اینکه از کانتی خود خارج شده باشید.</p>	
---	--



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

<p>کاری که باید انجام دهید به قرار زیر است:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و راهنمایی در بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li></ul> <p>یا</p> <p>در یک طرح جدید داروهای تجویزی Medicare ثبت‌نام کنید.</p> <p>زمانی که پوشش Original Medicare شما آغاز می‌شود، بطور خودکار از طرح ما خارج می‌شوید.</p>	<p>2. می‌توانید تغییر بدهید به:</p> <p><b>Original Medicare</b> با یک طرح داروی تجویزی <b>مجزا Medicare</b></p>
--	---



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

<p>کاری که باید انجام دهید به قرار زیر است:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و راهنمایی در بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li></ul> <p>زمانی که پوشش Original Medicare شما آغاز می شود، بطور خودکار از طرح ما خارج می شوید.</p>	<p>3. می توانید تغییر دهید به:</p> <p><b>Original Medicare بدون یک طرح مجزای Medicare برای داروهای تجویزی</b></p> <p>توجه: اگر به Original Medicare تغییر دهید و در یک طرح مجزای Medicare داروهای تجویزی ثبت نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت نام کند، مگر اینکه به Medicare بگویید که نمی خواهید عضو شوید.</p> <p>فقط زمانی باید از پوشش داروهای تجویزی خارج شوید که دارای پوشش دارویی از منبع دیگری نظیر کارفرما یا اتحادیه باشید. اگر سؤالی درباره نیاز خود به پوشش دارویی دارید، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و راهنمایی در بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</p>
--	--

### C2. خدمات Medi-Cal شما

برای سؤال در مورد نحوه دریافت خدمات Medi-Cal خود پس از خروج از طرح ما، با بخش خدمات مشتری CalOptima Health به شماره 1-714-246-8500 یا با شماره رایگان 1-888-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید.

### D. خدمات پزشکی و داروهای شما تا پایان عضویت شما در طرح ما

اگر از طرح ما خارج شوید، ممکن است تا پایان عضویتتان و آغاز پوشش جدید Medicare و Medi-Cal مدتی طول بکشد. در طول این مدت، شما تا آغاز طرح جدیدتان، همچنان داروهای تجویزی و مراقبت های بهداشتی تان را از طریق طرح ما دریافت می کنید.

- از ارائه دهندگان شبکه ما برای دریافت مراقبت های پزشکی استفاده کنید.
- برای دریافت داروهای تجویزی تان، از داروخانه های شبکه ما استفاده کنید.
- اگر همان روزی که عضویت تان در OneCare به پایان می رسد در بیمارستان بستری شوید، طرح ما بستری شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می دهد. حتی اگر پوشش جدید سلامت شما قبل از ترخیص شروع شود، این اتفاق می افتد.



اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## E. حالت‌های دیگری که عضویتان در طرح ما به پایان می‌رسد

مواقعی که باید به عضویت شما در طرح‌مان پایان دهیم عبارتند از:

- اگر وقفه‌ای در پوشش Medicare Part A و Medicare Part B شما وجود داشته باشد.
  - اگر دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نباشید. طرح ما برای افرادی است که برای هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal واجد شرایط هستند.
  - اگر صلاحیت Medi-Cal را که ایالت کالیفرنیا معین کرده است از دست بدهید، OneCare به مدت شش (6) ماه از تاریخ از دست دادن صلاحیت عضویت در Medi-Cal، مزایای سلامت و داروهای تجویزی شما را پوشش خواهد داد. اگر پس از شش (6) ماه صلاحیت‌تان را دوباره به دست نیاورید، ما ملزم هستیم عضویت شما را لغو کنیم.
  - اگر به خارج از محدوده خدماتی ما نقل مکان کنید.
  - اگر به مدت بیش از شش ماه به خارج از محدوده خدماتی ما نقل مکان کنید
    - اگر نقل مکان کردید یا به یک سفر طولانی رفتید، با خدمات اعضاء تماس بگیرید تا ببینید آیا جایی که به آن نقل مکان یا سفر می‌کنید در محدوده خدماتی طرح ما هست یا نه.
  - اگر به دلیل یک جرم کیفری به زندان بروید.
  - اگر درباره بیمه دیگری که برای داروهای تجویزی‌تان دارید دروغ بگویید یا اطلاعات آن را ارائه نکنید.
  - اگر شهروند ایالات متحده نباشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده اقامت نداشته باشید.
    - برای عضویت در طرح ما، شما باید شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده سکونت داشته باشید.
    - اگر بر مبنای معیار فوق برای ادامه عضویت واجد شرایط نباشید، مراکز خدمات Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) به ما اطلاع می‌دهند.
    - اگر این شرایط را نداشته باشید، ما ملزم هستیم عضویت شما را لغو کنیم.
- تنها هنگامی می‌توانیم به دلایل زیر عضویت شما را در طرح لغو کنیم که نخست اجازه این کار را از Medicare و Medi-Cal دریافت کنیم:
- اگر شما هنگام نام‌نویسی در طرح ما عمداً اطلاعات نادرست به ما بدهید و آن اطلاعات بر صلاحیت شما برای عضویت در طرح ما تأثیر بگذارند.
  - اگر شما به صورت مداوم رفتار مخرب از خود نشان دهید و این امر ارائه مراقبت‌های درمانی به شما و اعضای دیگر طرح‌مان را سخت کند.
  - اگر شما به یک شخص دیگر اجازه دهید از کارت عضویت طرح شما برای دریافت مراقبت‌های درمانی استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را لغو کنیم، Medicare ممکن است از بازرس کل بخواهد وضعیت شما را بررسی کند.)



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

---

### F. قوانینی که مانع از لغو عضویت شما در طرح به هر دلیل مرتبط با سلامت می‌شوند

ما نمی‌توانیم به هر دلیل مرتبط با سلامت شما، از شما بخواهیم طرح ما را ترک کنید. اگر فکر می‌کنید ما بر اساس یک دلیل مرتبط با سلامت از شما خواسته‌ایم از طرح ما خارج شوید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-633-4227 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

---

### G. حق شما برای طرح شکایت، در صورتی که به عضویت شما در طرح‌مان خاتمه دهیم

اگر به عضویت شما در طرح‌مان پایان دهیم، باید دلایل‌مان را برای پایان دادن به عضویت‌تان به صورت کتبی به شما اعلام کنیم. همچنین باید توضیح دهیم که شما چگونه می‌توانید یک شکایت ارائه کنید یا شکایتی را درباره تصمیم ما مبنی بر پایان دادن به عضویت‌تان ثبت کنید. برای اطلاعات مربوط به چگونگی ارائه یک شکایت، می‌توانید به فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضا نیز مراجعه کنید.

---

### H. چگونه اطلاعات بیشتری در مورد پایان عضویت در طرح خود دریافت کنید

اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد پایان عضویت خود داشته باشید، می‌توانید با شماره تلفن پایین این صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## فصل 11: اطلاعاتی‌های حقوقی

### مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی‌های حقوقی است که به عضویت شما در طرح ما مربوط می‌شوند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

223	A. اطلاعاتی‌های مربوط به قوانین.....
223	B. اطلاعاتی‌های عدم تبعیض.....
224	C. اطلاعاتی‌های مربوط به Medicare به عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت.....
224	D. اطلاعاتی‌های در مورد بازیابی دارایی Medi-Cal.....



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

## A. اطلاعاتی مربوط به قوانین

این کتابچه راهنمای اعضا مشمول قوانین بسیاری است. این قوانین ممکن است بر حقوق و وظایف شما تاثیر بگذارند، حتی اگر در این کتابچه راهنمای اعضا گنجانده یا تشریح نشده باشند. قوانین اصلی قابل اعمال عبارتند از قوانین ایالتی و فدرال مربوط به برنامه‌های Medi-Cal و Medicare. قوانین ایالتی و فدرال دیگر نیز ممکن است اعمال شوند.

## B. اطلاعاتی عدم تبعیض

ما به دلیل نژاد، قومیت، منشاء ملی، رنگ، مذهب، جنسیت، سن، گرایش جنسی، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامتی، تجربه ادعایی، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، قابلیت بیمه یا موقعیت جغرافیایی در منطقه خدماتی نسبت به شما تبعیض قائل نمی‌شویم یا ناعادلانه رفتار نمی‌کنیم. به علاوه، ما به دلیل اصل و نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی، به صورت غیرقانونی تبعیض قائل نمی‌شویم، افراد را محروم نمی‌کنیم، یا به صورت ناعادلانه با آنها رفتار نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتر لازم دارید یا نگرانی‌هایی درباره تبعیض یا رفتار ناعادلانه دارید:

- با وزارت بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) مراجعه کنید.

- با وزارت بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY با 711 (خدمات ارتباطات راه دور ویژه ناشنویان) تماس بگیرند. اگر فکر می‌کنید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی در مورد تبعیض مطرح کنید، با هماهنگ‌کننده تبعیض خدمات حل و فصل شکایت و تجدیدنظر به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید. همچنین می‌توانید به 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 مکاتبه کنید یا از وب سایت ما به آدرس [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) دیدن کنید.

همچنین اگر شکایت شما درباره تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید شکایت را در دفتر حقوق مدنی سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی تنظیم کنید؛ این کار را می‌توانید از طریق تماس تلفنی یا ارسال نامه کتبی یا الکترونیکی به آدرس زیر انجام دهید:

- از طریق تلفن: با شماره 1-916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با 711 (سرویس ارتباطات راه دور ویژه ناشنویان) تماس بگیرید.
- با پست: فرم شکایتی پر کنید یا نامه‌ای به این نشانی ارسال کنید:

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

فرم‌های شکایت در آدرس: [www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) در دسترس هستند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



• به صورت الکترونیکی: یک ایمیل به [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

اگر دچار معلولیت هستید و برای دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی یا ارائه‌دهنده به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر شکایتی مثل مشکل در دسترسی به صندلی چرخ‌دار دارید، خدمات مشتریان می‌تواند به شما کمک کند.

## C. اطلاعاتی‌های مربوط به Medicare به عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت

گاهی ابتدا باید شخص دیگری هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌کنیم پرداخت کند. برای مثال، اگر تصادف رانندگی داشته‌اید یا در محل کار آسیب دیده‌اید، بیمه یا غرامت کارگران (Workers Compensation) باید ابتدا هزینه را پردازد.

ما این حق و مسئولیت را داریم که برای خدمات تحت پوشش Medicare که Medicare پرداخت‌کننده اولیه آن نیست، هزینه دریافت کنیم.

ما از قوانین و مقررات ایالتی و فدرال مربوط به مسئولیت حقوقی اشخاص ثالث برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی به اعضا تبعیت می‌کنیم. ما همه اقدامات معقول را انجام خواهیم داد تا اطمینان حاصل کنیم که Medi-Cal آخرین گزینه پرداخت است.

## D. اطلاعاتی‌های در مورد بازیابی دارایی Medi-Cal

برنامه Medi-Cal باید به دنبال بازپرداخت از دارایی‌های مشروط برخی از اعضای متوفی برای مزایای Medi-Cal باشد که در روز تولد 55 سالگی آنها یا پس از آن دریافت می‌شود. بازپرداخت شامل هزینه خدمات و حق بیمه/سرانه مراقبت مدیریت شده برای خدمات تسهیلات پرستاری، خدمات خانگی و اجتماعی، و خدمات مربوط به بیمارستان و داروهای تجویزی دریافت شده در زمانی که عضو بستری در مرکز پرستاری بود یا در حال دریافت خانه و جامعه بود. خدمات مبتنی بر بازپرداخت نمی‌تواند از ارزش دارایی مشروط اعضا تجاوز کند.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به وبسایت بازیابی املاک وزارت مراقبت‌های بهداشتی به نشانی [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov) بروید یا با شماره 1-916-650-0590 تماس بگیرید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

---

## فصل 12: تعریف‌های کلمات مهم

---

### مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات استفاده‌شده در کتابچه راهنمای اعضا همراه با تعریف آنها است. این اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا مرتب شده‌اند. اگر اصطلاحی را که به دنبالش هستید پیدا نمی‌کنید، یا اگر به اطلاعاتی بیش از تعریف داده‌شده نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

---

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



**فعالیت‌های زندگی روزانه (Activities of daily living, ADL):** کارهایی که افراد در یک روز عادی انجام می‌دهند، مانند غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، حمام کردن، یا مسواک زدن دندان‌ها.

قاضی حقوق اداری: قاضی که یک تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند.

**برنامه کمک دارویی ایدز (AIDS drug assistance program, ADAP):** برنامه‌ای که به افراد واجد شرایطی که مبتلا به HIV/AIDS هستند کمک می‌کند تا به داروهای نجات دهنده HIV دسترسی داشته باشند.

**مرکز جراحی سرپایی:** مرکزی که جراحی سرپایی را به بیمارانی که به مراقبت در بیمارستان نیاز ندارند و افرادی که انتظار می‌رود بیش از 24 ساعت به مراقبت نیاز نداشته باشند ارائه می‌کند.

**درخواست تجدیدنظر:** راهی برای شما در اعتراض به اقدام ما، در صورتی که فکر می‌کنید اشتباهی مرتکب شده‌ایم. با ثبت یک درخواست تجدیدنظر، می‌توانید از ما بخواهید یک تصمیم پوشش را عوض کنیم. **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا درباره درخواست‌های تجدیدنظر توضیح می‌دهد، از جمله چگونگی ارائه درخواست تجدیدنظر.

**سلامت رفتاری:** یک اصطلاح جامع برای بهداشت روانی و خدمات مربوط به اختلالات سوءمصرف مواد است.

**داروی برند:** یک داروی تجویزی که از سوی شرکتی که برای نخستین بار دارو را ساخته است تولید و فروخته می‌شود. داروهای برند همان محتویات نوع ژنریک (عمومی) داروها را دارند. داروهای ژنریک معمولاً از سوی سایر شرکت‌های داروسازی ساخته و فروخته می‌شوند.

**طرح مراقبت:** به «طرح مراقبت فردی» مراجعه کنید.

**خدمات اختیاری طرح مراقبت (خدمات CPO):** خدمات جانبی که تحت طرح مراقبت فردی شما (Individualized Care Plan, ICP) اختیاری هستند. این خدمات قرار نیست جایگزین خدمات و پشتیبانی‌های درازمدتی شوند که تحت Medi-Cal مجاز به دریافت آنها هستید.

**تیم مراقبت:** به «تیم مراقبت میان‌رشته‌ای» مراجعه کنید.

**مرحله پوشش بحرانی:** مرحله‌ای در مزایای دارویی Medicare بخش D که در آن طرح ما همه هزینه‌های داروهای شما را تا پایان سال پرداخت می‌کند. این مرحله را زمانی شروع می‌کنید که شما (یا سایر طرف‌های واجد شرایط از طرف شما) \$8,000 برای داروهای تحت پوشش بخش D در طول سال خرج کرده باشید. شما مبلغی پرداخت نمی‌کنید.

**مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** سازمان فدرال مسئول Medicare. **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا نحوه تماس با CMS را شرح می‌دهد.

**خدمات جامعه‌محور بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS):** برنامه خدمات سرپایی کلینیکی که مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، کار درمانی و گفتار درمانی، مراقبت شخصی، آموزش و پشتیبانی ویژه خانواده/پرستار، خدمات تغذیه، حمل و نقل و دیگر خدمات مربوط به اعضای واجد شرایط را که از معیارهای صلاحیتی ذیربط برخوردارند ارائه می‌کند.

**شکایت:** یک بیانیه کتبی یا شفاهی که اعلام می‌کند شما یک مشکل یا نگرانی درباره خدمات یا مراقبت تحت پوشش دارید. این بیانیه شامل هرگونه نگرانی درباره کیفیت خدمات، کیفیت مراقبت‌تان، ارائه‌کنندگان شبکه ما، یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. اصطلاح رسمی برای «شکایت کردن» «تنظیم شکایت» است.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**مرکز توان‌بخشی جامع سرپایی (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF):** مرکزی که عمدتاً خدمات توان‌بخشی را پس از یک بیماری، حادثه، یا عمل جراحی مهم ارائه می‌کند. این مرکز انواع خدمات را ارائه می‌کند، از جمله فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانی، درمان سیستم تنفسی، کار درمانی، گفتار درمانی، و خدمات ارزیابی محیط خانگی.

**تصمیم پوشش:** تصمیمی درباره مزایایی که ما پوشش می‌دهیم. این شامل تصمیماتی درباره داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی است که ما برای خدمات سلامت شما پرداخت می‌کنیم. **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا نحوه درخواست از ما برای تصمیم‌گیری درباره یک پوشش را شرح می‌دهد.

**داروهای تحت پوشش:** اصطلاحی که ما برای اشاره به همه داروهای تحت پوشش طرح‌مان اعم از داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) استفاده می‌کنیم.

**خدمات تحت پوشش:** اصطلاح عمومی که ما برای اشاره به همه خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت مراقبت‌های بهداشتی، لوازم، داروهای تجویزی و بدون نسخه، تجهیزات، و سایر خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد به کار می‌بریم. **آموزش صلاحیت فرهنگی:** آموزشی که دستورالعمل‌های تکمیلی را به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ما ارائه می‌کند تا به آنها کمک شود با شناخت بهتر پیشینه، ارزش‌ها و باورهای شما، خدمات را با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما تطبیق دهند.

**خدمات مشتریان:** واحدی در طرح ما که مسئول پاسخگویی به پرسش‌های شما درباره عضویت، مزایا، شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر شما است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات مشتریان، به **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

**سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی (Department of Health Care Services, DHCS):** اداره ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medicaid را مدیریت می‌کند (Medi-Cal نیز نامیده می‌شود).

**اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (Department of Managed Health Care, DMHC):** اداره ایالتی در کالیفرنیا که مسئول نظارت بر برنامه‌های درمانی است. DMHC در زمینه درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal به افراد کمک می‌کند. DMHC همچنین بررسی‌های مستقل پزشکی (Independent Medical Review, IMR) را انجام می‌دهد.

**لغو عضویت:** فرایند پایان دادن به عضویت شما در طرح ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (با تصمیم خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون تصمیم‌گیری شما) رخ دهد.

**برنامه مدیریت دارو (Drug management program, DMP):** برنامه‌ای که کمک می‌کند اطمینان حاصل شود که اعضا به طور ایمن از داروهای مخدر تجویزی و سایر داروهایی که اغلب مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند، استفاده می‌کنند.

**ردیف‌های دارویی:** گروه‌هایی از داروها در فهرست دارویی ما هستند. داروهای ژنتیک، داروهای برند یا داروهای بدون نسخه (over the counter, OTC) نمونه‌هایی از ردیف‌های دارویی هستند. هر دارویی در فهرست دارویی در یک ردیف قرار دارد.

**طرح نیازهای ویژه با صلاحیت دوگانه (Dual eligible special needs plan, D-SNP):** نوعی برنامه درمانی ویژه افرادی که واجد شرایط هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal هستند. طرح ما یک D-SNP است.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME):** اقلام مشخصی که پزشک شما برای استفاده در خانه‌تان تجویز می‌کند. مثال‌های این اقلام عبارتند از صندلی چرخدار، عصای زیر بغل، سیستم تشک برقی، لوازم دیابت، تخت‌های بیمارستانی تجویز شده توسط یک ارائه‌کننده برای استفاده در خانه، پمپ‌های تزریق درون‌وریدی، دستگاه‌های تولید گفتار، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

**وضعیت اورژانسی:** یک وضعیت اورژانسی پزشکی، هنگامی که شما یا هر شخص دیگر با دانش متوسط سلامت و پزشکی تشخیص دهد شما دارای نشانه‌هایی هستید که برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن اندام بدن، یا از دست دادن یا آسیب جدی به یکی از عملکردهای بدن (و اگر باردار باشید، از دست دادن نوزاد متولد نشده)، رسیدگی فوری پزشکی لازم است. علائم پزشکی ممکن است یک بیماری، آسیب، درد شدید یا یک وضعیت پزشکی باشد که به سرعت در حال بدتر شدن است.

**مراقبت اورژانسی:** خدمات تحت پوشش ارائه‌شده از سوی یک ارائه‌کننده که برای ارائه خدمات اورژانسی آموزش دیده و برای درمان یک وضعیت اورژانسی پزشکی یا سلامت رفتاری لازم هستند.

**استثناء:** دریافت اجازه برای پوشش دارویی که معمولاً در فهرست داروهای تحت پوشش ما نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت‌های معین.

**خدمات مستثنی شده:** خدماتی که مشمول این طرح سلامت نیستند.

**کمک اضافی:** یک برنامه Medicare است که به افرادی با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare بخش D مانند نرخ بیمه، سهم بیمه‌شده و مبالغ پرداخت مشترک را کاهش دهند. «کمک اضافی» را «یارانه افراد کم‌درآمد» یا LIS (Low-Income Subsidy) نیز می‌نامند.

**داروهای جنریک:** یک داروی نسخه‌ای تایید شده از سوی دولت فدرال برای استفاده به جای یک داروی مارک‌دار. ترکیبات داروهای جنریک با داروهای مارک‌دار یکسان است. داروی جنریک معمولاً ارزان‌تر است و عملکرد آن به خوبی داروی مارک‌دار است.

**شکایت:** شکایتی که از ما یا یکی از ارائه‌کنندگان یا داروخانه‌های شبکه ما ارائه می‌کنید. از جمله شکایتی درباره کیفیت مراقبت‌تان یا کیفیت خدمات ارائه‌شده از سوی برنامه درمانی‌تان.

**برنامه مشاوره و وکالت بیمه درمانی**

**(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP):** برنامه‌ای که اطلاعات و

مشاوره رایگان و هدفمند درباره Medicare ارائه می‌کند. **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا نحوه تماس با HICAP را شرح می‌دهد.

**برنامه درمانی:** یک سازمان متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات بلندمدت و سایر ارائه‌کنندگان است. همچنین برای کمک به شما جهت مدیریت تمام ارائه‌دهندگان و خدمات‌تان، از ارائه‌کنندگان مراقبت شخصی بهره می‌گیرد. همه آنها با یکدیگر همکاری می‌کنند تا مراقبت‌های موردنیازتان را ارائه کنند.

**ارزیابی خطر سلامت (Health risk assessment, HRA):** یک بررسی از سابقه پزشکی و وضعیت کنونی شما. این ارزیابی برای آگاهی از سلامت شما و احتمال تغییر آن در آینده به کار می‌رود.

**دستیار سلامت خانگی:** شخصی که خدماتی ارائه می‌کند که نیازی به مهارت‌های یک پرستار یا درمانگر مجاز ندارند، مانند کمک در مراقبت شخصی (مثلاً حمام کردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، یا انجام تمرینات ورزشی تجویز شده). دستیاران سلامت خانگی دارای مجوز پرستاری نیستند و یا درمان ارائه نمی‌کنند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**آسایشگاه:** یک برنامه مراقبت و پشتیبانی برای کمک به افراد دچار بیماری صعب‌العلاج در داشتن زندگی آسوده. پیش‌بینی بیماری صعب‌العلاج به این معنی است که یک فرد از نظر پزشکی به عنوان بیمار صعب‌علاج تأیید شده است، به این معنی که امید به زندگی او 6 ماه یا کمتر است.

- یک فرد عضو که دارای پیش‌بینی بیماری صعب‌العلاج است، حق انتخاب آسایشگاه را دارد.
- یک تیم ویژه آموزش‌دیده از کارشناسان و مراقبان، مراقبت کامل را به شخص ارائه می‌کند، از جمله برای نیازهای فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و معنوی.
- ما ملزم هستیم فهرستی از ارائه‌کنندگان خدمات آسایشگاهی در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهیم.

**صورت‌حساب نادرست/نامناسب:** وضعیتی که در آن یک ارائه‌کننده (مانند یک پزشک یا بیمارستان) مبلغی بیش از مبلغ سهم بیمار را بابت خدمات در صورت‌حساب شما قید می‌کند. اگر صورت‌حسابی دریافت کردید که آن را نمی‌فهمید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

از آنجا که ما همه هزینه‌های خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، شما هیچ مبلغی به‌عنوان سهم بیمار بدهکار نیستید. ارائه‌دهندگان نباید هیچگونه صورت‌حسابی بابت این خدمات برای شما صادر کنند.

**در خدمات پشتیبانی در منزل (In Home Supportive Services, IHSS):** برنامه IHSS به پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک می‌کند تا بتوانید با خیال راحت در منزل خود بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از خانه، مانند خانه‌های سالمندان یا مراکز شبانه‌روزی و مراکز مراقبت است. انواع خدماتی که می‌تواند از طریق IHSS مجاز باشند عبارتند از نظافت منزل، تهیه غذا، خشکشویی، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند مراقبت درخصوص ادرار و مدفوع، حمام کردن، نظافت و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرار ملاقات‌های پزشکی، و نظارت حفاظتی برای افراد دچار مشکل روانی. آژانس‌های خدمات اجتماعی شهرستان، خدمات IHSS را مدیریت می‌کنند.

**بررسی مستقل پزشکی (IMR):** اگر ما درخواست شما را برای خدمات یا درمان پزشکی نپذیریم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر با تصمیم ما موافق نباشید و مشکل‌تان درباره یکی از خدمات Medi-Cal از جمله تجهیزات پزشکی با دوام (DME) و داروها باشد، می‌توانید از اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا درخواست IMR کنید. IMR عبارت است از بررسی وضعیت شما از سوی پزشکی که عضو طرح ما نیست. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا درمان مورد درخواست شما را ارائه کنیم. شما هزینه‌ای برای IMR نمی‌پردازید.

**سازمان بررسی مستقل (Independent review organization, IRO):** یک سازمان مستقل استخدام شده توسط Medicare است که درخواست تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. این نهاد به ما مرتبط نیست و یک سازمان دولتی نیز نمی‌باشد. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیم ما درست است یا باید تصمیم خود را تغییر دهیم. Medicare بر کار این سازمان نظارت دارد. نام رسمی آن **نهاد بررسی مستقل** است.

**برنامه مراقبت فردی (ICP یا طرح مراقبت):** طرحی است برای مشخص کردن خدماتی که دریافت خواهید کرد و چگونگی دریافت آنها. طرح شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت باشد.

**مرحله پوشش اولیه:** مرحله پیش از آنکه مجموع هزینه‌های داروهای Medicare Part D شما به \$5,030 برسد. این شامل مبلغی است که شما پرداخت کرده‌اید، مبلغ پرداختی طرح ما از جانب شما و یارانه افراد کم‌درآمد است. زمانی که اولین نسخه سال خود را دریافت کنید، وارد این مرحله می‌شوید. در این مرحله، ما بخشی از هزینه‌های داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خود را پرداخت می‌کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**بستری:** این اصطلاح هنگامی استفاده می‌شود که شما رسماً در یک بیمارستان برای خدمات پزشکی تخصصی پذیرش می‌شوید. اگر رسماً پذیرش نشوید، حتی اگر شب را در آنجا سپری کنید، باز هم ممکن است به جای یک بیمار بستری به عنوان بیمار سرپایی در نظر گرفته شوید.

**تیم مراقبت میان‌رشته‌ای (ICT یا تیم مراقبت):** یک تیم مراقبت ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاوران یا سایر متخصصان سلامت باشد که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان در آنجا حضور دارند. تیم مراقبت شما همچنین به شما کمک می‌کند تا یک طرح مراقبت ایجاد کنید.

**فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروها):** فهرستی از داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) که ما پوشش می‌دهیم. ما با کمک پزشکان و داروخانه‌ها، داروهای این فهرست را انتخاب می‌کنیم. فهرست داروها قوانینی را که برای دریافت داروهای خود باید رعایت کنید مشخص می‌کند. فهرست داروها بعضاً «دارونامه» (formulary) نیز نامیده می‌شود.

**خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت (Long-Term Services and Supports, LTSS):** خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت به بهبود مشکلات پزشکی درازمدت کمک می‌کند. بسیاری از این خدمات به شما کمک می‌کنند در خانه‌تان بمانید تا مجبور نباشید به یک مرکز پرستاری یا بیمارستان بروید. LTSS تحت پوشش طرح ما شامل خدمات مبتنی بر جامعه، مراکز پرستاری (NF) و پشتیبانی‌های محلی است. برنامه‌های معافیت IHSS و 1915(c) جزء Medi-Cal LTSS هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

**یارانه افراد کم‌درآمد (LIS):** به «کمک اضافی» مراجعه کنید.

**برنامه سفارش پستی:** بعضی از طرح‌ها ممکن است یک برنامه سفارش پستی را ارائه کنند که به شما امکان می‌دهد تا 3 ماه داروهای تجویزی تحت پوشش را مستقیماً در خانه‌تان دریافت کنید. این روش می‌تواند یک راه مقرون‌به‌صرفه و مناسب برای تهیه داروهای نسخه‌هایتان باشد که به صورت مرتب مصرف می‌کنید.

**Medi-Cal:** نام برنامه California Medicaid است. Medi-Cal از سوی ایالت مدیریت می‌شود و حمایت مالی آن بر عهده دولت ایالتی و فدرال است.

- این برنامه به افراد دارای درآمد و منابع پایین کمک می‌کند هزینه‌های خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت و هزینه‌های درمانی را پرداخت کنند.

- این برنامه خدمات جانبی و بعضی داروهای خارج از پوشش Medicare را پوشش می‌دهد.

- برنامه‌های Medicaid در ایالت‌های مختلف متفاوت است ولی اگر شما واجد شرایط هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal باشید، بیشتر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی پوشش داده می‌شوند.

**طرح‌های Medi-Cal:** طرح‌هایی که فقط مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند، مانند خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت، تجهیزات پزشکی و جابه‌جایی. مزایای Medicare جدا هستند.

**Medicaid (یا کمک پزشکی):** برنامه‌ای که توسط دولت فدرال و ایالت اجرا می‌شود که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا بتوانند هزینه خدمات و حمایت‌های طولانی مدت و هزینه‌های پزشکی را پرداخت کنند. Medi-Cal برنامه Medicaid برای ایالت California است.

**دارای ضرورت پزشکی:** به خدمات، لوازم یا داروهایی گفته می‌شود که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک مشکل پزشکی یا حفظ وضعیت فعلی سلامتی‌تان نیاز دارید. این شامل مراقبت‌هایی می‌شود که شما را از رفتن به بیمارستان یا مرکز پرستاری باز می‌دارد. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها با استانداردهای پذیرفته‌شده پزشکی مطابقت دارند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**Medicare:** برنامه بیمه درمانی فدرال ویژه افراد 65 سال به بالا، برخی افراد زیر 65 سال که دچار معلولیت‌های خاصی هستند، و افراد دچار بیماری کلیوی مرحله نهایی (عموماً افراد دارای نارسایی دائمی کلیه که نیازمند دیالیز یا پیوند کلیه هستند). افراد عضو Medicare می‌توانند پوشش سلامت Medicare خود را از طریق Original Medicare یا یک طرح مراقبت‌های هماهنگ دریافت کنند (به «برنامه درمانی» رجوع کنید).

**Medicare Advantage:** یک برنامه Medicare که «C Medicare Part» یا «MA» نیز نامیده می‌شود و طرح‌های MA را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌کند. Medicare به این شرکت‌ها پول می‌دهد تا مزایای Medicare شما را پوشش دهند.

**شورای استیناف Medicare (شورا):** شورایی که درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می‌کند. شورا بخشی از دولت فدرال است.

**خدمات تحت پوشش Medicare:** خدمات تحت پوشش از سوی Medicare Part A و Medicare Part B. همه برنامه‌های درمانی Medicare از جمله طرح ما، باید همه خدمات تحت پوشش Medicare Part A و Medicare Part B را پوشش دهند.

**برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare:** یک برنامه تغییر رفتار بهداشتی ساختاریافته است که آموزش در مورد تغییر رژیم غذایی طولانی مدت، افزایش فعالیت بدنی و استراتژی‌هایی برای غلبه بر چالش‌های کاهش وزن و سبک زندگی سالم ارائه می‌دهد.

**عضو Medicare-Medi-Cal:** شخصی که برای پوشش Medicare و Medi-Cal واجد شرایط است. یک عضو Medicare-Medi-Cal «فرد واجد شرایط دوگانه» نیز نامیده می‌شود.

**بخش A Medicare:** برنامه Medicare که بیشتر خدمات بیمارستان، مرکز پرستاری تخصصی، سلامت خانگی و مراقبت آسایشگاهی را که ضرورت پزشکی دارند پوشش می‌دهد.

**بخش B Medicare:** برنامه Medicare که خدمات (مانند تست‌های آزمایشگاهی، جراحی‌ها، و مراجعه به پزشک) و لوازم (مانند صندلی‌های چرخدار و واکرها) را که برای درمان یک بیماری یا عارضه ضرورت پزشکی دارند پوشش می‌دهد. Medicare بخش B همچنین بسیاری از خدمات پیشگیرانه و غربالگری را پوشش می‌دهد.

**بخش C Medicare:** برنامه Medicare که «Medicare Advantage» یا «MA» نیز نامیده می‌شود و به شرکت‌های خصوصی بیمه سلامت امکان می‌دهد مزایای Medicare را از طریق یک طرح MA ارائه کنند.

**بخش D Medicare:** برنامه مزایای داروهای تجویزی Medicare. این برنامه را به صورت خلاصه «Part D» می‌نامیم. Medicare بخش D داروهای تجویزی سرپایی، واکسنها و برخی لوازم را که خارج از پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B یا Medi-Cal هستند پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D است.

**بخش D Medicare:** داروهای تحت پوشش Medicare بخش D. کنگره به صورت ویژه بعضی گروه‌های دارویی را از پوشش Medicare بخش D مستثنی می‌کند. Medi-Cal ممکن است بعضی از این داروها را پوشش دهد.

**مدیریت دارو درمانی (Medication Therapy Management, MTM):** یک گروه مشخص از خدمات یا گروهی از خدمات که از سوی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله داروخانه‌ها، ارائه می‌شوند تا بهترین نتایج درمان را برای بیماران تضمین کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

**عضو (عضو طرح ما یا عضو طرح):** شخص دارای Medicare و Medi-Cal که برای دریافت خدمات واجد شرایط است، در طرح ما نام‌نویسی کرده، و نام‌نویسی او از سوی مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) ایالت تأیید شده است.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



**کتابچه راهنمای اعضا و اطلاعات مربوط به افشا:** سند حاضر، همراه با فرم نام‌نویسی شما و همه پیوست‌های دیگر، یا الحاقیه‌ها، که پوشش شما، وظایف ما، حقوق شما و وظایف شما را به عنوان عضو طرح ما شرح می‌دهند.

**داروخانه شبکه:** یک داروخانه که می‌پذیرد داروهای نسخه‌ها را برای اعضای طرح ما تأمین کند. ما آنها را «داروخانه‌های شبکه» می‌نامیم، چون موافقت می‌کنند با طرح ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، ما داروهای نسخه‌های شما را تنها زمانی پوشش می‌دهیم که از یکی از داروخانه‌های شبکه‌مان دریافت شوند.

**ارائه‌کننده شبکه:** «ارائه‌کننده» اصطلاح عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که به شما خدمات و مراقبت ارائه می‌کنند به کار می‌بریم. این اصطلاح همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های بهداشت خانگی، درمانگاه‌ها و مکان‌های دیگری است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی، تجهیزات پزشکی و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) را به شما ارائه می‌کنند.

- آنها از سوی Medicare و از سوی ایالت دارای مجوز یا گواهینامه هستند تا خدمات مراقبت‌های بهداشتی را ارائه کنند.

- هنگامی که آن ارائه‌کنندگان موافقت می‌کنند با برنامه درمانی ما همکاری کنند، پرداخت از سوی ما را بپذیرند و مبلغ اضافی از اعضای طرح نگیرند، به آنها «ارائه‌کنندگان شبکه» می‌گوییم.

- در زمانی که عضو طرح ما هستید، باید از ارائه‌کنندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید. ارائه‌کنندگان شبکه «ارائه‌کنندگان طرح» نیز نامیده می‌شوند.

**آسایشگاه یا مرکز پرستاری:** مرکزی است که از افرادی که نمی‌توانند در خانه تحت مراقبت قرار گیرند اما نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند، مراقبت می‌کند.

**دفتر بازرسی:** دفتری در ایالت شما که به وکالت از شما عمل می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی داشته باشید، آنها می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و در فهمیدن اقداماتی که باید انجام دهید به شما کمک کنند. خدمات بازرسی رایگان هستند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در **فصل 2 و 9** از کتابچه راهنمای اعضا بیابید.

**تصمیم سازمانی:** طرح ما، هنگامی که ما یا یکی از ارائه‌کنندگان ما تصمیمی را درباره خدمات تحت پوشش یا مقدار مبلغ پرداختی شما برای خدمات تحت پوشش می‌گیریم، یک تصمیم سازمانی اتخاذ می‌کند. تصمیمات سازمانی «تصمیمات پوشش» نیز نامیده می‌شوند. **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا تصمیمات پوشش را شرح می‌دهد.

**Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare دارای کارانه):** Original Medicare را دولت ارائه می‌کند. در Original Medicare، خدمات با پرداخت مبالغ تعیین‌شده از سوی کنگره به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی پوشش داده می‌شوند.

- می‌توانید از هر پزشک، بیمارستان یا دیگر ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی که Medicare را می‌پذیرد استفاده کنید. Original Medicare دو بخش دارد: Medicare Part A (بیمه بیمارستان) و Medicare Part B (بیمه درمانی).

- Original Medicare در سراسر ایالات متحده در دسترس است.

- اگر نخواهید در طرح ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

**داروخانه خارج از شبکه:** داروخانه‌ای که همکاری با طرح ما را برای هماهنگی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما نپذیرفته است. طرح ما بیشتر داروهایی را که شما از داروخانه‌های خارج از شبکه می‌گیرید پوشش نمی‌دهد، مگر آنکه شرایط ویژه‌ای حاکم باشد.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

ارائه‌کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌کننده یا مرکزی که از سوی طرح ما استخدام نشده، تملک نشده یا اداره نمی‌شود و قراردادی برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما ندارد. **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا به توضیح ارائه‌کنندگان یا مراکز خارج از شبکه می‌پردازد.

**داروهای بدون نسخه (OTC):** داروهای بدون نسخه داروهایی هستند که یک شخص می‌تواند بدون نسخه‌ای از یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی خریداری کند.

**بخش A:** به «Medicare بخش A مراجعه کنید.»

**بخش B:** به «Medicare بخش B مراجعه کنید.»

**بخش C:** به «Medicare بخش C مراجعه کنید.»

**بخش D:** به «Medicare بخش D مراجعه کنید.»

**داروهای بخش D:** به «داروهای Medicare بخش D مراجعه کنید.»

**هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی:** یک شخص اصلی که با شما، با برنامه درمانی، و با ارائه‌کنندگان مراقبت‌های شما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل کند که شما مراقبت مورد نیازتان را دریافت می‌کنید.

**اطلاعات سلامت شخصی (اطلاعات سلامت محافظت‌شده نیز نامیده می‌شود)**

**(Personal health information, PHI):** اطلاعات مربوط به شما و سلامت شما مانند نام، نشانی، شماره بیمه تأمین اجتماعی، مراجعه‌ها به پزشک و سابقه پزشکی. برای اطلاعات بیشتر درباره اینکه ما چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم، از آنها استفاده می‌کنیم و آنها را افشا می‌کنیم، و نیز حقوق شما درباره PHI تان، به اطلاعیه «اقدامات حفظ حریم خصوصی» مراجعه کنید.

**ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه:** پزشک یا ارائه‌کننده دیگر که شما برای بیشتر مشکلات سلامت، نخست به او مراجعه می‌کنید. آنها مطمئن می‌شوند که شما مراقبت مورد نیاز را برای حفظ سلامت خود دریافت می‌کنید.

- آنها همچنین ممکن است درباره مراقبت‌های شما با سایر پزشکان و ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی صحبت کنند و شما را به آنها معرفی نمایند.
- در بسیاری از برنامه‌های درمانی Medicare، شما باید پیش از استفاده از هر ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی دیگر، به ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه‌تان مراجعه کنید.
- برای اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه، به **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

**مجوز قبلی (Prior authorization, PA):** یک تأییدیه که قبل از اینکه بتوانید خدمات یا داروی خاصی را دریافت کنید یا به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه نمایید باید از ما دریافت کنید. اگر ابتدا مجوز قبلی را دریافت نکنید، طرح ما ممکن است خدمات یا دارو را پوشش ندهد.

طرح ما بعضی از خدمات پزشکی شبکه را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان شبکه مجوز قبلی (PA) از ما دریافت کند.

- خدمات تحت پوششی که به PA طرح ما نیاز دارند در **فصل 4** کتابچه راهنمای اعضا شما مشخص شده‌اند.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

طرح ما بعضی داروها را تنها هنگامی پوشش می‌دهد که شما PA از ما دریافت کنید.

• داروهای تحت پوشش که نیازمند PA ما هستند، در فهرست داروهای تحت پوشش مشخص شده‌اند.

برنامه مراقبت جامع سالمندان (**Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE**): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را برای افراد 55 سال به بالا که نیازمند مراقبت بیشتر برای زندگی در خانه هستند پوشش می‌دهد.

**آرتز و پروتز:** لوازم پزشکی تجویز شده از سوی پزشکتان یا سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی که شامل بست‌های بازو، پشت و گردن؛ اندام مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و دستگاه‌های لازم برای تعویض یکی از اندام‌ها یا عملکردهای داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و درمان با تغذیه روده‌ای و وریدی.

**سازمان بهبود کیفیت (Quality improvement organization, QIO):** این سازمان متشکل است از گروهی از پزشکان و سایر کارشناسان مراقبت‌های بهداشتی که در ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اعضای Medicare کمک می‌کنند. دولت فدرال هزینه QIO را می‌پردازد تا بیماران را معاینه کند و مراقبت‌های ارائه‌شده به آنها را بهبود بخشد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO، به **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

**محدودیت‌های تعداد:** محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. ممکن است ما مقدار دارویی را که در هر نسخه پوشش می‌دهیم محدود کنیم.

**ابزار مزایای لحظه‌ای:** یک پورتال یا برنامه رایانه‌ای که در آن ثبت‌نام کنندگان می‌توانند اطلاعات کامل، دقیق، به موقع، از نظر بالینی مناسب، داروهای تحت پوشش خاص ثبت‌نام کننده و اطلاعات مفید را جستجو کنند. این شامل مقادیر اشتراک هزینه، داروهای جایگزینی است که ممکن است برای همان وضعیت سلامتی مانند یک داروی خاص استفاده شود، و محدودیت‌های پوششی (مجوز قبلی، مرحله درمانی، محدودیت‌های کمیت) که برای داروهای جایگزین اعمال می‌شود.

**معرفی (یا ارجاع):** معرفی یعنی تأییدیه ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما یا تأییدیه ما برای استفاده از یک ارائه‌کننده دیگر غیر از PCP شما. اگر نخست تأییدیه را دریافت نکنید، ممکن است خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از برخی متخصصان، مانند متخصصان بهداشت زنان، نیازی به معرفی ندارید. اطلاعات بیشتر درباره معرفی‌ها را می‌توانید در **فصل‌های 3 و 4** از کتابچه راهنمای اعضا بیابید.

**خدمات توان‌بخشی:** درمانی که دریافت می‌کنید تا به شما کمک کند یک بیماری، حادثه یا عمل جراحی مهم را پشت سر بگذارید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات توان‌بخشی، به **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

**خدمات حساس:** خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (Sexually Transmitted Infections, STIs)، اچ‌آی‌وی/ایدز (HIV/AIDS)، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های تأیید کننده جنسیت و خشونت شریک جنسی.

**محدوده خدماتی:** ناحیه جغرافیایی که یک برنامه درمانی پذیرش اعضا را طبق آن انجام می‌دهد، البته اگر عضویت را به محل زندگی افراد مشروط کرده باشد. برای طرح‌هایی که محدودیتی در پزشکان و بیمارستان‌های قابل استفاده برای شما مشخص می‌کند، این محدوده معمولاً جایی است که شما می‌توانید در آن خدمات روتین (غیر اورژانسی) دریافت کنید. فقط کسانی که در محدوده خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند در طرح ما ثبت‌نام کنند.

**سهام هزینه:** بخشی از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شما که ممکن است لازم شود هر ماه پیش از آغاز اعتبار مزایایتان پرداخت کنید. مقدار سهم هزینه شما، بسته به درآمد و منابع‌تان، متغیر است.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

**مرکز پرستاری تخصصی (Skilled nursing facility, SNF):** یک مرکز پرستاری با کارکنان و تجهیزات برای ارائه مراقبت‌های پرستاری تخصصی و، در بسیاری از موارد، خدمات توانبخشی تخصصی و سایر خدمات زیربط در حوزه سلامت.

**مراقبت‌های مرکز پرستاری تخصصی (SNF):** مراقبت‌های پرستاری تخصصی و خدمات توانبخشی ارائه شده به صورت مستمر و روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. نمونه‌هایی از مراقبت‌های مرکز پرستاری تخصصی عبارتند از فیزیوتراپی یا تزریق‌های درون‌وریدی (IV) که یک پرستار رسمی یا پزشک می‌تواند ارائه کند. متخصص: پزشکی که مراقبت‌های بهداشتی را برای یک بیماری مشخص یا بخشی از بدن ارائه می‌کند.

**داروخانه تخصصی:** برای اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های تخصصی، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

**جلسه رسیدگی ایالتی:** اگر پزشک شما یا ارائه‌کننده‌ای دیگر یکی از خدمات Medi-Cal را درخواست کند که ما تأیید نکنیم، یا ما هزینه خدمات Medi-Cal را که از قبل دریافت می‌کردید دیگر پرداخت نکنیم، می‌توانید درخواست جلسه رسیدگی ایالتی کنید. اگر نتیجه جلسه رسیدگی ایالتی به نفع شما باشد، ما باید خدمات درخواستی شما را ارائه کنیم. **درمان مرحله‌ای:** یک قانون پوشش که شما را ملزم می‌سازد پیش از این که ما داروی درخواستی‌تان را پوشش دهیم، داروی دیگری را امتحان کنید.

**درآمد تکمیلی تأمین اجتماعی (Supplemental Security Income, SSI):** نوعی مزایای ماهانه که بیمه تأمین اجتماعی به افرادی با درآمد و منابع محدود پرداخت می‌کند که معلول، نابینا یا 65 سال به بالا هستند. مزایای SSI با مزایای بیمه تأمین اجتماعی یکسان نیست.

**مراقبت‌های فوری موردنیاز:** مراقبتی که شما برای یک بیماری ناگهانی، جراحی یا عارضه‌ای که اورژانسی نیست ولی نیازمند مراقبت‌های فوری است دریافت می‌کنید. هنگامی که ارائه‌کنندگان شبکه در دسترس نیستند یا شما نمی‌توانید به آنها دسترسی پیدا کنید، مراقبت‌های فوری لازم را می‌توانید از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید.



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.

### خدمات مشتریان OneCare

<b>1-877-412-2734</b>	<b>تماس بگیرید</b>
در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس با این شماره رایگان است. خدمات مشتریان همچنین دارای خدمات مترجم رایگان برای افراد غیر انگلیسی‌زبان است.	
<b>711</b>	<b>TTY</b>
این شماره نیاز به تجهیزات تلفنی مخصوص دارد و فقط برای افرادی است که دچار مشکلات شنوایی و گفتاری هستند. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس با این شماره رایگان است.	
<b>1-714-246-8711</b>	<b>فکس</b>
خدمات مشتری OneCare 505 City Parkway West Orange, CA 92868 OneCarecustomerservice@caloptima.org	<b>آدرس پستی</b>
<b>www.caloptima.org/OneCare</b>	<b>وبسایت</b>



اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته با OneCare از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



CalOptima Health, A Public Agency  
505 City Parkway West, Orange, CA 92868  
[caloptima.org/OneCare](http://caloptima.org/OneCare)

در صورتی که پرسشهایی دارید و یا برای دریافت خدمات بهداشتی خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با دفتر خدمات مشتریان CalOptima Health's OneCare از طریق شماره تلفن رایگان **1-877-412-2734**، طی 24 ساعت شبانه روز، در 7 روز هفته تماس بگیرید. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند. کاربران خط TTY می توانند با شماره **711** تماس بگیرند. همچنین می توانید از وبسایت ما به آدرس [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) دیدن کنید.