2020

کتابچه راهنمای اعضا

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

OneCare Connect
CalOptima
A Public Agency
Better. Together.

H8016_20MM001TF

برنامه OneCare Connect Cal MediConnect
برنامه مدیکر-مدیکید (Medicare-Medicaid)
کتابچه راهنمای اعضاء

1 ژانویه 2020 – 31 دسامبر 2020

مراقبت های درمانی و داروئی شما تحت پوشش OneCare Connect

مقدمه کتابچه راهنمای اعضا

این کتابچه در مورد پوشش شما تحت OneCare Connect تا 31 دسامبر 2020 اطلاعاتی می دهد. جزئیات خدمات مراقبت های درمانی، سلامت رفتاری (سلامت روانی و اختلال سوءمصرف مواد)، پوشش داروهای نسخه ای، و خدمات و حمایت های بلندمدت در این کتابچه راهنما شرح داده می شوند. خدمات و حمایت های بلندمدت به شما کمک می کنند تا بجای رفتن به آسایشگاه ها یا بیمارستان ها در منزل خود بمانید. خدمات و حمایت های بلندمدت شامل خدمات محلی مخصوص بزرگسالان (CBAS - Community-Based Adult Services)، برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP - Multipurpose Senior Services Program) و مراکز پرستاری (NF - Nursing Facilities) می باشند. واژگان کلیدی و توضیحات آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل پایانی کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

این یک نوشتار حقوقی مهم است. لطفاً آنرا در مکانی مطمئن نگهداری کنید.

برنامه Cal MediConnect توسط CalOptima ارائه می شود . هنگامیکه این کتابچه راهنمای اعضاء به "ما" اشاره می کند، منظور CalOptima می باشد. هرگاه به "برنامه" یا "برنامه ما" اشاره می کند، منظور OneCare Connect است.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

ATENCIÓN: Si habla un idioma distinto al inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

CHÚ Ý: Nếu quý vị không nói tiếng Anh, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin gọi số **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

توجه: اگر به زبانی غیر از انگلیسی صحبت میکنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره تلفن **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید.

참고: 영어가 아닌 다른 언어를 사용하시면, 무료 언어 도움을 사용하실 수 있습니다. 전화번호 **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)로 전화하십시오.

注意：如果您講英語以外的語言，您可以免費獲得語言協助服務。請致電 **1-855-705-8823**（TTY：**1-800-735-2929**）。

تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوفرة لك. اتصل على الرقم **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

لطفاً در صورت داشتن هرگونه سؤال، درطی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره **1-855-705-8823**با OneCare Connect تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929تماس حاصل نمایند. این تماس رایگان می باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر به** وب سایت **www.caloptima.org/onecareconnect** مراجعه نمائید.

H8016_20MM001TF

شما می توانید این اطلاعات را به رایگان به سایر فرمت ها، از قبیل چاپ درشت، خط بریل و یا بصورت صوتی دریافت کنید. با بخش خدمات اعضای OneCare Connect طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

شما می توانید درخواست دائمی برای دریافت این مطالب به زبانهای آستانه ای یا فرمتهای دیگر ارائه نمایید.

- زبانهای آستانه ای ترجیحی، اسپانیایی ،ویتنامی،فارسی،کره ای،عربی یا چینی میباشند.
- فرمتهای دیگرچاپ درشت، خط بریل یا صوتی ،هستند.
- درخواست دائمی شما برای ارسال اطلاعات و مکاتبات در آینده، در سیستم ما محفوظ خواهد ماند.
- به منظور ایجاد هرگونه تغییر در درخواست دائمی با شماره **1-855-705-8823**، طی 24 ساعت شبانه روز، در 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران خط TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

اعلامیه های سلب مسئولیت

- ❖ OneCare Connect Cal MediConnect یک برنامه خدمات درمانی است که با مدیکر و مدیک اید قرارداد دارد تا مزایای هر دو برنامه را در اختیار اعضاء قرار دهد. این برنامه برای اعضا ایست که دارای Medicare و Medi-Cal هستند.
- ❖ پوشش تحت برنامه OneCare Connect یک پوشش درمانی تحت عنوان "حداقل پوشش ضروری" است (MEC). این برنامه الزامات حمایت از بیمار و نیاز فردی مسئولیت مشترک تحت ((Affordable Care Act's (ACA), قانون مراقبت مقرون به صرفه را ارضاع میکند. لطفاً برای دریافت اطلاعات بیشتردر مورد الزامات فردی مسئولیت مشترک برای MEC به وبسایت خدمات دارایی داخلی (IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families مراجعه نمایید.
- ❖ برنامه OneCare Connect طبق قوانین حقوق مدنی دولت، هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت قائل نمیشود. لطفاً با خدمات مشتریان توسط شماره **1-855-705-8823** طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران خط TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس بگیرند.

فهرست مطالب

فهرست مطالب

بخش 1: شروع کار برای اعضاء 4
فصل 2 : شماره تلفنها و منابع مهم 13
فصل 3: استفاده از پوشش برنامه درمانی برای مراقبت درمانی و سایر خدمات تحت پوشش شما 26
فصل 4: جدول مزایا 43
فصل 5: گرفتن نسخه های سرپایی با استفاده از برنامه 89
فصل 6: چه مبلغی را برای داروهای مدیکر و مدیکل خود پرداخت میکنید 103
فصل 7: درخواست برای پرداخت سهم ما از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده اید 112
فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما 117
فصل 9: اگر مشکلی یا شکایتی دارید چکار کنید (تصمیمات، درخواست تجدید نظر و شکایات مربوط به پوشش) 131
فصل 10: خاتمه عضویت شما در برنامه Cal MediConnect 177
فصل 11: اعلامیه های قانونی 185
فصل 12: تعریف واژه های مهم 187

بخش 1: شروع کار برای اعضاء

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی در مورد برنامه OneCare Connect که برنامه سلامتی برای پوشش تمام خدمات مدیکر و مدیکل است و شما عضو آن هستید, می‌باشد. همچنین به شما میگوید که باید چه انتظاراتی داشته باشید و چه اطلاعات دیگری در مورد OneCare Connect خواهید گرفت. واژگان کلیدی و توضیحات آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل پایانی کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. به OneCare Connect خوش آمدید 5
B. اطلاعات در موردمدیکر و مدیکل 5
B1. مدیکر 5
B2. مدیکل 5
C. این برنامه چه مزایایی خواهد داشت؟ 6
D. حوزه خدمات رسانی OneCare Connect 6
E. شرایط عضویت در برنامه چیست؟ 7
F. در ابتدای عضویت در یک برنامه خدمات درمانی چه انتظاری داشته باشیم؟ 7
G. منظور از گروه مراقبتی و برنامه مراقبتی چیست؟ 8
G1. گروه مراقبتی 8
G2. برنامه مراقبتی 8
H. حق بیمه ماهیانه OneCare Connect 9
I. درباره کتابچه راهنمای اعضاء 9
J. اطلاعات دیگری که از طرف ما دریافت خواهید کرد. 9
J1. کارت شناسائی OneCare Connect شما 9
J2. فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها 10
J3. فهرست داروهای تحت پوشش 11
J4. **شرح مزایا** 11
K. چگونه میتوانید سوابق عضویت خود را به روز نگاه دارید؟ 12
K1. اطلاعات درمانی شخصی شما (PHI) 12

لطفاً در صورت داشتن هرگونه سؤال، درطی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره **1-855-705-8823** با OneCare Connect تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** **تماس حاصل نمایند. این تماس رایگان می باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر به** وب سایت **www.caloptima.org/onecareconnect** مراجعه نمائید.

فصل 1: شروع کار برای اعضاء

A. به OneCare Connect خوش آمدید

OneCare Connect، یک برنامه Cal MediConnect می باشد. برنامه Cal MediConnect سازمانی می باشد که از پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه کنندگان خدمات و حمایت های بلند مدت، ارائه کنندگان بهداشت رفتاری و سایر ارائه کنندگان تشکیل شده است. این برنامه همچنین برای کمک به شما در مدیریت کلیه ارائه کنندگان و خدمات خود از کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی و گروه های مراقبتی بهره می گیرد. این اشخاص با همکاری با یکدیگر مراقبت مورد نیاز شما را فراهم می کنند.

OneCare Connect به عنوان بخشی از Cal MediConnect برای ارائه خدمات به شما مورد تأیید دولت کالیفرنیا و مراکز خدمات مدیکر و مدیک اید (CMS) قرار گرفته است.

Cal MediConnect یک برنامه آزمایشی است که روند آن تحت نظارت و بررسی ایالت کالیفرنیا و دولت فدرال قرار دارد تا مراقبت های بهتری به افراد دارای مدیکر و مدیک اید ارائه گردد. ایالت و دولت فدرال با این برنامه آزمایشی می خواهند شیوه های جدید بهبود نحوه دریافت خدمات مدیکر و مدیکل (مدیک اید) توسط شما را به بوته آزمون بگذارند.

B. اطلاعات در موردمدیکر و مدیکل

B1. مدیکر

مدیکربیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر می باشد:

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

B2. مدیکل

مدیکل نام برنامه مدیک اید در کالیفرنیا است. مدیکل توسط ایالت اداره شده و هزینه آن توسط ایالت و دولت فدرال تأمین می گردد. مدیکل به افرادی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می کند تا هزینه خدمات وپشتیبانی های بلندمدت (LTSS) ومخارج پزشکی خود را پرداخت کنند. همچنین خدمات اضافی و داروهائی که توسط مدیکر پوشش داده نمی شود را تحت پوشش قرار می دهد.

هر ایالت تصمیم می‌گیرد:

- چه چیزی به عنوان در آمد و دارائی محسوب میشود.
- چه کسی حائز شرایط است.
- چه خدمتی تحت پوشش قرار میگیرند.
- هزینهٔ خدمات

تا زمانی که قوانین فدرال رعایت شوند، هر ایالتی میتواند تصمیم بگیرد که چگونه برنامه های خود را اداره کند.

مدیکر و دولت کالیفرنیا OneCare Connect را تأیید نموده اند. شما در شرایط زیر می توانید خدمات مدیکر و مدیکل را از برنامه ما دریافت کنید:

- ما تصمیم به ارائه برنامه گرفته باشیم، و
- مدیکر و دولت کالیفرنیا به ما اجازه ارائه این برنامه را بدهند

حتی اگر اجرای برنامه ما در آینده متوقف شود، تأثیری بر صلاحیت شما جهت دریافت خدمات مدیکر و مدیکل نخواهد داشت.

C. این برنامه چه مزایایی خواهد داشت؟

شما اینک تمام خدمات تحت پوشش مدیکر و مدیکل خود را به انضمام داروهای نسخه ای از برنامه OneCare Connect دریافت خواهید کرد. **برای عضویت در این برنامه درمانی نباید هزینه اضافی پرداخت کنید.**

برنامه OneCare Connect کمک خواهد کرد تا تأثیر و سودمندی مزایای مدیکر و مدیکل با هم وبرای شما بیشتر باشد. به برخی از مزیت های این کارشامل:

- شما قادر خواهید بود که با یک برنامهٔ درمانی برای تمام نیازهای بیمهٔ درمانی کار کنید.
- شما یک گروه مراقبتی خواهید داشت که خودتان در تشکیل آن کمک خواهید کرد. گروه مراقبتی شما می تواند از شما، مراقبت کننده شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران و یا سایر کارشناسان بهداشتی و درمانی تشکیل شده باشد.
- شما به یک کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی دسترسی خواهید داشت. وی شخصی می باشد که با شما، OneCare Connect و گروه مراقبتی شما همکاری دارد تا در ایجاد یک برنامه درمانی کمک کند.
- شما می توانید با کمک گروه مراقبتی و کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی روند مراقبت های خود را هدایت کنید.
- گروه مراقبتی و کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی برای ایجاد یک برنامه مراقبتی که نیازهای مراقبتی شما را تامین کند با شما همکاری دارد. گروه مراقبتی در زمینه هماهنگ کردن خدمات مورد نیاز شما کمک خواهد کرد. بعنوان مثال:
  - گروه مراقبتی شما اطمینان حاصل خواهد کرد که پزشکان شما از تمام داروهائی که مصرف می کنید آگاه باشند تا از مصرف داروهای صحیح اطمینان حاصل کرده ، وهمچنین پزشکان شما بتوانند عوارض جانبی ناشی از داروها را کاهش دهند.
  - گروه مراقبتی اطمینان حاصل خواهد کرد که نتایج آزمایشات شما در صورت لزوم در اختیار تمام پزشکان و ارائه کنندگان دیگر قرار داده شود.

D. حوزه خدمات رسانی OneCare Connect

حوزه خدمات رسانی ما اورنج کانتی، کالیفرنیا را در بر می گیرد.

تنها اشخاصی که در این حوزه خدمات رسانی زندگی می کنند می توانند عضو OneCare Connect شوند.

اگر به بیرون از حوزه خدمات رسانی ما نقل مکان کنید دیگر نمی توانید در این برنامه عضو باشید. به فصل 8 برای اطلاعات بیشتر در مورد تاثیر خروج از حوزهٔ خدمت رسانی ما مراجعه کنید. شما باید با کارشناس محلی تعیین صلاحیت کانتی خود تماس بگیرید:

از ساعت 8 صبح الی 5 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه به سازمان خدمات اجتماعی اورنج کانتی به شماره 1-800-281-9799 یا 1-714-825-3000 تلفن کنید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند.

E. شرایط عضویت در برنامه چیست؟

شما تا زمانی شرایط عضویت در برنامه را خواهید داشت که:

- در حوزه خدمات رسانی ما زندگی کنید، **و**
- در زمان عضویت 21 سال یا بیشتر سن داشته باشید، **و**
- در مدیکر بخش A و مدیکر بخش B هردو عضو باشید، **و**
- در حال حاضر برای مدیکل واجد شرایط باشید، و دارای شرایط خاص دیگر، **و**
- شهروند (سیتیزن) ایالات متحده آمریکا باشیدو یا به طور قانونی در آمریکا اقامت کنید.

ممکن است در کانتی شما قوانین تعیین صلاحیت بیشتری وجود داشته باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.

F. در ابتدای عضویت در یک برنامه خدمات درمانی چه انتظاری داشته باشیم؟

هنگامی که ابتدا به عضویت برنامه در می آیید، ظرف مدت چهل و پنج (45) روز بعد از تاریخ پوشش برای آنهائی که ریسک بالا تشخیص داده شده اند و نود (90) روز برای آنهائی که ریسک پائین تشخیص داده شده اند، یک ارزیابی ریسک بهداشتی (HRA) دریافت خواهند کرد.

ما ملزم هستیم که یک ارزیابی ریسک بهداشتی (HRA) برای شما انجام دهیم. این HRA مبنای تهیه برنامه شخصی مراقبتی (ICP - Individual Care Plan) شما است. در HRA سؤالاتی برای شناسائی نیازهای پزشکی، خدمات و پشتیبانی های بلندمدت (LTSS) و نیازهای سلامت رفتاری و عملکردی شما مطرح می شود.

برای تکمیل HRA با شما تماس خواهیم گرفت. HRA را می توان در یک ملاقات حضوری، از طریق تلفن و یا پست تکمیل کرد.

درباره این HRA اطلاعات بیشتری برای شما خواهیم فرستاد.

اگر به تازگی عضو برنامه OneCare Connect شده اید, می توانید تا مدت زمان مشخصی به پزشکانی که در حال حاضر دارید مراجعه کنید. شما می توانید در زمان عضویت، ارائه کنندگان فعلی و مجوزهای خدماتی خود را تا 12 ماه حفظ کنید مشروط بر این که تمام معیارهای زیر را برآورده سازید:

- شما، نماینده شما یا ارائه کننده شما درخواستی مستقیم به ما بدهید مبنی بر اینکه می خواهید کماکان به ارائه کننده فعلی خود مراجعه کنید.
- ما بتوانیم ثابت کنیم که شما با ارائه کننده مراقبتهای اولیه و متخصص مربوطه از پیش ارتباط داشته اید، البته با در نظر گرفتن برخی استثناها. رابطه موجود بدین معنی است که شما در طول 12 ماه قبل از تاریخ عضویت خود در OneCare Connect حداقل یکبار نزد یک ارائه کننده مراقبت های درمانی خارج از شبکه برای ویزیت غیراضطراری رفته اید
  - ما با بررسی اطلاعات بهداشتی شما که در اختیار ماست یا اطلاعاتی که شما به ما داده اید در مورد ارتباط از پیش موجود تصمیم گیری می کنیم.
  - ما برای پاسخ دادن به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. شما می توانید از ما درخواست کنید که سریعتر تصمیم گیری کنیم و در آن صورت باید ظرف 15 روز به شما پاسخ بدهیم.

- در صورت درخواست برای ادامه دریافت مراقبت ها از ارائه کننده فعلی، شما یا ارائه کننده می بایست با ارائه مدارک و شواهد وجود یک ارتباط آغاز شده از قبل را اثبات کرده و با شرایط خاصی موافقت کنید.

لطفاً توجه کنید: مطرح ساختن این درخواست برای ارائه کنندگان لوازم با دوام پزشکی (DME - Durable Medical Equipment)، رفت و آمد و سایر خدمات جانبی، یا خدماتی که در Cal MediConnect پوشش داده نمی شوند امکان پذیر **نیست**.

بعد از اینکه دوره ادامه مراقبت خاتمه پیدا کرد، لازم است که نزد پزشکان و سایر ارائه کنندگان در شبکه OneCare Connect بروید که با گروه درمانی ارائه کننده مراقبت های اصلی شما وابستگی داشته باشد، 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.

یک داروخانه عضو شبکه، داروخانه ای (دراگ استور) است که با تأمین داروهای نسخه ای اعضای برنامه ما موافقت کرده باشد. ما بدین خاطر به آنها "داروخانه های شبکه" می گوئیم زیرا که موافقت کرده اند با برنامه درمانی ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، نسخه های شما تنها در صورتی تحت پوشش قرار میگیرند که از یکی از داروخانه های شبکه ما تهیه شوند.

یک ارائه کننده عضو شبکه، یا "ارائه کننده" یک عبارت عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر اشخاص ارائه کننده خدمات و مراقبت به شما استفاده می کنیم . این عبارت شامل بیمارستان، آژانسهای درمان در خانه، درمانگاه و سایر مکانهائی نیز می شود که خدمات مراقبت درمانی، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت های طولانی مدت را در اختیار شما قرار می دهند. این ارائه کنندگان دارای گواهینامه بوده و تحت جواز مدیکر و دولت ایالتی برای ارائه خدمات مراقبت درمانی می باشند. ما این ارائه کنندگان را هنگامی "ارائه کنندگان شبکه" می خوانیم که موافقت کنند با برنامه درمانی همکاری کرده و دستمزد ما را دریافت کنند و هیچگونه مبلغ اضافی را از اعضای ما مطالبه نکنند. شما تا زمانی که عضو برنامه ما هستید باید برای دریافت خدمات تحت پوشش به ارائه کنندگان عضو شبکه مراجعه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد دریافت مراقبت، به فصل 3 مراجعه کنید.

G. منظور از گروه مراقبتی و برنامه مراقبتی چیست؟

G1. گروه مراقبتی

آیا برای دریافت مراقبت های لازم به کمک نیاز دارید؟ یک گروه مراقبتی می تواند به شما کمک کند. یک گروه مراقبتی می تواند شامل پزشک شما، یک کارشناس هماهنگی مراقبت ها یا سایر کارشناسان خدمات بهداشتی و درمانی به انتخاب شما باشد.

کارشناس هماهنگی مراقبت ها، شخصی است که برای کمک در مدیریت مراقبت های لازم شما آموزش دیده است. در زمان عضویت در OneCare Connect یک کارشناس هماهنگی مراقبت ها برای شما انتخاب میشود. در صورتی که OneCare Connect خدمات مورد نیاز شما را ارائه نکند، این شخص می تواند شما را به منابع و مراکز اجتماعی ارجاع دهد.

برای درخواست یک گروه مراقبتی می توانید با ما با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید.

G2. برنامه مراقبتی

گروه مراقبتی با همکاری شما یک برنامه مراقبتی تهیه خواهد کرد. برنامه مراقبتی به پزشکان شما درباره خدمات مورد نیاز و نحوه دریافت آنها اطلاعات می دهد. این شامل خدمات پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری، و خدمات حمایت های طولانی مدت (LTSS) می باشد. برنامه مراقبتی شما با توجه به وضعیت و نیازهای شما تهیه می شود.

برنامه مراقبتی شما شامل این موارد خواهد بود:

- اهداف مراقبت های بهداشتی و درمانی شما.
- یک برنامه زمان بندی برای دریافت خدمات مورد نیاز.

گروه مراقبتی بعد از انجام ارزیابی مخاطرات سلامتی با شما ملاقات خواهند کرد. آنها درباره خدماتی که به آنها نیاز دارید با شما صحبت خواهند کرد. آنها همچنین می توانند درباره خدماتی که به استفاده از آنها فکر می کنید با شما صحبت کنند. برنامه مراقبت ها بر اساس نیازهای شما تنظیم می شود. گروه مراقبتی حداقل سالی یکبار با همکاری شما برنامه مراقبتی را به روز خواهد کرد.

H. حق بیمه ماهیانه OneCare Connect

OneCare Connect حق بیمه ماهانه ندارد.

I. درباره کتابچه راهنمای اعضاء

این کتاب راهنمای اعضاء، بخشی از قرارداد ما با شماست. بدین معنی که باید از همه مقررات در این مدرک تبعیت کنیم. اگر فکر می کنید عملی را انجام داده ایم که خلاف این مقررات است، می توانید در مورد عملکرد ما درخواست بررسی مجدد کرده یا با آن مخالفت کنید. برای کسب اطلاعات درباره نحوه درخواست بررسی مجدد به فصل 9 مراجعه کرده و یا با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس حاصل فرمائید.

به منظور دریافت کتابچه راهنما میتوانید در طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره **1-855-705-8823** با خدمات مشتریان تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929**تماس حاصل نمایند. برای مشاهده کتابچه راهنمای اعضا انلاین به وب سایت **www.caloptima.org/onecareconnect** مراجعه نمائید.

این قرارداد برای ماه هائی که در OneCare Connect عضویت داشته اید بین 1 ژانویه 2020 تا 31 دسامبر 2020 قابل اجرا می باشد.

J. اطلاعات دیگری که از طرف ما دریافت خواهید کرد

شما قبلاً باید کارت شناسائی اعضای OneCare Connect، راهنمای ارائه کنندگان و داروخانه ها و فهرست داروهای تحت پوشش را دریافت کرده باشید.

J1. کارت شناسائی OneCare Connect شما

شما در برنامه ما یک کارت برای خدمات مدیکر و مدیکل خود، شامل خدمات و پشتیبانی های بلندمدت، برخی خدمات سلامت رفتاری و داروهای نسخه ای دریافت می کنید. در زمان دریافت هریک از خدمات یا تهیه داروهای نسخه ای باید این کارت را ارائه کنید. در اینجا یک کارت نمونه گذاشته ایم که به شما نشان می دهد کارت شما به چه شکل خواهد بود:

اگر کارت Cal MediConnect شما آسیب دیده، گم شده یا دزدیده شده است فوراً با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید تا یک کارت جدید برای شما ارسال کنیم. با بخش خدمات اعضاء توسط شماره تلفن **1-855-705-8823**. تماس بگیرید . کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929**تماس حاصل نمایند.

تا زمانی که عضو برنامه ما هستید لازم نیست از کارت قرمز، سفید و آبی مدیکر و یا کارت مدیکل خود برای دریافت خدمات Cal MediConnect استفاده کنید. آن کارت ها را در مکانی مطمئن نگهداری کنید تا در صورت لزوم در آینده بتوانید به آنها دسترسی داشته باشید. اگر کارت بیمه مدیکر خود را به جای کارت عضویت OneCare Connect به ارائه کننده خدمات نشان دهید، امکان دارد که صورتحساب شما را به جای برنامه ما برای مدیکربفرستند و در نتیجه شما آن صورتحساب را دریافت کنید. لطفاً در مورد اقدامات لازم در صورت دریافت صورتحساب از طرف ارائه کننده به بخش 7 مراجعه نمایید.

لطفاً به یاد داشته باشید که برای خدمات تخصصی سلامت روانی که ممکن است از برنامه سلامت روانی کانتی (MHP) دریافت کنید، کارت مدیکل برای دسترسی به آن خدمات مورد نیاز است.

J2. فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها

فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها شامل فهرستی از ارائه کنندگان و داروخانه های عضو شبکه برنامه OneCare Connect می باشد. شما تا زمانی که عضو برنامه ما هستید باید برای دریافت خدمات تحت پوشش به ارائه کنندگان عضو شبکه مراجعه کنید. هنگامیکه تازه عضو برنامه درمانی ما می شوید استثناهائی وجود دارد. (به صفحه 7 مراجعه کنید).

برای درخواست فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها می توانید با خدمات مشتریان از طریق شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند. همچنین می توانید نسخه آنلاین فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها را در **www.caloptima.org/onecareconnect** ملاحظه کرده و یا آنرا از این وب سایت دانلود نمائید. فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها شامل اطلاعاتی در مورد ارائه دهندگان و نوع داروخانه ها در OneCare Connect و فهرست کاملی از همه داروخانه ها و ارائه کنندگان برنامه است. این فهرست شامل آدرس و شماره تماس با همه داروخانه ها و ارائه دهندگان شبکه به علاوه ساعات ، روزهای کاری، نوع تخصص و مهارتها می باشد.

منظور از ارائه کنندگان عضو شبکه چیست؟

- شبکه ارائه دهندگان خدمات OneCare Connect شامل:
  - پزشکان، پرستاران و سایر کارشناسان مراقبت های بهداشتی گفته می شود که می توانید بعنوان عضو برنامه ما به آنها مراجعه کنید؛
  - کلینیک ها، بیمارستان ها، مراکز پرستاری و سایر مکان هائی است که در برنامه ما به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می پردازند، و
  - خدمات و پشتیبانی های بلندمدت(LTSS)، خدمات سلامت رفتاری، آژانسهای درمان خانگی، تأمین کنندگان تجهیزات پزشکی با دوام و سایر مراجعی که کالا یا خدمات ارائه شده از سوی مدیکر یا مدیکل را تأمین می نمایند نیز جزو آنها می باشند.

ارائه کنندگان عضو شبکه موافقت کرده اند که برای خدمات تحت پوشش پرداخت کامل را از برنامه ما دریافت کنند.

منظور از داروخانه های عضو شبکه چیست؟

- داروخانه های عضو شبکه به داروخانه هائی (دراگ استور) گفته می شود که موافقت کرده اند کارپیچیدن نسخه را برای اعضای برنامه ما انجام دهند. برای یافتن داروخانه عضو شبکه مورد نظر از فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها استفاده کنید.
- به غیر از موارد اضطراری، اگر می خواهید برنامه درمانی ما در پرداخت هزینه داروها به شما کمک کند شما باید نسخه های خود را از یکی از داروخانه های شبکه ما تهیه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات مشتریان OneCare Connect از طریق شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند. بخش خدمات اعضاء و وب سایت OneCare Connect هر دو می توانند آخرین اطلاعات درباره تغییر و تحولات ارائه کنندگان عضو شبکه و داروخانه های ما را به شما بدهند.

J3. فهرست داروهای تحت پوشش

این برنامه درمانی یک فهرست داروهای تحت پوشش دارد.ما به اختصار آنرا "فهرست داروها" می نامیم. با بررسی این فهرست در خواهید یافت که کدام داروهای نسخه ای توسط OneCare Connect پوشش داده می شوند.

فهرست داروها همچنین وجود هرگونه مقررات یا محدودیت برای داروها، مانند محدود بودن مقداری که می توانید دریافت کنید را نشان می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این مقررات و محدودیت ها به فصل 5 مراجعه کنید

هر سال، ما اطلاعاتی در مورد دسترسی به فهرست داروها برای شما ارسال میکنیم، اما امکان دارد تغییراتی در طی سال به وجود بیاید. برای دسترسی به جدیدترین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش به وبسایت **www.caloptima.org/onecareconnect** مراجعه نمایید یا با شماره تلفن **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس بگیرند.

J4. 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 گزارش خلاصه شرح مزایا (EOB - Explanation of Benefits) نام دارد.

در شرح مزایا 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 هریک از داروهای نسخه ای بخش D شما پرداخته ایم مشخص می باشد. در فصل 6 اطلاعات بیشتری درباره شرح مزایا و کاربرد آن در حفظ سابقه پوشش داروئی مطرح گردیده است.

خلاصه شرح مزایا در صورت درخواست نیز موجود است. برای دریافت یک نسخه، می توانید با بخش خدمات اعضاء با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس بگیرند.

K. چگونه میتوانید سوابق عضویت خود را به روز نگاه دارید؟

شما می توانید با اعلام هرگونه تغییر در اطلاعات و مشخصات خود، سوابق عضویت خود را به روز نگاه دارید.

ارائه کنندگان و داروخانه های عضو شبکه باید اطلاعات صحیح شما را در اختیار داشته باشند. **آنها برای اینکه بدانند شما چه خدمات و داروهائی دریافت می کنید و چه هزینه ای برای شما دارد از سوابق عضویت تان استفاده کنند.** به همین دلیل بسیار مهم است که به ما کمک کنید تا اطلاعات به روز شما را داشته باشیم.

موارد زیر را به ما اطلاع دهید:

- اگر نام، آدرس، یا شماره تلفن شما تغییر می کند.
- اگر هرگونه تغییری در سایر پوشش های بیمه درمانی شما، مانند بیمه های تأمین شده از طرف کارفرمای شما، کارفرمای همسر شما، یا غرامت کارگران ایجاد می شود.
- اگر هرگونه مطالبه دیون قابل پرداخت داشته اید، مانند مطالبات مربوط به حوادث رانندگی.
- اگر در یک مرکز پرستاری یا بیمارستان پذیرش می شوید.
- اگر در یک بیمارستان یا بخش اورژانس مراقبت دریافت می کنید.
- اگر مراقبت کننده یا هر شخصی که مسئولیت شما را بر عهده دارد تغییر می کند.
- اگر در یک مطالعه پژوهشی بالینی شرکت می کنید.

اگر هرگونه اطلاعاتی تغییر می کند، لطفاً با بخش خدمات اعضاء در شماره **1-855-705-8823** تماس گرفته و به ما اطلاع دهید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند.

K1. محرمانگی اطلاعات درمانی شخصی شما (PHI)

اطلاعات مربوط به عضویت شما ممکن است شامل اطلاعات خصوصی باشد (PHI). قوانین دولتی و ایالتی از ما میخواهد که سوابق پزشکی و اطلاعات درمانی شخصی شما PHI را خصوصی نگاه داریم. برای اطلاعات بیشتردر مورد اینکه ما چگونه از اطلاعات شما حفاظت میکنیم به بخش 8 مراجعه نمایید.

فصل 2 : شماره تلفنها و منابع مهم

مقدمه

این فصل به شما اطلاعات تماس برای منابع مهم که در پاسخ به سوالات مربوط به OneCare Connect و مزایای سلامتی کمک میکنند میدهد. شما همچنین میتوانید از این فصل برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه تماس با کارشناس هماهنگی مراقبتهای شخصی شما و حامیان شما استفاده کنید. واژگان کلیدی و توضیحات آنها در انتهای این فصل از کتابچه رهنمۀ اعضا به ترتیب حروف الفبا آمده است.

فهرست

A. نحوه تماس با بخش خدمات مشتریان OneCare Connect 14
A1. چه زمان با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید 14
B. نحوه تماس با کارشناس هماهنگی مراقبت های خود 17
B1. چه زمان با کارشناس هماهنگی مراقبت های خود تماس بگیرید: 17
C. نحوه تماس با تلفن مشاوره پرستاری 18
C1. چه زمان با خط تلفن مشاوره پرستاری تماس بگیرید 18
D. نحوه تماس با خط بحران سلامت رفتاری 19
D1. چه زمان با تلفن بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید 19
E. چگونه با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید 20
E1. چه زمان با HICAP تماس بگیرید: 20
F. نحوه تماس با سازمان بهبود کیفیت (QIO) 21
F1. چه زمان با Livanta تماس بگیرید: 21
G. روش تماس با مدیکر (Medicare) 22
H. نحوه تماس با برنامه بازرس Cal MediConnect 23
I. نحوه تماس با خدمات اجتماعی کانتی 24
J. نحوه تماس با برنامه بهداشت روانی تخصصی کانتی 25
J1. در موارد زیر با برنامه بهداشت روانی تخصصی کانتی تماس بگیرید: 25

A. نحوه تماس با بخش خدمات مشتریان OneCare Connect

تماس تلفنی	**1-855-705-8823**. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می کنیم.
TTY	**1-800-735-2929**. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.
فکس	1-714-246-8711
مکاتبه	OneCare Connect Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCareConnectCS@Caloptima.org
وب سایت	**www.caloptima.org/onecareconnect**

A1. چه زمان با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید

- پرسشها در مورد برنامه درمانی
- پرسشها در مورد درخواست های مطالبات، صورتحساب ها یا کارت های عضویت
- 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 در تصمیم گیری در مورد مراقبت درمانی خود سؤالی دارید با ما تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش به فصل 9 مراجعه کنید.
- درخواست تجدید نظر در مورد مراقبتهای درمانی
  - درخواست تجدید نظر روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده ایم و درخواست از ما برای تغییر آن در صورتیکه فکر می کنید اشتباه کرده ایم.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدید نظر به فصل 9 مراجعه کنید.

- **شکایات در مورد مراقبتهای درمانی خود**
  - شما می توانید در باره ما یا هریک از ارائه کنندگان (شامل ارائه کنندگان خارج شبکه یا عضو شبکه) شکایت کنید.یک ارائه کننده عضو شبکه ارائه کننده ای میباشد که با برنامه درمانی همکاری دارد. شما می توانید در مورد کیفیت مراقبتی که دریافت کردید نیز به ما یا سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) شکایت کنید (به بخش F در زیر مراجعه کنید).
  - شما می توانید با ما تماس گرفته و شکایت خود را شرح دهید. با بخش خدمات مشتریان از طریق شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید.
  - اگر شکایت شما در مورد تصمیم اتخاذ شده مربوط به مراقبت درمانی شما می باشد، می توانید درخواست تجدید نظر کنید (به بخش فوق مراجعه کنید).
  - شما می توانید شکایت مربوط به OneCare Connect را برای مدیکر ارسال کنید. به این منظورمی توانید از فرم آنلاین در https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.
  - می توانید در مورد OneCare Connect به برنامه بازرس Cal MediConnect به شماره1-855-501-3077 شکایت کنید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اقامه شکایت در مورد مراقبت درمانی خود، به فصل 9 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.
  - این موارد شامل داروهای بخش D، داروهای نسخه ای مدیکل و داروهای بدون نسخه مدیکل شما می شود.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمهای مربوط به پوشش داروئی به فصل 9 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.

اگر خواستار بررسی مجدد در مورد تصمیمات مربوط به پوشش داروهای مدیکل و داروهای بخش D میباشید، لطفاً با خدمات مشتریان OneCare Connect با شماره **1-855-705-8823**، طی 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند. این تماس رایگان می باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت **www.caloptima.org/onecareconnect** مراجعه نمائید. داروهای تحت پوشش مدیکل با علامت (*) در لیست مشخص شده اند.

  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد بررسی مجدد برای پوشش داروئی به فصل 9 مراجعه کنید.
- شکایات در مورد داروهایتان
  - شما می توانید در مورد ما یا هر داروخانه ای شکایت کنید. اینکار شامل شکایت در مورد داروهای نسخه ای شما می شود.

- اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش مربوط به داروهای نسخه ای شماست، می توانید درخواست بررسی مجدد کنید. (به بخش فوق مراجعه کنید).
- شما می توانید شکایت مربوط به OneCare Connect را برای مدیکر ارسال کنید. شما می توانید از فرم آنلاین در https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تسلیم شکایت درباره پوشش داروئی به فصل 9 مراجعه کنید.

- پرداخت هزینه مراقبت درمانی یا داروهائی که قبلاً برای آنها پرداخت کرده اید
  - اگر درخواست شما مربوط به پس گرفتن پول پرداخت شده و یا پرداخت یک صورتحساب برای خدمات مدیکل باشد، ما ابتدا از ارائه کننده درخواست یک صورتحساب خواهیم کرد و اینکه مستقیماً به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه کننده شما به ما صورتحساب ندهد، ما هزینه خدمات مدیکل را مستقیماً به شما پس خواهیم داد. مبلغی که به شما پس داده می شود برابر مبلغی خواهد بود که OneCare Connect به ارائه کننده برای آن خدمات می پرداخت؛ این ممکن است با مبلغی که به ارائه کننده پرداخته اید برابر نباشد.
  - برای کسب اطلاعات در مورد نحوه بازپرداخت به شما، یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده اید، به فصل 7 مراجعه کنید.
  - اگر برای پرداخت صورتحساب درخواست کنید و ما با هر بخشی از درخواست شما موافقت نکنیم، می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدید نظر به فصل 9 مراجعه کنید.
- پرسش درباره عضویت شما
  - اگر مایل هستید به عضویت خود در برنامه ما خاتمه دهید و یا سؤالی درباره عضویت دارید با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

B. نحوه تماس با کارشناس هماهنگی مراقبت های خود

یک کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی فردی است که در خصوص دریافت مراقبت های بهداشتی و درمانی مورد نیازتان به شما کمک می کند. هرعضو یک کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی دارد که با پزشک برای هماهنگ ساختن خدمات مراقبت های بهداشتی درمانی همکاری می کند. شما می توانید برای مطرح کردن سؤالات خود، دریافت کمک برای مراقبت های بهداشتی و درمانی، و یا درخواست تغییر کارشناسان هماهنگی مراقبت های شخصی با کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی خود تماس بگیرید.

تماس تلفنی	**1-855-705-8823**، این تماس رایگان است. 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می کنیم.
TTY	**1-800-735-2929**، این تماس رایگان است.7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز.
فکس	1-714-246-8711
مکاتبه	CalOptima OneCare Connect 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCareConnectCS@Caloptima.org
وبسایت	**www.caloptima.org/onecareconnect**

B1. چه زمان با کارشناس هماهنگی مراقبت های خود تماس بگیرید:

- پرسش در مورد مراقبت درمانی خود
- پرسش در مورد دریافت خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد)
- پرسش در مورد حمل و نقل
- پرسش در مورد خدمات و حمایت های بلند مدت (LTSS). LTSS شامل خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)، برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP) و مراکز پرستاری (NF) می شود

در صورتی که واجد شرایط باشید می توانید از مزایای LTSS استفاده کنید. اگر درباره خدمات و شرایط استفاده از LTSS سؤالی داشتید می توانید با بخش خدمات مشتریان OneCare Connect با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. این تماس رایگان می باشد. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس بگیرند.

گاهی اوقات می توانید کمک هائی را در رابطه با مراقبت بهداشتی و نیازهای زندگی روزمره خود دریافت کنید.
ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات محلی مخصوص بزرگسالان (CBAS)
- برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP)
- مراکز پرستاری تخصصی
- ورزش درما نی،
- کار درما نی،
- گفتار درما نی،
- خدمات اجتماعی پزشکی، و
- مراقبت درمانی در خانه.

C. نحوه تماس با تلفن مشاوره پرستاری

خط مشاوره پرستاری به شما کمک میکند تا بتوانید با پرستار رسمی (RN) به منظور دریافت کمک و پرسش در مورد نگرانیهای سلامتی تماس بگیرید.

تماس تلفنی	**1-844-447-8441**, این تماس رایگان است. 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می کنیم.
TTY	**1-844-514-3774**، این تماس رایگان است. 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز.

C1. چه زمان با خط تلفن مشاوره پرستاری تماس بگیرید

- اگر درباره وضعیت سلامتی خود سؤالی دارید

D. نحوه تماس با خط بحران سلامت رفتاری

اعضا ئی که نیاز به خدمات اضطراری ارزیابی روانشناسی دارند ، با 1-1-9 یا تیم متمرکز ارزیابی در اورنج کانتی (CAT) تماس حاصل کنند.

تماس تلفنی	**1-866-830-6011**، این تماس رایگان است. 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می کنیم.
TTY	**1-714-480-6750**،این تماس رایگان است. دوشنبه تا شنبه، 8 صبح تا 5 بعدازظهر.

D1. چه زمان با تلفن بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید

- پرسش در مورد خدمات بهداشت رفتاری و اعتیاد
- اگر تصور می کنید با یک وضعیت اضطراری روانی روبرو هستید با شماره تلفن عادی رایگان خدمات بهداشت روانی OneCare Connect با شماره **1-855-877-3885**تماس حاصل نمائید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند.

برای سؤالات مربوط به خدمات بهداشت روانی تخصصی در کانتی شما به صفحه 25 مراجعه کنید.

E. چگونه با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید

برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) مشاوره بیمه درمانی رایگان را در اختیار اشخاصی قرار می دهد که عضو مدیکرهستند. مشاورین HICAP می توانند به سؤالات شما پاسخ داده و به شما کمک کنند که مشکل خود را حل کنید. HICAP مشاورین کارآموزده ای را در هر کانتی در استخدام دارد و این خدمات رایگان می باشند.

HICAP با هیچ شرکت بیمه یا برنامه درما نی مرتبط نمی باشد.

تماس تلفنی	**1-800-434-0222** یا **1-714-479-0107** روزهای دوشنبه تا جمعه ، 8 صبح تا 4 بعد از ظهر.
TTY	**1-800-735-2929** این تماس رایگان است.
مکاتبه	The Council on Aging Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614
وبسایت	www.coasc.org

E1. چه زمان با HICAP تماس بگیرید:

- پرسش درباره برنامه Cal MediConnect یا دیگر پرسشها در مورد مدیکر.
  - مشاورین HICAP می به سؤالات شما در مورد تغییر به برنامه درمانی جدید پاسخ دهند و به شما درموارد زیر کمک کنند
    - ← به شما در درک حقوقتان کمک کنند،
    - ← به شما در درک گزینه های 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 صورتحساب ها کمک کنند

F. نحوه تماس با سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی تحت عنوان Livanta, LLC دارد. این سازمان از گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی تشکیل شده است که به بهبود کیفیت مراقبت برای اشخاصی که عضو Medicare هستند کمک می کنند. Livanta, LLC ربطی به برنامه ما ندارد.

تماس تلفنی	شماره رایگان: **1-877-588-1123**
TTY	شماره رایگان: **1-855-887-6668** این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوائی یا گویائی دارند. شما باید وسائل تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	Livanta, LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
وب سایت	www.BFCCQIOAREA5.com

F1. چه زمان با Livanta تماس بگیرید:

- پرسش در مورد 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 سرپائی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) خیلی زود خاتمه پیدا می کند.

G. روش تماس با مدیکر (Medicare)

مدیکر یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص 65 سا ل به بالا، بعضی اشخاص معلول زیر 65 سا ل و اشخاصی می باشد که درمرحله نهائی بیماری کلیوی هستند (نارسائی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد).

سازمان فدرال مسئول مدیکر، مرکز خدمات مدیکر و مدیک اید یا CMS میباشد.

تماس تلفنی	**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 شنوائی یا گویائی دارند. شما برای تماس به وسائل تلفنی ویژه نیاز دارید.
وبسایت	http://www.medicare.gov این وبسایت رسمی مدیکر می باشد. این وبسایت اطلاعات بروز شده در مورد مدیکر را به شما می دهد. همچنین حاوی اطلاعاتی در مورد بیمارستان ها، آسایشگاه ها، پزشکان، سازمان های بهداشت در خانه و مراکز دیالیز می باشد. این وبسایت حاوی کتابچه هائی می باشد که می توانید از کامپیوتر خودتان چاپ کنید. همچنین می توانید مخاطبین مدیکر در ایالت خود را توسط انتخاب "Help & Resources" (راهنمائی و منابع) و سپس کلیک بر روی "Phone numbers & websites" (شماره تلفن ها و وب سایت ها) پیدا کنید. وب سایت مدیکر ابزار زیر را برای کمک به شما در پیدا کردن برنامه های درمانی در منطقه خودتان دارد: **یابنده برنامه مدیکر:** اطلاعات اختصاصی را در مورد سیاست های برنامه داروهای نسخه ای Medicare، برنامه های درمانی Medicare و Medigap (بیمه تکمیلی مدیکر) ارائه می کند. "Find health & drug plans" (یابنده برنامه های درمانی و داروئی) را انتخاب کنید. اگر کامپیوتر ندارید، کتابخانه محلی یا مرکز سالمندان ممکن است بتوانند به شما کمک کنند تا با استفاده از کامپیوترشان از این وب سایت بازدید کنید. یا می توانید با مدیکر با شماره فوق تماس گرفته و به آنها بگویید که چه اطلاعاتی را جستجو می کنید. آنها می توانند اطلاعات را در وبسایت پیدا کرده، آنرا چاپ و برای شما ارسال دارند.

H. نحوه تماس با برنامه بازرس Cal MediConnect

برنامه بازرس (Cal MediConnect Ombudsman) می تواند در مورد مشکلات مربوط به خدمات و صورتحساب به شما کمک کند. آنها می توانند به سؤالات شما پاسخ داده و به شما کمک کنند که بفهمید برای مدیریت مشکل خود چکار کنید. این خدمات رایگان هستند. برنامه بازرس Cal MediConnect به ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه خدمات بهداشتی و درمانی دیگری وابسته نیست.

تماس تلفنی	**1-855-501-3077**، این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه 9 صبح تا 5 بعدازظهر.
TTY	**1-855-847-7914** این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوائی یا گویائی دارند. شما برای تماس به وسائل تلفنی ویژه نیاز دارید.
مکاتبه	Community Legal Aid SoCal 2101 N. Tustin Avenue Santa Ana, CA 92705
وبسایت	www.communitylegalsocal.org

I. نحوه تماس با اداره خدمات اجتماعی کانتی (سوشیال سرویس)

اگر در مورد مزایای خدمات حمایتی در خانه (IHSS) به کمک نیاز دارید، با بخش خدمات اجتماعی محلی کانتی خود تماس بگیرید. IHSS مجموعه متنوعی از خدمات را برای تأمین نیازهای فردی و کمک در اقامت بی خطر در خانه شامل می شود. 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.

تماس تلفنی	**1-714-825-3000** یا **1-800-281-9799**. این تماس رایگان می باشد. دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 5 بعدازظهر.
TTY	**1-800-735-2929** این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوائی یا گویائی دارند. به منظور تماس با این شماره به وسائل تلفنی ویژه نیاز دارید.
مکاتبه	Orange County Social Services Agency 1505 East Warner Avenue Santa Ana, CA 92705
وبسایت	http://ssa.ocgov.com/

J. نحوه تماس با برنامه تخصصی بهداشت روانی کانتی

خدمات تخصصی بهداشت روانی از طریق برنامه بهداشت روانی (mental health plan, MHP) در صورتی در دسترس شما قرار دارد که شرایط ضرورت پزشکی را داشته باشید.

تماس تلفنی	**1-855-625-4657**، این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 6 بعدازظهر برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می کنیم.
TTY	**1-714-834-2332** این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوائی یا گویائی دارند. شما باید وسائل تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 6 بعدازظهر.

J1. در موارد زیر با برنامه تخصصی بهداشت روانی کانتی تماس بگیرید:

- سؤالات در مورد خدمات بهداشت رفتاری ارائه شده توسط کانتی
- شامل خدمات زیر: خدمات بهداشت روانی تخصصی غیربستری، خدمات حمایت های مربوط به دارو، 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، و خدمات غیربستری مصرف مواد شامل: خدمات درمانی غیربستری فشرده، خدمات پیش از تولد در منزل، خدمات/مشاوره رایگان ترک مواد بصورت غیربستری، خدمات درمانی اعتیاد به داروهای مسکن مخدر و Naltrexone.

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

مقدمه

این فصل شامل مقررات و شرایط خاصی است که شما باید از آنها مطلع باشید تا بتوانید از خدمات سلامت و سایر خدمات تحت پوشش OneCare Connect استفاده کنید. همچنین به شما در مورد کار شناس هماهنگی مراقبتهای شخصی شما، چگونگی دریافت خدمات از ارائه دهندگان مختلف تحت شرایط خاص (ارائه دهندگان و داروخانه هایی که طرف قرار داد نیستند)، کارهایی که زمان دریافت صورت حساب خدمات تحت پوشش باید انجام دهید و قوانین مالکیت تجهیزات پزشکی با دوام توضیح میدهد. واژگان کلیدی و توضیحات آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. درباره "خدمات"، "خدمات تحت پوشش"، "ارائه کنندگان" و "ارائه کنندگان شبکه درمانی" 28

B. مقررات دریافت خدمات درمانی و ، سلامت رفتاری، و خدمات و حمایت های بلند مدت (LTSS) تحت پوشش برنامه درمانی 28

C. اطلاعاتی در مورد کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی شما (PCC) 30

C1. کارشناس هماهنگی مراقبتهای شخصی چه کسی است؟ 30

C2. نحوه تماس عضو با کارشناس هماهنگی مراقبتهای شخصی؟ 30

C3. چگونه می توانید کارشناس هماهنگی مراقبتهای شخصی خود را عوض کنید؟ 30

D. دریافت مراقبت از ارائه کنندگان مراقبت های درمانی اصلی، متخصصین، سایر ارائه کنندگان پزشکی شبکه و ارائه کنندگان پزشکی خارج از شبکه 30

D1. دریافت مراقبت از ارائه کننده مراقبت های درمانی اصلی 30

D2. نحوه دریافت مراقبت از متخصصین و سایرین در شبکه ارائه کنندگان 32

D3. اگر ارائه کننده عضو شبکه، برنامه درمانی ما را ترک کند چه اتفاقی می افتد؟ 32

D4. نحوه دریافت مراقبت از ارائه کنندگان خارج از شبکه 33

E. نحوه دریافت خدمات و حمایت های طولانی مدت (LTSS) 34

F. نحوه دریافت خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد) 34

F1. کدام خدمات بهداشت رفتاری مدیکل خارج از برنامه OneCare Connect توسط نهاد مر اقبت های بهداشتی و درمانی اورنج کانتی ارائه می گردد؟ 34

G. نحوه دریافت خدمات سرویس رفت و آمد 35

H. نحوه دریافت خدمات تحت پوشش هنگامیکه در وضعیت پزشکی اضطراری هستید یا نیاز مبرم به مراقبت دارید و درهنگام فاجعه 36
H1. دریافت مراقبت هنگامیکه وضعیت پزشکی اضطراری دارید 36
H2. دریافت مراقبتی که نیاز فوری دارد 37
H3. دریافت مراقبت در بلایا و فجایع 38

I. اگر برای هزینه کامل خدمات تحت پوشش برنامه ما صورتحساب دریافت کرده باشید چه کاری باید انجام دهید؟ 39
I1. اگر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی ما نباشند چکار کنید؟ 39

J. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما هنگامیکه در یک پژوهش بالینی هستید چگونه است؟ 39
J1. پژوهش بالینی چیست؟ 39
J2. هنگامیکه در پژوهش بالینی شرکت می کنید، چه کسی و برای چه مواردی پرداخت می کند؟ 40
J3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد پژوهش‌های بالینی 40

K. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما هنگامیکه در یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی هستید چگونه است؟ 40
K1. سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی چیست؟ 40
K2. دریافت مراقبت از سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی 41

L. مقررات مربوط به مالکیت وسائل با دوام پزشکی(DME) 41
L1. مالکیت وسائل با دوام پزشکی برای اعضاء برنامه 41
L2. اگر پوشش خود را به مدیکر تغییر دهید برای مالکیت لوازم پزشکی با دوام شما چه اتفاقی می افتد؟ 42

A. درباره "خدمات"، "خدمات تحت پوشش"، "ارائه کنندگان" و "ارائه کنندگان شبکه درمانی"

این خدمات شامل مراقبت پزشکی، خدمات و حمایت های بلند مدت، لوازم، خدمات بهداشت رفتاری، داروهای نسخه ای و بدون نسخه، وسائل و سایر خدمات می شود. خدمات تحت پوشش هر یک از خدماتی می باشند که برنامه درمانی ما هزینه آنها را پرداخت می کند. خدمات و حمایت های مراقبت درمانی تحت پوشش، بهداشت رفتاری و بلند مدت (LTSS) در جدول مزایا در فصل 4 ذکر شده اند.

ارائه کنندگان شامل پزشک، پرستار و سایر اشخاصی می شوند که مراقبت و خدمات را به شما ارائه می کنند. عبارت ارائه کنندگان شامل بیمارستان، سازمان بهداشت در خانه، درمانگاه و سایر مکان هائی نیز می شود که خدمات مراقبت درمانی، خدمات بهداشت رفتاری، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت های بلند مدت (LTSS) خاصی را در اختیار شما قرار می دهند.

ارائه کنندگان عضو شبکه ارائه کنندگانی هستند که با برنامه درمانی همکاری دارند. این ارائه کنندگان موافقت کرده اند که پرداخت هزینه از سوی ما را به عنوان پرداخت کامل هزینه قبول کنند. این ارائه دهندگان صورتحساب را مستقیماً به ما ارائه میکنند.هنگامیکه نزد یک ارائه کنندهٔ شبکه می روید، معمولاً هیچ مبلغی را برای خدمت تحت پوشش پرداخت نمی کنید.

B. مقررات دریافت خدمات درمانی و ، سلامت رفتاری، و خدمات و حمایت های بلند مدت (LTSS) تحت پوشش برنامه درمانی

OneCare Connect همه خدمات تحت پوشش مدیکر و مدیکل را پوشش می دهد. این خدمات شامل خدمات بهداشت رفتاری، خدمات و حمایت های بلند مدت (LTSS) می شوند.

OneCare Connect معمولاً هزینه خدمات مراقبت درمانی، خدمات بهداشت رفتاری و LTSS را در صورتی پرداخت خواهد کرد که شما از مقرارت برنامه درمانی تبعیت کنید. برای دریافت پوشش:

- مراقبتی که دریافت می کنید باید جزو **مزایای برنامه درمانی** .باشد. بدین معنی که باید در جدول مزایای برنامه درمانی منظور شده باشد. (این جدول در فصل 4 این کتابچه است).
- مراقبت باید از نظر **پزشکی لازم تشخیص داده شده باشد.** الزام پزشکی، بدین معنی است که شما برای پیشگیری، تشخیص بیماری یا مداوای عارضه یا حفظ وضعیت بهداشتی فعلی خود به خدمات نیاز دارید. این موضوع شامل مراقبتی می شود که از رفتن شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می کند. همچنین بدین معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته شده به روال عادی پزشکی کمک می کنند.
- برای خدمات پزشکی، باید یک **ارائه کننده مراقبتهای درمانی اصلی (PCP)** عضو شبکه داشته باشید که مراقبت را تجویز کرده باشد یا به شما گفته باشد که نزد پزشک دیگری بروید. به عنوان عضو برنامه درمانی باید یک پزشک عضو شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.
  - در بیشتر موارد، PCP شبکه شما یا برنامه ما باید قبل از اینکه از سایر ارائه کنندگان در شبکه برنامه درمانی استفاده کنید به شما اجازه بدهد. اینکار **ارجاع** نام دارد. چنان چه شما نامه مجوزرا دریافت نکنید OneCare Connect ممکن است خدمت را پوشش ندهد. برای یک سری از تخصص‌ها شما به نامهٔ ارجاع نیاز ندارید مانند متخصصین سلامت زنان. برای کسب اطلاعات بیشتر به صفحهٔ 31 مراجعه کنید.
  - PCP های برنامه ما به شبکه های بهداشتی و درمانی وابسته هستند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می کنید، شبکه بهداشتی و درمانی وابسته را نیز انتخاب می کنید. بدین معنی که PCP، شما را به متخصصین

و خدماتی ارجاع می دهد که با شبکه بهداشتی و درمانی وی همکاری دارند. یک شبکه بهداشتی و درمانی برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای ما با CalOptima قرارداد دارد.

- برای مراقبت های اضطراری یا مراقبت هائی که ضرورت فوری دارد یا رفتن نزد ارائه کننده خدمات بهداشتی زنان یا خدمات تنظیم خانواده به ارجاع از PCP خود نیازی ندارید. می توانید انواع دیگر مراقبت را بدون نیاز به ارجاع از PCP خود دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارجاعات، به 31 مراجعه کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد انتخاب PCP، به صفحه 31 مراجعه کنید.

- **شما باید تمام مراقبت های خود را از ارائه کنندگان عضو شبکه دریافت کنید که با شبکه درمانی PCP شما همکاری دارند.** معمولاً برنامه، مراقبت های ارائه شده از سوی ارائه کننده ای که با برنامه درمانی و شبکه درمانی PCP شما همکاری ندارد را پوشش نخواهد داد. در اینجا چند مورد ذکر می شوند که این قاعده اطلاق پذیر نمی باشد:

- برنامه درمانی هزینه مراقبت اضطراری یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد را از سوی ارائه کننده خارج از شبکه پرداخت می کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه مراقبت اورژانس یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد به چه معناست بهبخش H صفحه 36 مراجعه کنید.
- اگر به مراقبتی نیاز دارید که برنامه درمانی ما پوشش می دهد و ارائه کنندگان شبکه ما نمی توانند در اختیار شما قرار دهند، می توانید مشروط بر دریافت مجوز قبلی مراقبت را از ارائه کننده خارج از شبکه دریافت کنید. در این حالت، ما مراقبت را به همان صورتی پوشش خواهیم داد که آنرا از ارائه کننده عضو شبکه دریافت کرده باشید یا بدون هزینه برای شما بوده باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد دریافت اجازه برای رفتن نزد ارائه کننده خارج از شبکه به بخش D, صفحه 30 مراجعه کنید.
- برنامه درمانی هزینه خدمات دیالیز کلیه را در صورتی پرداخت می کند که برای مدت کوتاهی در خارج حوزه خدمات رسانی برنامه درمانی باشید. شما می توانید این خدمات را در مرکز دیالیز مجاز مدیکر دریافت کنید.
- هنگامیکه در این برنامه درمانی عضو می شوید، می توانید درخواست کنید که به رفتن نزد ارائه کنندگان فعلی خود ادامه دهید. اگر بتوانید ارتباط موجود خود با ارائه کنندگان را نشان دهید ما موظف هستیم این درخواست را بپذیریم، البته موارد استثنای خاصی نیز وجود دارند (به فصل 1،صفحه 7 مراجعه کنید). اگر درخواست شما پذیرفته شود، می توانید حداکثر 12 ماه برای دریافت خدمات به رفتن نزد ارائه کنندگان فعلی خود ادامه دهید. در طول این مدت، کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی ما با شما تماس خواهد گرفت تا برای پیدا کردن ارائه کنندگان عضو شبکه ما که با شبکه بهداشتی و درمانی PCP شما همکاری دارند کمک کند. پس از گذشت 12 ماه اگر به رفتن نزد ارائه کنندگان خارج از شبکه و بدون همکاری با شبکه بهداشتی و درمانی PCP خود ادامه دهید، دیگر مراقبت شما را پوشش نخواهیم داد.
- Medicare خدماتی مانند بستری بیمارستان، مراکز تخصصی پرستاری، ویزیت دکتر، آزمایش و داروهای نسخه‌ای را پوشش میدهد. Medi-Cal خدماتی مانند مراقبت‌های طولانی مدت، خدمات حمایتی در منزل، تعدادی از تجهیزات پزشکی با دوام و لوازمشان را که Medicare پوشش نمیدهد،تحت پوشش قرار میدهد.

C. اطلاعاتی در مورد کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی شما (PCC)

C1. کارشناس هماهنگی مراقبتهای شخصی چه کسی است؟

- PCC یک متخصص بالینی یا شخص تعلیم دیده دیگری است که برای برنامه درمانی ما کار می کند تا خدمات هماهنگ سازی مراقبت را به شما ارائه کند.

C2. نحوه تماس عضو با کارشناس هماهنگی مراقبتهای شخصی؟

- شما میتوانید با PCC خود با شماره تلفن **1-855-705-8823** در طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان می باشد. کاربران TTY می توانند از طریق شماره **1-800-735-2929** تماس بگیرند.

C3. چگونه می توانید کارشناس هماهنگی مراقبتهای شخصی خود را عوض کنید؟

- برای درخواست تغییر، شما میتوانید با PCC خود تماس بگیرید.

D. دریافت مراقبت از ارائه کنندگان مراقبت های درمانی اصلی، متخصصین، سایر ارائه کنندگان پزشکی شبکه و ارائه کنندگان پزشکی خارج از شبکه

D1. دریافت مراقبت از ارائه کننده مراقبت های درمانی اصلی

شما باید یک ارائه کننده مراقبت درمانی اصلی (PCP)، را برای ارائه و مدیریت مراقبت خود انتخاب کنید.

برنامه ما به شبکه های بهداشتی و درمانی OneCare Connect وابسته هستند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می کنید، شبکه بهداشتی و درمانی وابسته را نیز انتخاب می کنید.

"PCP" کیست و برای شما چکار می کند؟

- PCP چه کسی است؟ PCP شما پزشکی می باشد که حائز شرایط ایالتی بوده و برای ارائه مراقبت پزشکی اولیه به شما آموزش دیده است.
- شبکه بهداشتی و درمانی چیست؟ شبکه بهداشتی و درمانی شما گروهی از پزشکان و بیمارستان های تحت قرارداد می باشند که خدمات مراقبت های درمانی و بهداشتی را به اعضای برنامه ارائه می کنند.
- کدام ارائه کنندگان می توانند PCP باشند؟ مشخصات تمام ارائه کنندگان عضو شبکه که می توانند PCP باشند در راهنمای ارائه کنندگان OneCare Connect ذکر شده است. برخی متخصصین در صورت موافقت می توانند PCP باشند و در راهنمای ارائه کنندگان و داروخانه ها بعنوان PCP معرفی شده اند.

شما مراقبت های اولیه خود را از PCP دریافت می کنید. PCP شما مابقی خدمات تحت پوششی که به عنوان عضوی از OneCare Connect دریافت می کنید را نیز هماهنگ خواهد کرد. هماهنگ کردن خدمات شما شامل کنترل یا مشورت با سایر ارائه کنندگان برنامه در مورد مراقبت شما و نحوه عملکرد آن می شود. در بیشتر موارد، شما باید برای دریافت ارجاع قبل از رفتن نزد سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی یا برای دریافت مجوز قبلی برخی خدمات یا لوازم خاص تحت پوشش نزد PCP خود بروید. اگر به انواع خاصی از خدمات یا لوازم تحت پوشش نیاز دارید، بایستی اجازه قبلیPCP خود را کسب نمائید (از قبیل ارائه معرفی نامه به شما برای رفتن نزد متخصص).

- آیا یک کلینیک می تواند ارائه کننده مراقبت های اصلی من باشد؟ بله. اعضاء می توانند یک مرکز بهداشتی تأیید شده از جانب دولت فدرال (FQHC) معرفی شده بعنوان PCP در راهنمای ارائه کنندگان OneCare Connect را بعنوان ارائه کننده مراقبت های اصلی خود انتخاب نمایند.

PCP خود را چطور انتخاب می کنید؟

OneCare Connect، راهنمای ارائه کنندگان و داروخانه های OneCare Connect را دارد که در صورت درخواست در اختیار شما میگذارد. این راهنما مشخصات تمام شبکه های بهداشتی و درمانی، PCPها، متخصصین، کلینیک ها و بیمارستان های دارای قرارداد با OneCare Connect جهت ارائه خدمات به اعضای OneCare Connect را در اختیار شما قرار می دهد. به منظور درخواست راهنمای ارائه کنندگان و داروخانه ها لطفاً با بخش خدمات مشتریان OneCare Connect با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TTY میتوانند از طریق شماره **1-800-735-2929**تماس حاصل نمایند.

PCPها بر اساس شهری که شبکه بهداشتی و درمانی با آنها همکاری دارند فهرست گردیده اند. نام PCP که می خواهید بعنوان ارائه کننده مراقبت های اصلی خود انتخاب کنید را بیابید. PCP شما باید در شبکه بهداشتی و درمانی انتخابی شما باشد.

در زیرنام PCP، شماره شناسایی وی را یافته و با بخش خدمات اعضای OneCare Connect تماس گرفته و انتخاب خود را به ما اعلام کنید.

اگر مایل هستید از یک متخصص یا بیمارستان خاص استفاده کنید، بسیار مهم است که مطمئن شوید با گروه پزشکی PCP شما همکاری میکنند. شما باید به راهنمای ارائه دهندگلن و داروخانه ها مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان OneCare Connect تماس بگیرید تا مطمئن شوید PCP شما را به آن متخصص ارجاع می دهد یا از آن بیمارستان استفاده می کند.

تغییر دادن PCP خود

شما می توانید به هر دلیل و در هر زمان PCP خود را تغییر دهید. همچنین، این امکان وجود دارد که PCP شما شبکه درمانی ما را ترک کند. اگر PCP شما شبکه درمانی ما را ترک کند، می توانیم به شما کمک کنیم یک PCP جدید را در محدوده شبکه بهداشتی و درمانی خود پیدا کنید.

شما می توانید در هر زمان از طریق تماس با بخش خدمات اعضاء PCP خود را تغییر دهید. در بیشتر موارد، تاریخ شروع کار با PCP جدید روز اول (1) ماه بعد از تاریخی است که OneCare Connect درخواست شما برای تغییر را دریافت می کند. اگر برای انتخاب یک PCP نیاز به کمک داشتید با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.

به یاد داشته باشید که PCP های برنامه ما به شبکه های درمانی وابسته هستند. اگر PCP خود را عوض کنید، ممکن است شبکه درمانی خود را نیز تغییر دهید. هنگامیکه درخواست تغییر می کنید، حتماً درباره اینکه آیا نزد متخصصی می روید و یا سایر خدمات تحت پوشش را دریافت می کنید که نیاز به تأیید PCP دارد، به بخش خدمات اعضاء اطلاع دهید. بخش خدمات اعضاء کمک خواهد کرد که اطمینان حاصل شود موقعی که PCP خود را عوض می کنید، به دریافت مراقبت های تخصصی و سایر خدماتی که دریافت می کرده اید ادامه دهید.

خدماتی که می توانید بدون کسب اجازه از PCP خود دریافت کنید

در بیشتر موارد، قبل از رفتن نزد سایر ارائه کنندگان لازم است که از PCP خود اجازه بگیرید. این اجازه، ارجاع نام دارد. می توانید خدماتی مانند مواردی که در زیر ذکر شده را بدون کسب اجازه از PCP خود دریافت کنید:

- خدمات اضطراری از شبکه ارائه کنندگان یا ارائه کنندگان خارج از شبکه.

- مراقبتهای اضطراری از شبکه ارائه کنندگان.
- مراقبتهای اضطراری از ارائه کنندگان خارج از شبکه هنگامیکه نمی توانید به شبکه ارائه کنندگان دسترسی پیدا کنید (برای مثال هنگامیکه خارج از حوزه خدمات رسانی برنامه درمانی هستید).
- خدمات دیالیز کلیه که از مرکز دیالیز مجاز مدیکر هنگامیکه در خارج منطقه خدماتی خود هستید دریافت می کنید. (لطفاً قبل از ترک حوزه خدمات رسانی با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید. ما می توانیم به شما کمک کنیم دیالیز را هنگامیکه در خارج منطقه هستید دریافت کنید).
- واکسن آنفولانزا، هپاتیت B و واکسن ذات الریه تا زمانیکه آنها را از ارائه کننده عضو شبکه دریافت کنید.
- خدمات مراقبت درمانی عادی زنان و زایمان و خدمات تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه پستان، معاینه تشخیصی ماموگرام (عکسبرداری از پستان)، پاپ اسمیر و آزمایش لگن خاصره می شود تا زمانیکه آنها را از ارائه کننده عضو شبکه دریافت کنید.
- بعلاوه اگر برای دریافت خدمات از ارائه کنندگان بهداشتی سرخپوستان واجد شرایط باشید، می توانید بدون ارجاع نزد این ارائه کنندگان بروید.

D2. نحوه دریافت مراقبت از متخصصین و سایرین در شبکه ارائه کنندگان

یک متخصص پزشکی می باشد که مراقبت درمانی را برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن ارائه می کند. انواع گوناگونی از متخصصین وجود دارند. در اینجا چند نمونه ذکر می شود:

- آنکولوژیست مراقبت برای بیماران مبتلا به سرطان.
- کاردیولوژیست مراقبت برای بیمارانی که مشکلات قلبی دارند.
- ارتوپدیست مراقبت برای بیمارانی که مشکلات استخوانی، مفصلی یا عضلانی دارند.
- هنگامیکه PCP شما تصور می کند که به درمان تخصصی نیاز دارید، لازم خواهد بود که به شما یک ارجاع (اجازه از قبل) را برای مراجعه به متخصص برنامه درمانی یا سایر ارائه کنندگان خاص ارائه کند. PCP شما برای برخی انواع معرفی نامه ممکن است به دریافت اجازه قبلی از سوی OneCare Connect نیاز داشته باشد (این موضوع "اجازه قبلی" نام دارد).
- این نکته اهمیت دارد که ارجاع (اجازه از قبل) را پیش از رفتن نزد یک متخصص برنامه درمانی یا سایر ارائه کنندگان خاص از PCP خود دریافت کنید (چند استثناء وجود دارد که شامل مراقبتهای درمانی عادی بانوان می شود و درباره آنها در این بخش توضیح داده ایم). اگر قبل از دریافت خدمات از متخصص ارجاع (اجازه از قبل) ندارید، ممکن است لازم باشد که خودتان هزینه این خدمات را بپردازید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه خدماتی به اجازه قبلی نیاز دارند، لطفاً به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.
- اگر متخصص بخواهد که برای مراقبت بیشترنزد وی برگردید، ابتدا مطمئن شوید که ارجاع (اجازه از قبل) که از PCP خود برای ویزیت اول دریافت کردید ویزیت های بیشتر به متخصص را پوشش بدهد.

D3. اگر ارائه کننده عضو شبکه، برنامه درمانی ما را ترک کند چه اتفاقی می افتد؟

ممکن است ارائه کننده عضو شبکه ای که در حال حاضر استفاده می کنید برنامه درمانی ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه کنندگان شما برنامه درمانی ما را ترک کند، شما حقوق و محافظت هائی دارید که در زیر خلاصه می شود:

- اگرچه شبکه ارائه کنندگان ما ممکن است در طول سال تغییر کند، ما باید دسترسی متداوم به ارائه کنندگان مجرب را در اختیار شما قرار دهیم.

- در صورت امکان، حداقل 30 روز از قبل به شما اطلاع خواهیم داد تا برای انتخاب یک ارائه کننده جدید وقت داشته باشید.
- ما به شما کمک خواهیم کرد تا یک ارائه کننده مجرب جدید را برای ادامه مدیریت نیازهای مراقبت درمانی خود انتخاب کنید.
- اگر تحت مراقبت پزشکی قرار می گیرید، شما حق دارید که درخواست کنید و ما با شما همکاری کرده تا مطمئن شویم در دریافت مداوائی که ضرورت پزشکی دارد اختلالی ایجاد نشود.
- اگر عقیده دارید که ما ارائه کننده قبلی شما را با یک ارائه کننده مجرب جایگزین نکرده ایم یا مراقبت شما به طور مناسب مدیریت نشده است، شما حق دارید که در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید.

اگر متوجه شدید که یکی از ارائه کنندگان شما برنامه درمانی ما را ترک می کند، لطفاً با ما تماس بگیرید تا بتوانیم در پیدا کردن ارائه کننده جدید و مدیریت مراقبت به شما کمک کنیم. شما می توانید در طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با بخش خدمات مشتریان با شماره **1-855-705-8823** تماس حاصل فرمائید. کاربران TTY می توانند با **1-800-735-2929**تماس بگیرند.

D4. نحوه دریافت مراقبت از ارائه کنندگان خارج از شبکه

اعضای OneCare Connect برای دریافت مزایای خود می بایست به ارائه کنندگان و داروخانه های تحت قرارداد در اورنج کانتی مراجعه نمایند. OneCare Connect خدمات ارائه کنندگان خارج از شبکه را در شرایط زیر پوشش خواهد داد:

- مراقبت های اضطراری و خدمات فوری بیرون از منطقه که از یک ارائه کننده خارج از شبکه در آمریکا و مناطق تحت حاکمیت آن دریافت می کنید.
- اگر به مراقبت های پزشکی نیاز داشته باشید که مدیکر یا مدیکل پوشش آنرا به OneCare Connect محول نموده اند و ارائه کنندگان شبکه OneCare Connect قادر به ارائه آن مراقبت ها نباشند، می توانید مراقبت های مذکور را با مجوز قبلی از یک ارائه کننده خارج از شبکه دریافت کنید.
- خدمات دیالیز کلیه که وقتی موقتاً از حوزه خدمات رسانی خود که اورنج کانتی است خارج می شوید توسط یک مرکز دیالیز مورد تأیید مدیکر به شما ارائه می گردد.
- تنظیم خانواده.
- خدمات مراقبت های بهداشتی و درمانی سرخپوستان بومی آمریکا.
- خدمات زایمان و برخی خدمات مخصوص زنان مانند پاپ اسمیر.

اگر نزد یک ارائه کننده خارج از شبکه بروید، آن ارائه کننده باید برای مشارکت در مدیکر و/ یا مدیکل واجد شرایط باشد.

- ما نمی توانیم دستمزد ارائه کننده ای را پرداخت کنیم که برای مشارکت در مدیکر و/ یا مدیکل واجد شرایط نیست.
- اگر نزد ارائه کننده ای بروید که برای مشارکت در مدیکر واجد شرایط نیست، باید هزینه کامل خدماتی که دریافت می کنید را بپردازید.
- ارائه کنندگان باید به شما بگویند که آیا برای مشارکت در مدیکر واجد شرایط هستند.

E. نحوه دریافت خدمات و حمایت های طولانی مدت (LTSS)

خدمات و حمایت های طولانی مدت (LTSS) شامل خدمات محلی بزرگسالان (CBAS)، برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) و مراکز پرستاری (NF) می شوند. این خدمات ممکن است در خانه شما، جامعه محلی یا در یک مرکز ارائه شوند. انواع گوناگون LTSS در پایین توصیف شده اند:

- **خدمات محلی بزرگسالان (CBAS):** برنامه خدمات برپایه مرکز درمانی بیماران سرپائی که مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان، مراقبت شخصی، کارآموزی و آموزش وحمایت خانواده/ مراقبت دهنده، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدماتی را عرضه می کند که در صورت واجد شرایط بودن برای شرایط مربوطه دریافت می کنید.
- **برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP):** برنامه مخصوص کالیفرنیا که خدمات برپایه خانه و جامعه محلی (Home and Community-Based Services, HCBS) را در اختیار اشخاص واجد شرایط استقرار در خانه سالمندان که ترجیح میدهند در جامعه محلی باقی بمانند قرار میدهد.
  - اعضاء واجد شرایط مدیکل، 65 ساله یا بیشتر که دارای معلولیت هستند واجد شرایط این برنامه هستند. این برنامه میتواند جایگزینی برای بستری شدن در خانه سالمندان باشد.
  - برنامه MSSP شامل موارد زیر است اما محدود به آنها نمیباشد.مراکز روزانه مراقبت/ پشتیبانی سالمندان، کمک در مسکن مانند تغییرات محیطی و لوازم کمکی ، کمک در امور روزمره و مراقبتهای شخصی، نظارت ومحافظت، مدیریت مراقبت و خدمات دیگر میباشد ولی محدود به این خدمات نیست.
- **مرکز پرستاری (NF):** مرکزی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می کند که نمی توانند با ایمنی در خانه زندگی کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی به شما کمک خواهد کرد تا با هر برنامه آشنا شوید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره هریک از این برنامه ها می توانید در طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با بخش خدمات مشتریان با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند.

F. نحوه دریافت خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد)

شما به خدمات بهداشت رفتاری که ضرورت پزشکی دارند و تحت پوشش مدیکر و مدیکل می باشند دسترسی خواهید داشت. OneCare Connect دسترسی به خدمات بهداشت رفتاری تحت پوشش مدیکر را ارائه می کند. خدمات بهداشت رفتاری تحت پوشش مدیکل توسط OneCare Connect ارائه نمی گردد اما برای اعضای واجد شرایط OneCare Connect از طریق نهاد مراقبت های بهداشتی و درمانی اورنج کانتی ارائه خواهد شد.

F1. کدام خدمات بهداشت رفتاری مدیکل خارج از برنامه OneCare Connect توسط نهاد مراقبت های بهداشتی و درمانی اورنج کانتی ارائه می گردد؟

خدمات بهداشت روانی تخصصی مدیکل از طریق برنامه بهداشت روانی کانتی (MHP) در صورتی در دسترس شما قرار دارد که شرایط ضرورت پزشکی برای خدمات بهداشت روانی تخصصی مدیکل را برآورده کنید. خدمات تخصصی بهداشت روانی مدیکل ارائه شده توسط نهاد مراقبت های بهداشتی و درمانی اورنج کانتی عبارتند از:

- خدمات بهداشت روانی (ارزیابی، درمان، توانبخشی، متوازی و توسعه برنامه)
- خدمات پشتیبانی داروئی

- درمان ویژه روزانه
- توانبخشی روزانه
- دخالت در موارد بحرانی
- تثبیت موارد بحرانی
- خدمات مداوای بزرگسالان در منزل
- خدمات مداوا در منزل در موارد بحرانی
- خدمات مرکز بهداشتی روانپزشکی
- خدمات روانپزشکی بستری عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند

اگر شرایط لازم پزشکی مدیکل برای دارو را برآورده کنید، خدمات داروئی مدیکل از طریق سازمان مراقبت های بهداشتی اورنج کانتی در اختیار شما قرار می گیرد. خدمات داروئی مدیکل ارائه شده توسط برنامه الکل و مواد مخدر اورنج کانتی شامل موارد زیر می باشد:

- خدمات ویژه درمانی بیماران سرپائی
- خدمات مداوای مسکونی برای دوره پیش از زایمان
- خدمات بدون استفاده از دارو برای بیماران سرپائی
- خدمات مداوای اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات Naltrexone برای اعتیاد به مواد مخدر

علاوه بر خدمات داروئی مدیکل فوق الذکر، ممکن است به خدمات ترک اعتیاد داوطلبانه به صورت بستری نیز در صورت برآوری شرایط لازم پزشکی دسترسی داشته باشید.

خدمات تخصصی بهداشت روانی که توسط CalOptima پوشش داده نمی شوند از طریق سازمان مراقبت های بهداشتی اورنج کانتی ترتیب داده خواهند شد تا امکان دسترسی بدون وقفه اعضاء به خدمات تضمین گردد. اعضاء می بایست ابتدا برای ارزیابی و ارجاع به سطح متناسب خدمات با تلفن خدمات بهداشت رفتاری تماس بگیرند.

G. نحوه دریافت خدمات سرویس رفت و آمد

رفت وآمد پزشکی غیر اضطراری

خدمات حمل و نقل غیر اضطراری پزشکی با آمبولانس/ ون برانکارد، ون ویلچیر یا حمل و نقل هوایی در صورتی مناسب است که وضعیت ثبت شده عضو به صورتی است که انواع دیگر حمل و نقل صلاح نمیباشد و ضرورت پزشکی برای تعیین نوع حمل و نقل مورد درخواست استفاده شده.

قوانین برنامه ریزی از قبل ممکن است اعمال شود. برای برنامه ریزی حمل و نقل غیر اضطراری پزشکی با خدمات مشتریان توسط شماره تلفن **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TTY میتوانند با شماره خدمات رله دولتی **1-800-735-2929** تماس بگیرند.

رفت و آمد غیر پزشکی

- رفت و آمد غیر پزشکی نامحدود به مناطق ذکر شده در زیر تایید میشود:
  - خدمات تحت پوشش که از لحاظ پزشکی لازمند.
  - دریافت دارو.
  - دریافت لوازم پزشکی و سایر وسایل تحت پوشش لازم.
  - رفت و آمد به باشگاه ورزشی، با توجه به اینکه عضویت در باشگاه ورزشی به عنوانه مزیت تکمیلی تحت این برنامه ارائه شده است
- انواع وسایل نقلیه در دسترس:
  - بلیط اتوبوس روزانه/ ماهیانه
  - کوپن اکسس اورنج کانتی (OC Access)
  - بازپرداخت هزینه سوخت ماشین شخصی
  - تاکسی

قوانین برنامه ریزی از قبل ممکن است اعمال شود. رفت و آمد خود را حداقل 2 روز قبل از وقت ملاقات از طریق تماس تلفنی با شماره **1-855-306-0590** برنامه ریزی کنید. کاربران TTY میتوانند با شماره خدمات رله دولتی **1-800-735-2929** تماس بگیرند.

H. نحوه دریافت خدمات تحت پوشش هنگامیکه در وضعیت پزشکی اضطراری هستید یا نیاز مبرم به مراقبت دارید و درهنگام فاجعه

H1. دریافت مراقبت هنگامیکه وضعیت پزشکی اضطراری دارید

وضعیت پزشکی اضطراری چیست؟

وضعیت پزشکی اضطراری یک عارضه پزشکی به همراه علائمی از قبیل درد شدید یا مصدومیت وخیم می باشد. این عارضه آنقدر جدیست که اگر فوراً مورد مداوای پزشکی قرار نگیرید، شما یا هر شخص غیرحرفه ای با دانش متوسط در مورد مسائل بهداشتی و پزشکی می تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

- قراردادن سلامتی شخص یا کودک زاده نشده در معرض خطر جدی؛ یا
- آسیب جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا
- سوء عملکرد جدی هر اندام یا بخش بدن؛ یا
- در مورد زنان باردار هنگام درد زایمان یا زایمان در هنگامیکه که یکی از موارد زیر پیش بیاید:
  - وقت کافی برای انتقال ایمن عضو به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود ندارد.
  - انتقال ممکن است سلامتی و ایمنی عضو یا کودک زاده نشده را در معرض خطر قرار دهد

اگر در وضعیت پزشکی اضطراری هستید چه اقدامی باید بکنید؟

اگر در وضعیت پزشکی اضطراری هستید:

- **هرچه زودتر کمک دریافت کنید.** با 911 تماس گرفته یا به نزدیک ترین اتاق اورژانس یا بیمارستان بروید. در صورت لزوم برای آمبولانس درخواست کنید. لزومی ندارد که ابتدا از PCP خود اجازه یا ارجاع دریافت کنید.
- **در اسرع وقت، حتماً درباره وضعیت اضطراری خود به برنامه درمانی ما اطلاع دهید.** لازم است که مراقبت اضطراری شما را پیگیری کنیم. شما یا شخصی دیگری باید در مورد مراقبت اضطراری شما و معمولاً ظرف 48 ساعت با ما تماس بگیرد. البته توجه داشته باشید که بخاطر تأخیر در اعلام به ما لازم نیست هزینه ای برای خدمات اضطراری پرداخت کنید. لطفاً با شماره تلفن بخش خدمات اعضاء که در پشت کارت عضویت OneCare Connect شما درج شده است تماس حاصل فرمائید.

اگر وضعیت پزشکی اضطراری دارید چه مواردی تحت پوشش هستند؟

برنامه مدیکر خدمات پزشکی یا داروهائی را که در خارج از آمریکا و مناطق تحت حاکمیت آن (مانند پورتوریکو) خریداری کرده اید پوشش نمی دهد.

مزایای مدیکل شما فقط خدمات پزشکی اضطراری ارائه شده در کانادا و مکزیک را پوشش خواهد داد. اگر هزینه خدمات اضطراری نیازمند بستری را در کانادا یا مکزیک پرداخت کرده باشید، OneCare Connect فقط سقف مجاز در مدیکل را پرداخت خواهد کرد که ممکن است از رقمی که در عمل پرداخته اید کمتر باشد. می توانید مراقبت اضطراری تحت پوشش را هر زمان و در هر کجا در آمریکا یا مناطق تحت حاکمیت آن دریافت کنید. اگر برای رفتن به اورژانس به آمبولانس نیاز دارید، برنامه درمانی ما آنرا پوشش می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

OneCare Connect مزایای تکمیلی درموارد اضطراری، مراقبتهای فوری و حمل و نقل اورژانس در خارج از ایالات متحده آمریکا ارائه میکند. خدمات در سراسر دنیا به صورت یکسان از لحاظ پزشکی همانطور که در ایالات متحده دریافت می‌کنید خواهد بود. برای کسب اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

پس از خاتمه وضعیت اضطراری، ممکن است لازم باشد که مراقبت را پیگیری کرده تا مطمئن شوید که حالتان بهبود پیدا می کند. مراقبت پیگیری تحت پوشش ما خواهد بود اما ممکن است نیاز به اجازه قبلی داشته باشد. اگر مراقبت اضطراری را از ارائه کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید، ما تلاش خواهیم کرد تا ارائه کنندگان شبکه هر چه زودتر مراقبت از شما را به عهده بگیرند.

اگر معلوم شود وضعیت اضطراری پزشکی نبوده چطور؟

گاهی اوقات ممکن است تشخیص اینکه وضعیت پزشکی اضطراری دارید مشکل باشد. ممکن است برای مراقبت اضطراری بروید و پزشک به شما بگوید که در واقع وضعیت اضطراری پزشکی نبوده است. تا زمانیکه به طور منطقی تصور می کنید که در خطر جدی هستید، ما مراقبت شما را پوشش خواهیم داد.

ولی پس از اینکه پزشک بگوید که وضعیت اضطراری نبوده است، ما تنها زمانی مراقبت اضافی شما را پوشش خواهیم داد که:

- شما نزد یک ارائه کننده عضو شبکه بروید، **یا**
- مراقبت اضافی که دریافت می کنید "مراقبتی باشد که نیاز فوری دارد" و از مقررات برای دریافت این مراقبت پیروی کنید. (به بخش بعدی مراجعه کنید).

H2. دریافت مراقبتی که نیاز فوری دارد

مراقبتی که نیاز فوری دارد چیست؟

مراقبتی که نیاز فوری دارد نوعی مراقبت می باشد که برای یک بیماری، مصدومیت یا عارضه ناگهانی دریافت می کنید که اضطراری نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. برای مثال، ممکن است عارضه کنونی شما عود کرده باشد و نیاز به مداوا داشته باشد.

دریافت مراقبتی که نیاز فوری دارد هنگامیکه در حوزه خدمات رسانی برنامه درمانی هستید

در بیشتر شرایط، ما تنها زمانی مراقبتی که نیاز فوری دارد را پوشش می دهیم که:

- شما این مراقبت را از یک ارائه کننده عضو شبکه دریافت می کنید، **و**
- شما از سایر مقرراتی که در این فصل توصیف شده اند پیروی می کنید.

ولی اگر نمی توانید نزد یک ارائه کننده عضو شبکه بروید، ما مراقبتی که نیاز فوری دارد را از سوی ارائه کننده خارج از شبکه پوشش خواهیم داد.

برای آگاهی از نحوه دسترسی به خدمات مراقبت های فوری با شبکه درمانب تماس بگیرید. شماره تلفن شبکه درمانی خود را می توانید در کارت عضویت OneCare Connect خود بیابید.

دریافت مراقبتی که نیاز فوری دارد هنگامیکه در خارج حوزه خدمات رسانی برنامه درمانی هستید

هنگامیکه در خارج حوزه خدمات رسانی هستید، ممکن است نتوانید مراقبت را از ارائه کننده عضو شبکه دریافت کنید. در این صورت، برنامه درمانی ما هزینه مراقبتی که نیاز فوری دارد را از هر ارائه کننده ای پوشش خواهد داد.

ما سالانه مبلغ $50,000 دلار برای اورژانس، مراقبتهای فوری و حمل و نقل اورژانس خارج از ایالات متحده پرداخت می‌کنیم. خدمات در سراسر دنیا با شرایط مشابه از لحاظ ضرورت پزشکی همانطور که در ایالات متحده دریافت می‌کنید پوشش داده خواهند شد.

شما باید ابتدا هزینه خدمت پزشکی دریافت شده را پرداخت کنید، خلاصه ترخیص یا مدارک پزشکی معادل و مدارک پرداخت را ترجیحا به زبان انگلیسی و دلار آمریکا ارائه کنید. درخواست باز پرداخت را به همراه تمامی مدارک حمایتی به CalOptima ارائه دهید و ما آنها را بر حسب لزوم پزشکی قبل از پرداخت مرور می‌کنیم.

H3. دریافت مراقبت در بلایا و فجایع

اگر فرماندار ایالت شما، وزیر خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا، یا رئیس جمهور آمریکا در منطقه جغرافیائی شما رخ دادن بلایا یا وضعیت اضطراری را اعلام کنند، هنوز می توانید از OneCare Connect مراقبت دریافت کنید.

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت های مورد نیاز در صورت وقوع بلایای اعلام شده به وب سایت ما مراجعه کنید: http://www.fema.gov/disaster-recovery-centers. بیشتر خدمات توسط ارائه دهندگان شبکه ما ارائه می شوند. اگر به خدماتی نیاز دارید که نمی توان در شبکه ما ارائه کرد، OneCare Connect هزینه ارائه دهنده خارج از شبکه را پرداخت خواهد کرد. شما حق دارید که در صورت لزوم نزد یک ارائه دهنده مراقبت فوری یا اضطراری در خارج شبکه بروید. اگر ارائه کننده فعلی مدیکل یا مدیکرشما عضو شبکه ما نیست، در صورتی که همکاری با OneCare Connect را بپذیرد می توانید برای مدت زمان مشخصی هنوز به این ارائه کننده مراجعه کنید.

در صورت وقوع بلایای اعلام شده، به شما اجازه می دهیم که بدون هیچ هزینه ای نسبت به دریافت مراقبت از ارائه کنندگان خارج از شبکه اقدام نمائید. اگر در صورت وقوع بلایای اعلام شده نمی توانستید از یک داروخانه عضو شبکه استفاده کنید، می توانید داروهای نسخه ای خود را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید. برای اطلاعات بیشتر فصل 5 را ببینید.

I. اگر برای هزینه کامل خدمات تحت پوشش برنامه ما صورتحساب دریافت کرده باشید چه کاری باید انجام دهید؟

اگر ارائه کننده، صورتحساب را به جای ارسال به برنامه درمانی برای شما ارسال کند، شما باید از ما بخواهید که صورتحساب را پرداخت کنیم.

- **شما نباید شخصاً صورتحساب را پرداخت کنید. اگر اینکار را بکنید، در این صورت ممکن است برنامه درمانی نتواند به شما بازپرداخت کند.**

اگر هزینه خدمات تحت پوشش خود را پرداخت کرده اید یا اگر صورتحسابی را برای هزینه خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده اید، برای کسب اطلاعات در مورد اینکه چکار کنید به فصل 7 مراجعه کنید.

I1. اگر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی ما نباشند چکار کنید؟

OneCare Connect تمام خدمات زیر را پوشش می دهد:

- خدماتی که تشخیص داده شده ضروری هستند، **و**
- خدماتی که در جدول مزایای برنامه درمانی ذکر شده اند (به فصل 4 مراجعه کنید)، **و**
- آنها را با پیروی از مقررات برنامه درمانی دریافت می کنید.

← اگر خدماتی را دریافت کنید که تحت پوشش برنامه درمانی ما نباشند، **باید شخصاً هزینه کامل را بپردازید.**

اگر می خواهید بدانید که ما هزینه هرگونه خدمات یا مراقبتی را پرداخت خواهیم کرد، شما حق دارید که در این مورد ازما سؤال کنید. شما همچنین حق دارید نسخه کتبی آنرا درخواست کنید. اگر بگوئیم که هزینه خدمات شما را پرداخت نخواهیم کرد، شما حق دارید که در مورد تصمیم ما درخواست بررسی مجدد کنید.

فصل 9 در مورد اینکه اگر بخواهید ما اقلام یا خدمات پزشکی را پوشش دهیم چکار کنید توضیحاتی را ارائه می دهند. همچنین نحوه درخواست بررسی مجدد برای تصمیم پوشش ما را به شما می گوید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق درخواست بررسی مجدد خود می توانید با بخش خدمات اعضاء نیز تماس بگیرید.

ما هزینه برخی خدمات را تا حد مشخصی پرداخت خواهیم کرد. اگر از آن حد تجاوز کنید، باید برای دریافت بیشتر آن نوع خدمات هزینه کامل را پرداخت کنید. برای کسب اطلاعات در مورد این حدود و اینکه چقدر برای رسیدن به آنها فاصله دارید با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.

J. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما هنگامیکه در یک پژوهش بالینی هستید چگونه است؟

J1. پژوهش بالینی چیست؟

یک پژوهش بالینی (آزمون بالینی نیز خوانده می شود) روشی می باشد که پزشکان انواع جدید مراقبت درمانی یا دارو را آزمایش می کنند. آنها برای کمک در انجام پژوهش درخواست داوطلب می کنند. این نوع پژوهش به پزشکان کمک می کند که تصمیم بگیرند آیا نوع جدید مراقبت درمانی یا دارو مؤثر بوده یا ایمن است.

زمانیکه پژوهشی که می خواهید در آن شرکت کنید توسط مدیکر تصویب شود، شخصی که در انجام آن پژوهش شرکت دارد با شما تماس خواهد گرفت. آن شخص اطلاعاتی را در مورد پژوهش به شما خواهد داد و مشخص می کند که آیا برای شرکت در آن واجد شرایط هستید. شما تا زمانیکه شرایط لازم را برآورده کنید می توانید در پژوهش شرکت کنید. شما همچنین باید درک کنید و قبول کنید که برای پژوهش باید چکار کنید.

شما در طول شرکت در پژوهش باید در برنامه درمانی ما عضویت داشته باشید. بدین طریق می توانید به دریافت مراقبتی که مربوط به پژوهش نیست از برنامه ما ادامه دهید.

اگر می خواهید در پژوهش بالینی مورد تأیید مدیکر شرکت کنید، لزومی ندارد که از ما یا ارائه کننده مراقبتهای درمانی اولیه خود اجازه بگیرید. ارائه کنندگانی که به عنوان بخشی از پژوهش از شما مراقبت می کنند لزومی ندارد که ارائه کنندگان شبکه باشند.

شما قبل از شروع شرکت در پژوهش بالینی لازم است که به ما اطلاع دهید.

اگر می خواهید در پژوهش بالینی باشید، شما یا هماهنگ کننده مراقبت های شخصی شما باید با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

J2. هنگامیکه در پژوهش بالینی شرکت می کنید، چه کسی و برای چه مواردی پرداخت می کند؟

اگر برای شرکت در یک پژوهش بالینی مورد تأیید مدیکر داوطلب شوید، هیچ هزینه ای از بابت خدمات تحت پوشش پژوهش پرداخت نمی کنید و مدیکر هزینه خدمات تحت پوشش پژوهش و نیز مخارج معمول مربوط به مراقبت های شما را پرداخت می کند. هنگامیکه به پژوهش بالینی مورد تأیید مدیکر می پیوندید، شما برای بیشتر اقلام و خدماتی که به عنوان بخشی از پژوهش دریافت می کنید تحت پوشش هستید. شامل این موارد:

- هزینه اقامت و خوراک در بیمارستان که حتی اگر در پژوهش نبودید مدیکر پرداخت می کند.
- جراحی یا سایر عمل های پزشکی که بخشی از پژوهش باشند.
- مداوای هرگونه اثرات جانبی و اختلالات مراقبت جدید.

اگر شما بخشی از پژوهشی می باشید که مدیکر **تصویب نکرده,** است، شما باید هرگونه هزینه مربوط به پژوهش را پرداخت کنید.

J3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد پژوهش‌های بالینی

می توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرکت در پژوهش بالینی
"Medicare & Clinical Research Studies" را در وب سایت مدیکر مطالعه کنید:
(https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)
همچنین میتوانید با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICAREدرطول 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس حاصل نمایند.

K. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما هنگامیکه در یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی هستید چگونه است؟

K1. سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی چیست؟

سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی مکانی است که به شما مراقبتی را ارائه می کند که معمولاً در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی دریافت می کنید. اگر دریافت مراقبت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برخلاف باورهای مذهبی شماست، ما هزینه مراقبت در سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی را پوشش می دهیم.

شما می توانید مراقبت درمانی را در هر زمان و به هر دلیلی دریافت کنید. این مزایا تنها به خدمات بیماران بستری مدیکر بخش A مربوط می شود (خدمات مراقبت درمانی غیرپزشکی). مدیکر تنها هزینه خدمات مراقبت درمانی غیرپزشکی ارائه شده توسط سازمان های مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی را پرداخت خواهد کرد.

K2. دریافت مراقبت از سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی

شما برای دریافت مراقبت از سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی باید یک سند قانونی را امضاء کنید که متذکر می شود شما مخالف دریافت مداوای پزشکی "غیرمنتظره" هستید

- مداوای پزشکی "غیرمنتظره" هر نوع مراقبتی می باشد که داوطلبانه بوده و براساس هرگونه قانون فدرال، ایالتی یا محلی لازم نیست.
- مداوای پزشکی "مورد انتظار" هر نوع مراقبتی می باشد که داوطلبانه نبوده و تحت هرگونه قانون فدرال، ایالتی یا محلی لازم است.

برای اینکه تحت پوشش برنامه درمانی ما باشید، مراقبتی که از سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می کنید باید شرایط زیر را برآورده کند:

- مرکزی که مراقبت را ارائه می کند باید از مدیکر مجوز گرفته باشد.
- پوشش خدمات برنامه درمانی ما به جنبه های غیرمذهبی مراقبت محدود می شود.
- اگر خدماتی را از این سازمان دریافت کنید که در یک مرکز درمانی ارائه شده باشد، موارد زیر اطلاق پذیر هستند:
  - شما باید مبتلا به یک عارضه پزشکی باشید که به شما امکان می دهد خدمات تحت پوشش را برای مراقبت بیماران بستری در بیمارستان یا مراقبت مرکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
  - شما باید قبل از اینکه در این مرکز پذیرفته شوید اجازه ما را دریافت کنید یا در غیراینصورت اقامت شما پوشش داده نخواهد شد.

محدودیت های پوشش مدیکر برای بستری در بیمارستان اعمال می شوند. لطفاً به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

L. مقررات مربوط به مالکیت وسائل با دوام پزشکی(DME)

L1. مالکیت وسائل با دوام پزشکی برای اعضاء برنامه

وسائل با دوام پزشکی DME به معنی برخی لوازم می باشد که توسط ارائه کننده برای استفاده در خانه خود شما سفارش داده شده باشد. برای نمونه صندلی چرخدار، چوب زیربغل، تشک متحرک ، لوازم دیابت و تخت بیمارستانی که توسط ارائه دهنده به منظور استفاده در منزل سفارش داده شده است، پمپ تزریق وریدی، دستگاه تولید تکلم، لوازم اکسیژن و اسپریهای تنفسئ و واکر.

شما همیشه صاحب برخی اقلام از قبیل پروتز خواهید بود.

در این بخش، ما در مورد وسائل با دوام پزشکی DME که باید اجاره کنید صحبت می کنیم. بعنوان یک عضو OneCare Connect معمولاً شما صاحب DME که استفاده میکنید نمیشوید حتی اگر مدت طولانی آن را اجاره کرده باشید.

تحت پوشش مدیکر، اشخاصی که انواع خاصی از وسائل با دوام پزشکی را اجاره می کنند بعد از 13 ماه صاحب آن می شوند. اما بعنوان یک عضو OneCare Connect معمولاً می توانید در شرایط خاص، و با اجازه قبلی بعد از اینکه آنها

را برای مدت زمان خاصی اجاره کردید، مالکیت وسائل را داشته باشید. لطفاً برای دریافت اطلاعات در مورد شرایط و مدارکی که برای این امر باید ارائه نمایید با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

حتی اگر وسایل پزشکی با دوام را تا 12 ماه متوالی تحت مدیکر و قبل از عضویت در برنامه ما داشته اید، مالکیت وسایل را نخواهید داشت.

L2. اگر پوشش خود را به مدیکر تغییر دهید برای مالکیت لوازم پزشکی با دوام شما چه اتفاقی می افتد؟

در برنامهٔ اولیه، کسانی که انواع خاصی از DME را اجاره میکنند بعد از 13ماه مالک آن میشوند. در برنامه مزیتی Medicare ، برنامه میتواند تعداد ماه هایی را که اشخاص باید انواع خاصی از DME را اجاره کنند تا مالک آن شوند را مشخص می‌کند.

نکته: شما میتوانید تعاریف برنامه‌های Medicare اصلی و Medicare را در فصل 12 بیابید. همچنین شما میتوانید اطلاعات بیشتری را در کتابچه مدیکر و شما سال 2020 بیابید. چنان چه شما به این کتابچه دسترسی ندارید میتوانید به وبسایت (http://www.medicare.gov) مراجعه کنید یا با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) طی 24 ساعت شبانه روز در7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

شما باید 13 قسط پشت سرهم تحت مدیکر اصلی را پرداخت کنید یا یک سری پرداخت را به ترتیب و پشت سر هم برای برنامه مزیتی مدیکر پرداخت کنید تا صاحب وسیله شوید، اگر:

- شما صاحب وسائل با دوام پزشکی درهنگامیکه در برنامه درمانی ما عضو بودید نشده باشید و
- شما برنامه درمانی ما را ترک کرده و مزایای مدیکر خود را در خارج هرگونه برنامه درمانی در برنامه مدیکر اصلی دریافت کنید.

اگر قبل از عضویت در برنامه درمانی ما، اقساطی را برای وسائل بادوام پزشکی تحت مدیکر اصلی پرداخت کردید، **اقساط به حساب پرداختی که شما باید بعد از ترک برنامه ما پرداخت کنید گذاشته نمی‌شود.**

- شما باید 13 قسط پشت سرهم تحت مدیکر اصلی را پرداخت کنید یا یک سری پرداخت را به ترتیب و پشت سر هم برای برنامه مزیتی مدیکر پرداخت کنید تا صاحب وسیله شوید
- استثنائی در این مورد هنگامیکه به مدیکر اصلی یا مزیتی برمی گردید وجود ندارد.

فصل 4: جدول مزایا

مقدمه

این فصل شما را از خدماتی که OneCare Connect پوشش میدهد و موانع و یا محدودیت‌های احتمالی در ارائه آن مطلع می‌کند. همچنین به شما میگوید که چه سرویس هایی تحت پوشش برنامه ما نیست. واژگان کلیدی و توضیحات آنها در انتهای فصل پایانی کتابچه راهنمائ اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش شما 44

B. قوانین مغایر با دریافت هزینه نقدی توسط ارائه دهندگان خدمات 44

C. جدول مزایا برنامه ما..... 44

D. جدول مزایا 45

E. مزایای پوشش داده شده در خارج از OneCare Connect..... 85

E1. بازگشت به جامعه کالیفرنیا (CCT)..... 85

E2. برنامه دندانپزشکی(Medi-Cal (Medicaid 86

E3. مراقبت آسایشگاه بیماران رو به مرگ..... 86

F. مزایائی که توسط Medicare، OneCare Connect یا Medi-Cal پوشش داده نمی شوند 87

A. خدمات تحت پوشش شما

این فصل اطلاعاتی در مورد خدماتی که OneCare Connect هزینه آنها را پرداخت می کند به شما می دهد. همچنین به شما می گوید که برای هر یک از خدمات چقدر پرداخت می کنید. شما همچنین از خدماتی مطلع می شوید که تحت پوشش نیستند. اطلاعات مربوط به مزایای داروئی در فصل 5 ذکر شده است. این فصل محدودیت های برخی از خدمات را نیز شرح می دهد.

تا زمانی که قوانین برنامه را دنبال کنید؛ به این دلیل که کمکهای مدیکل را دریافت مینمایید، لازم نیست برای خدمات تحت پوشش هزینه ای بپردازید. برای دریافت اطلاعات در مورد قوانین برنامه به فصل 3 مراجعه نمایید.

اگر برای فهمیدن اینکه کدام خدمات تحت پوشش هستند به کمک نیاز دارید، با بخش خدمات اعضاء با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند.

B. قوانین مغایر با دریافت هزینه نقدی توسط ارائه دهندگان خدمات

ما به ارائه کنندگان OneCare Connect اجازه نمی دهیم که مبلغی برای خدمات تحت پوشش از شما مطالبه کنند. پرداخت به ارائه کنندگان خدمات به صورت مستقیم توسط ما انجام می شود و بدین ترتیب شما از پرداخت هرگونه هزینه ای بی نیاز هستید. حتی در صورتی که مبلغ پرداختی ما به ارائه کنندگان خدمات، از مبلغی که ارائه کننده برای آن خدمات مطالبه می کند کمتر باشد، این موضوع کماکان صادق خواهد بود.

شما هیچ وقت نباید از یک ارائه دهنده خدمات برای خدمات تحت پوشش صورتحساب دریافت کنید. اگر صورتحسابی دریافت کردید ، به فصل 7 مراجعه کرده یا با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.

C. جدول مزایا برنامه ما

جدول مزایا نشان دهنده خدماتی است که هزینه آن ها توسط برنامه پرداخت می شود. در این جدول دسته بندی خدمات به ترتیب حروف الفبا ذکر گردیده و خدمات تحت پوشش شرح داده شده اند.

ما هزینه های مربوط به خدمات مندرج در جدول مزایا را منوط به رعایت قوانین ذیل پرداخت میکنیم. تا زمانی که همه شرایط پوشش ذکر شده در زیر را داشته باشید هیچگونه هزینه ای برای خدمات تحت پوشش پرداخت نمیکنید.

- خدمات تحت پوشش مدیکر و مدیکل شما باید مطابق با قوانین اعلام شده از سوی مدیکر و مدیکل ارائه شود.
- این خدمات (شامل خدمات مراقبت پزشکی، بهداشت رفتاری و اعتیاد، خدمات و پشتیبانی بلندمدت، وسائل، تجهیزات، و داروها) باید از نظر پزشکی ضرورت داشته باشند. ضرورت پزشکی بدین معناست که شما برای پیشگیری، تشخیص و یا درمان بیماری به این خدمات نیاز دارید. این شامل مراقبتهایی است که ازبستری شدن در بیمارستان یا خانه سالمندان جلوگیری میکند. همچنین شامل خدمات، لوازم یا داروهایی است که طبق استاندارد پزشکی قابل قبول هستند. خدماتی از نظر پزشکی ضروری شناخته میشوند که برای زنده نگاه داشتن شخص، پیشگیری از بیماری یا معلولیت یا برای کاهش درد، ضروری و معقول باشند
- این خدمات از سوی یکی از اعضای شبکه ارائه کنندگان خدمات به شما عرضه می شود. ارائه کننده خدمات عضو شبکه ارائه کنندهایی است که با ما همکاری می کند. در بیشتر موارد، در صورت استفاده شما از خدمات ارائه کنندگان خارج از شبکه، بازپرداخت هزینه های شما را تقبل نمی کنیم. فصل 3 اطلاعات بیشتری را در مورد استفاده از خدمات ارائه کنندگان عضو شبکه و خارج از شبکه در اختیار شما قرار خواهد داد.

- برای شما یک ارائه کننده مراقبت های اصلی (PCP) و یا یک تیم درمانی در نظر گرفته می شود که ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به شما را مدیریت می کنند. در اکثر موارد، شما پیش از مراجعه به سایر ارائه کنندگان عضو شبکه باید از PCP خود مجوز بگیرید. به این ارجاع می گویند. فصل 3 حاوی اطلاعات بیشتری در مورد دریافت ارجاع است و مواردی را به ارجاع نیاز دارید شرح می دهد.
- شما باید خدمات مراقبت های بهداشتی و درمانی خود را از ارائه کنندگانی دریافت کنید که وابسته به گروه پزشکی PCP شما هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 3 مراجعه کنید.
- برخی از خدمات مندرج در جدول مزایا تنها در صورتی تحت پوشش قرار می گیرند که پزشک و یا یکی دیگر از ارائه کنندگان عضو شبکه قبلاً از ما مجوز دریافت کرده باشند. این موضوع مجوز قبلی نام دارد. خدمات تحت پوششی که نیاز به مجوز قبلی دارند با نشان ستاره (*) در جدول مزایا مشخص شده اند.
- کلیه خدمات پیشگیرانه رایگان می باشند. شما این سیب را در کنار خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا مشاهده خواهید کرد
- خدمات انتخابی برنامه مراقبت (CPO) ممکن است تحت برنامه درمانی شخصی موجود باشد. این خدمات کمکهای بیشتری در منزل به شما ارائه میکنند، مانند خوراک، کمک به شما یا پرستار شما، نصب دستگیره در حمام یا نصب سکوی شیبدار. این خدمات به زندگی مستقل شما کمک میکنند اما جانشین خدمات و پشتیبانی بلند مدت (LTSS) که شما واجد شرایط دریافت تحت مدیکل هستید، نمیشوند. اگر به کمک نیاز دارید یا میخواهید بدانید که خدمات CPO چگونه به شما کمک میکنند با کارشناس هماهنگی مراقبتهای شخصی خود تماس بگیرید.

D. جدول مزایا

	خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
	معاینه تشخیصی آنوریسم آئورت شکمی ما هزینه یک سونوگرافی تشخیصی برای افراد در معرض خطر را می پردازیم. برنامه تنها در صورتی این معاینه تشخیصی را پوشش می دهد که شما در معرض عوامل خطر خاصی بوده و اگر از پزشک خود، دستیار پزشک، کارورز پرستاری یا متخصص پرستاری بالینی برای آن ارجاع گرفته باشید.	$0
	طب سوزنی ما هزینه دو مورد طب سوزنی غیربستری را در هر ماه تقویمی یا در صورت ضرورت پزشکی به دفعات بیشتر می پردازیم.	$0

	خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
	معاینه تشخیصی و مشاوره اعتیاد به الکل ما هزینه یک بار معاینه تشخیصی سوء مصرف الکل (SBIRT) را برای بزرگسالانی که سوء مصرف الکل داشته ولی به الکل وابسته نیستند می پردازیم. این امر زنان باردار را نیز شامل می شود. در صورتی که تشخیص سوء مصرف الکل در شما مثبت باشد، می توانید هر سال تا سقف چهار جلسه کوتاه مشاوره حضوری با یک ارائه کننده مراقبت های اصلی واجد شرایط و یا یک کارورز در یک مرکز مراقبت های اصلی بهره مند شوید (به شرط اینکه توانائی حضور داشته باشید و در طول جلسات مشاوره کاملا هشیار باشید).	$0
	خدمات آمبولانس* خدمات آمبولانس تحت پوشش شامل خدمات آمبولانس زمینی، بال ثابت و بال گردان می شود. آمبولانس شما را به نزدیک ترین مرکز پزشکی که می تواند به شما خدمات ارائه کند منتقل می نماید. وضعیت شما باید به قدری حاد باشد که سایر روش های مراجعه به مراکز پزشکی، سلامتی یا جان شما را به خطر بیندازد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد باید از سوی ما تأیید شود. در مواردی که اضطراری نیستند، ممکن است ما هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. وضعیت شما باید به قدری حاد باشد که سایر روش های مراجعه به مراکز پزشکی، سلامتی یا جان شما را به خطر بیندازد. * مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.	$0
	ویزیت سالانه تندرستی شما می توانید یک بار در سال معاینه کامل شوید. این امر به منظور ایجاد و یا به روزرسانی برنامه پیشگیری و بر اساس عوامل خطرساز شما صورت می پذیرد. هزینه این کار را هر 12ماه یک بار می پردازیم.	$0

	خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
	سنجش تراکم استخوان ما هزینه های مربوط به آزمایشهای مشخصی را برای اعضای واجد شرایط می پردازیم (معمولاً افرادی که در معرض خطر از دست دادن تراکم استخوان و یا ابتلا به پوکی استخوان قرار دارند). این روشها (آزمایشها) تراکم و کیفیت استخوان را مشخص کرده و همچنین از دست رفتن تراکم استخوان را مشخص می کنند. ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یک بار و در صورت ضرورت پزشکی به دفعات بیشتر می پردازیم. ما هزینه پزشک برای مشاهده و اظهار نظر در مورد نتایج را نیز تقبل می کنیم.	$0
	معاینه تشخیصی سرطان سینه (ماموگرافی) ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • یک ماموگرافی پایه درسنین بین 35 و 39 سال • یک ماموگرافی تشخیصی هر 12 ماه برای زنان به سن 40 سال به بالا • معاینه بالینی سینه هر 24 ماه یکبار.	$0
	خدمات توانبخشی قلبی* ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی مانند ورزش، آموزش و مشاوره را به عهده می گیریم. اعضاء باید ازطرف پزشک خود ارجاع داشته باشند و واجد شرایط ویژه ای باشند. ما همچنین برنامه های توانبخشی قلبی فشرده را که گسترده تر از برنامه های توانبخشی قلبی هستند پوشش می دهیم. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
ویزیت کاهش خطر بیماری های قلبی- عروقی (درمان بیماری های قلبی) به منظور کاهش خطر بیماری های قلبی، هزینه یک ویزیت سالانه و یا بیشتر در صورت نیاز پزشکی توسط ارائه کننده مراقبت های اصلی شما را می پردازیم. به هنگام این ویزیت پزشک شما می تواند: • در مورد استفاده از آسپرین با شما صحبت کند، • فشار خون شما را اندازه گیری کند و یا • شما را در رابطه با تغذیه صحیح راهنمائی کند.	$0
آزمایشات مربوط به بیماری های قلبی-عروقی هر پنج سال (60 ماه) یک بار هزینه های آزمایش خون جهت تشخیص بیماری های قلبی-عروقی را می پردازیم. این آزمایش ها نواقصی را که خطر بیماری های قلبی را افزایش می دهند نیز بررسی می کنند.	$0
معاینه تشخیصی سرطان دهانه رحم و واژن هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • برای همه زنان: آزمایش های پاپ اسمیر و بررسی های لگنی هر 24 ماه یکبار • برای زنانی که در معرض افزایش خطر سرطان دهانه رحم یا واژن قرار دارند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه • برای زنانی که در 3 سال گذشته یک آزمایش پاپ اسمیر غیرعادی داشته اند و در سن بچه دار شدن هستند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه.	$0
خدمات کایروپرکتیک و جابجائی ستون فقرات* هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • جا انداختن ستون فقرات برای موقعیت درست مهره ها *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

	خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
	معاینه تشخیصی سرطان روده بزرگ یا مقعد برای افراد 50 سال و بالاتر هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر (یا معاینه تشخیصی تنقیه باریم) هر 48 ماه • آزمایش خون مخفی در مدفوع، هر 12 ماه • آزمایش گایاک برای خون مخفی در مدفوع یا آزمایش ایمونوشیمیائی مدفوع، هر 12 ماه • معاینه تشخیصی روده بزرگ یا مقعد بر اساس DNA، هر 3 سال • کولونوسکوپی هر ده سال (ولی در محدوده 48 ماهگی سیگموئیدوسکوپی نمی باشد) • کولونوسکوپی (یا معاینه تشخیصی تنقیه باریوم) برای اشخاصی که در معرض خطر زیاد سرطان روده بزرگ قرار دارند، هر 24 ماه باید با پزشک خود در مورد ارجاع مشورت نمایید.	$0
	خدمات محلی مخصوص بزرگسالان (CBAS)* CBAS یک برنامه خدمات غیربستری در مراکز درمانی است که اشخاص بر اساس برنامه زمانی در آن شرکت می کنند. خدمات پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، انواع درمان ها (شامل کاردرمانی، ورزش و گفتاردرمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/ سرپرست، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات در قالب این برنامه عرضه می شود. در صورت واجد شرایط بودن شما برای عضویت در CBAS، ما هزینه های آن را می پردازیم. **مهم:** اگر یک مرکز CBAS موجود نباشد، ما می توانیم این خدمات را جداگانه ارائه دهیم. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

	خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
	مشاوره ترک مصرف سیگار و دیگر دخانیات اگر از دخانیات استفاده می کنید ولی علائم یا نشانه های بیماری های مربوط به استفاده از تنباکو را ندارید، یا می خواهید یا لازم است که ترک کنید: • ما هزینه دو نوبت تلاش برای ترک را در یک دوره 12 ماهه بعنوان خدمات پیشگیرانه پرداخت می کنیم. این خدمات برای شما رایگان است. هر بار تلاش برای ترک کردن شامل حداکثر چهار مشآوره حضوری می شود. اگر شما دخانیات مصرف می کنید و به بیماری های ناشی از مصرف دخانیات مبتلا شده اید، و یا داروهائی مصرف می کنید که دخانیات بر آنها تاثیر می گذارد: • ما هزینه دو مشاوره ترک دخانیات را در ظرف یک دوره 12 ماهه پرداخت خواهیم کرد. هر بار مشاوره می تواند تا سقف چهار ویزیت حضوری را شامل شود. اگر باردار هستید، می توانید با کسب اجازه قبلی، از جلسات مشاوره ترک مصرف دخانیات به هر تعداد که لازم باشد بهره مند شوید.	$0
	خدمات دندانپزشکی برخی از خدمات دندانپزشکی مانند تمیز کردن دندانها، پر کردن و تهیه دندان مصنوعی از طریق برنامه دندانپزشکی مدیکل در اختیار شما قرار میگیرد. لطفاً به بخش F برای اطلاعات بیشتر در مورد این مزایا مراجعه نمایید.	$0
	معاینه تشخیصی افسردگی ما هر سال هزینه یک معاینه تشخیصی افسردگی را می پردازیم. معاینه تشخیصی باید در مراکز مراقبت های اصلی صورت گیرد که می توانند درمان و ارجاعات پیگیری را ارائه کنند.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
معاینه تشخیصی مرض قند (دیابت) در صورت دارا بودن هر یک از عوامل خطرساز ما هزینه این معاینه تشخیصی (شامل آزمایش قند خون ناشتا) را تحت پوشش قرار می دهیم: • فشار خون بالا (پرفشاری) • سابقه کلسترول و تری گلیسرید غیرعادی (دیس لیپیدمی) • چاقی مفرط • سابقه قند خون بالا (گلوکز) در برخی موارد خاص مانند اضافه وزن همراه با سابقه خانوادگی دیابت، هزینه آزمایشات پرداخت می شود. بسته به نتیجه آزمایش، شما از حداکثر دو تست معاینه تشخیصی دیابت در هر 12 ماه برخوردار میشوید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
آموزش، خدمات و تجهیزات مورد نیاز برای درمان های شخصی دیابت* هزینه خدمات زیر برای همه بیماران دیابتی پرداخت می شود (صرف نظر از اینکه آیا انسولین مصرف می کنند یا خیر): • لوازم اندازه گیری و سنجش گلوکز/قند خون شامل لوازم زیر: ○ دستگاه اندازه گیری قند خون ○ نوارهای تست قند خون ○ لانست و سوزن های آن ○ محلول های کنترل گلوکز برای بررسی دقت نوارهای تست و دستگاه های اندازه گیری • برای افراد دیابتی مبتلا به عوارض شدید پای دیابتی، هزینه خدمات ذیل پرداخت می شود: ○ یک جفت کفش قالب سفارشی طبی (شامل توکفشی) شامل اندازه گیری و دو جفت توکفشی اضافه در هر سال، یا ○ یک جفت کفش عمق دار، شامل اندازه گیری، و سه جفت توکفشی در سال (شامل توکفشی های برداشتنی غیرسفارشی نمی شود که به همراه این کفش ها ارائه می شوند) در برخی موارد ، هزینه آموزش های لازم برای شما پرداخت می شود تا بیماری دیابت را بهتر تحت کنترل بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر، با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید. *ممکن است قوانین صدور مجوز اعمال شود.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه* (برای آشنائی با تعریف "تجهیزات پزشکی بادوام (DME)" به فصل 12 این کتابچه مراجعه کنید.) اقلام ذیل تحت پوشش هستند: • صندلی چرخدار • چوب زیربغل • سیستم های تشک برقی • پد فشار خشک برای تشک • لوازم دیابت • تخت های بیمارستانی که توسط یک ارائه کننده برای استفاده در منزل سفارش داده می شوند • پمپ و پایه تزریق وریدی • پمپهای و تجهیزات تغذیه • دستگاه تولید گفتار • تجهیزات و لوازم اکسیژن • نبولایزر • واکر • عصای عادی با دسته خمیده و یا چهارپایه و تجهیزات یدکی • لوازم کشش گردن (قابل نصب روی در) • محرک استخوان • تجهیزات مراقبت از دیالیز ممکن است اقلام دیگری پوشش داده شوند. ما هزینه تمام تجهیزات DME را پوشش می دهیم که از نظر پزشکی ضروری بوده و مدیکل(مدیک اید)معمولاً هزینه های آن ها را تقبل می کند. اگر عرضه کننده تجهیزات ما در منطقه شما محصولات یک مارک یا تولیدکننده خاص را ندارد، می توانید از وی بخواهید تا در صورت امکان آن را به صورت ویژه برای شما سفارش دهد. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند		هزینه ای که شما باید بپردازید
	مراقبت های اضطراری منظور از مراقبت های اضطراری خدماتی است که: • توسط ارائه دهنده ای ارائه شوند که برای خدمات اضطراری آموزش دیده است، **و** • مورد نیاز برای مداوای موارد اضطراری پزشکی می باشد. منظور از موقعیت اضطراری پزشکی یک عارضه پزشکی است به همراه درد شدید یا آسیب دیدگی جدی. موقعیت به قدری بحرانی است که اگر فورا مراقبت های پزشکی به عمل نیاید، هر فردی با آگاهی متوسط در زمینه سلامتی و پزشکی بداند که: • خطر جدی برای سلامتی شما یا فرزند به دنیا نیامده شما وجود دارد؛ **یا** • صدمه جدی به عملکردهای بدنی پیش می آید ؛ **یا** • نقص کارکرد جدی بخشی یا عضوی از بدن پیش می آید؛ **یا** • در مورد زنان باردار در وضع حمل، موقعی که: ○ زمان کافی برای انتقال بی خطر شما به بیمارستان دیگری قبل از زایمان وجود ندارد. ○ انتقال به بیمارستان دیگر باعث به خطر افتادن سلامتی شما یا فرزند به دنیا نیامده شما می شود. ما تا سقف مبلغ $50,000 بابت خدمات اورژانسی و مراقبتهای فوری و حمل و نقل اورژانس دریافت شده در خارج از ایالات متحده پرداخت می‌کنیم. خدمات در سراسر جهان با شرایط یکسان از لحاظ لزوم و کیفیت پزشکی که در ایالات متحده ارائه میشد انجام میشود. شما ابتدا باید هزینه خدمات پزشکی دریافت شده را پرداخت کنید، برگ ترخیص یا مدرک پزشکی معادل و مدرک دال بر پرداخت ترجیحا به دلار امریکا و به زبان انگلیسی دریافت کنید. فرم درخواست باز پرداخت را به همراه تمام مدارک تکمیلی به CalOptima ارسال کنید، ما آنها را بر حسب ضرورت و لزوم پزشکی بررسی می‌کنیم قبل از اینکه پرداخت را انجام دهیم.	$0 در صورت استفاده از خدمات اضطراری بیمارستان های خارج از شبکه، پس از تثبیت وضعیت بیماری، باید به یکی از بیمارستان های عضو شبکه منتقل شوید. تنها در صورتی می توانید در بیمارستان خارج از شبکه بستری بمانید که برنامه تان بستری شما را تأیید نماید. شما برای خدمات اورژانس و فوری خارج از ایالات متحده تا سقف مبلغ $50,000 باز پرداخت میشوید.

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند		هزینه ای که شما باید بپردازید
	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما اجازه می دهد به دلخواه خود هر ارائه دهنده خدمات تنظیم خانواده را که مایلید انتخاب نمائید. این بدان معناست که محدودیتی در انتخاب پزشک، کلینیک، بیمارستان، داروخانه و یا مرکز تنظیم خانواده وجود ندارد. هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • معاینات و درمان های مربوط به تنظیم خانواده • تست های تشخیصی و آزمایشگاهی تنظیم خانواده • روش های تنظیم خانواده (IUD، کاشت، تزریق، قرص ضدبارداری، پچ یا حلقه) • لوازم تنظیم خانواده با تجویز پزشک (کاندوم، اسفنج، فوم، فیلم، دیافراگم، کپ) • مشاوره و تشخیص ناباروری، و خدمات مرتبط • مشاوره، آزمایش و مداوای بیماری های مقاربتی (STI) • مشاوره و آزمایش برای HIV و ایدز و سایر بیماری های مرتبط با HIV • جلوگیری دائم از بارداری (شما باید برای انتخاب این روش تنظیم خانواده 21 سال به بالا باشید. شما باید یک فرم فدرال رضایت نامه عقیم سازی را حداقل 30 روز ولی نه بیشتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی امضاء کنید.) • مشاوره ژنتیک هزینه برخی دیگر از خدمات تنظیم خانواده را هم می پردازیم. با این وجود شما باید جهت استفاده از خدمات ذیل به یکی از ارائه کنندگان عضو شبکه مراجعه نمائید: • درمان های پزشکی ناباروری (این خدمات شامل شیوه های مصنوعی باردار شدن نمی شود.) • درمان ایدز و سایر بیماری های مرتبط با HIV • آزمایش های ژنتیک	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
برنامه های آموزش بهداشت و تندرستی ما برنامه های گوناگونی داریم که پیرامون بیماری های خاص طراحی شده اند: مثال هائی از این موارد عبارتند از: • کلاس های آموزش بهداشتی؛ • کلاس های آموزش تغذیه؛ • ترک استعمال دخانیات؛ و • تلفن مشاوره پرستاری • عضویت در باشگاه‌های سلامت و کلاسهای بدنسازی مزایای بدنسازی شامل عضویت در یک باشگاه طرف قرار داد می‌باشد. اعضا میتوانند به جای عضویت در باشگاه بدنسازی،2 بستهٔ بدنسازی در خانه دریافت کنند. ما ورزش و برنامهٔ کهولت سن که به صورت خاص برای دارندگان Medicare که شامل عضویت رایگان در باشگاهای ورزشی و یا بدنسازی میشود را ارائه میدهیم. تمامی این امکانات در عضویت مجموعه‌های بدنسازی استاندارد با تجهیزات آموزشی قلبی عروقی و استقامتی، سونا، اتاقهای بخار، دستگاه‌های چرخش آب به همراه سایر امکانات ورزشی گنجانده شده است. کارکنان این مجموعه‌ها هر یک از اعضا را با مجموعه و تجهیزات آشنا میکنند و همچنین میتوانند با دادن برنامهٔ ورزشی و غذایی به آنها کمک کنند. هدف نهائی ما ارتقأ کلی سلامتی و تناسب اندام اعضا ما است. بدین منظور چنانچه عضوی ترجیح دهد که درمنزل ورزش کند، 8 بستهٔ بدنسازی در منزل برای انتخاب موجود است که یکی از آنها مستقیما به منزل آنها پست میشود.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند		هزینه ای که شما باید بپردازید
	خدمات شنوائی* ما هزینه آزمایشات شنوائی و تعادل انجام شده توسط ارائه کننده شما را پرداخت می کنیم. این تست ها نیاز شما به درمان های پزشکی را مشخص می کنند. هنگامیکه این آزمایشات را از یک پزشک، متخصص شنوائی یا سایر ارائه کنندگان واجد شرایط دریافت می کنید، آنها تحت پوشش مراقبت بیماران غیربستری می باشند. اگر باردار هستید یا در آسایشگاه زندگی می کنید، ما هزینه سمعک را نیز پرداخت می کنیم که شامل موارد زیر می شود: • قالب گیری، لوازم مصرفی و نصب • تعمیراتی که بیش از $25 هزینه برای هر تعمیر نیاز داشته باشد. • اولین باتری نصب شده • شش ویزیت برای آموزش، تنظیم، و نصب، پس از دریافت لوازم کمک شنوائی، با همان فروشنده. • دوره آزمایشی استفاده از لوازم کمک شنوائی برنامه ما مبلغ $1,000 دلار بیشتر از سقف برنامهٔ Medi-cal که $1,510می‌باشد (در کل $2,510) را سالانه برای دستگاه‌های کمک شنوایی پرداخت می‌کند. این مبلغ میتواند برای یک گوش یا هردو گوش استفاده شود ولی فقط یک باردرسال میتوانداستفاده شود. *به جز برای انواع دستگاههای شنوایی ممکن است به نامه ارجاع احتیاج داشته باشید. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0
	معاینه تشخیصی HIV ما هر 12 ماه یکبار هزینه یک تست معاینه تشخیصی HIV را برای افراد ذیل پرداخت می کنیم: • برای آزمایش معاینه تشخیصی HIV درخواست کنید، **یا** • افرادی که در معرض خطر مضاعف ابتلا به HIV هستند. برای زنان باردار ما هزینه حداکثر 3 تست معاینه تشخیصی HIV را در طول بارداری تقبل می کنیم.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند		هزینه ای که شما باید بپردازید
	خدمات مراکز مراقبت خانگی* پیش از دریافت خدمات مراقبت خانگی، یک پزشک باید نیاز شما به این خدمات را به ما اعلام کند و سپس مرکز مراقبت خانگی این خدمات را ارائه نماید. ما هزینه های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • خدمات پرستاری تخصصی بصورت نیمه وقت یا متناوب، و خدمات کمکی در خانه (تحت عنوان مزایای مراقبت درمانی خانگی، خدمات پرستاری تخصصی و خدمات کمکی در خانه در جمع باید کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته شوند) • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • تجهیزات و لوازم پزشکی *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
مراقبت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما میتوانید از هر یک از مرکز مراقبت‌های بیماران رو به مرگ که طرف قرارداد با مدیکر هستند خدمات دریافت کنید. شما این حق را دارید که از این آسایشگاه‌ها استفاده کنید چنانچه پزشک شما با مدیر پزشکی آسایشگاه بیماران رو به مرگ وخامت شرایط شما را تائید کنند. این بدین معنا است که شما بیماری مرگباری دارید و ۶ ماه یا کمتر در قید حیات هستید. پزشک در اسایشگاه بیماران رو به مرگ می‌توان داخل یا خارج از شبکه درمانی شما باشد. شما هزینه خدمات زیررا وقتی که در آسایشگاه هستید پرداخت می‌کنید: • داروهای درمان علائم و مسکن • درمانهای کوتاه مدت • درمان در منزل **هزینه خدمات آسایشگاه بیماران رو به مرگ و خدمات تحت پوشش مدیکر قسمت A و B به عهده مدیکر می‌باشد.** • برای اطلاعات بیشتر به بخش F از این فصل مراجعه کنید. **برای خدماتی که OneCare Connect پوشش میدهد ولی مدیکر A و B پوشش نمیدهد:** • برنامه OneCare Connect هزینه خدماتی که تحت پوشش مدیکر A و B نیستند را پرداخت می‌کند. برنامه تمام هزینه آن را پرداخت می‌کند، چه به بیماری مرگبار شما مربوط باشد و چه نباشد. شما هیچ هزینه ای را برای این سرویس‌ها پرداخت نمیکنید. **برای داروهأیی که ممکن است توسط بخش مدیکر D از OneCare Connect پوشش داده نشوند:** • هیچگاه داروها همزمان توسط ما و اسایشگاه بیماران رو به مرگ پوشش داده نمی‌شود. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 مراجعه کنید . **مهم:** چنانچه شما خدمت غیر- بیماران رو به مرگ لازم دارید با هماهنگ کننده درمانی خود تماس بگیرید.خدمات غیراسایشگاه بیماران رو به مرگ به خدماتی اطلاق میشود که مربوط به بیماری مرگبار شما نیست. برنامه ما خدمات مشاوره آسایشگاه بیماران رو به مرگ (فقط یکبار) را برای شخصی که بیماری لاعلاج دارد و مزایای آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب نکرده پوشش می دهد.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند		هزینه ای که شما باید بپردازید
	واکسیناسیون هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • واکسن ذات الریه • واکسن آنفولانزا، سالی یک بار، در پاییز یا زمستان و نوبت اضافی در صورت نیاز پزشکی • واکسن هپاتیت B در صورتی که در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هپاتیت B باشید • سایر واکسن ها، به شرطی که شما در معرض خطر باشید و این واکسن ها با قوانین پوشش خدمات در مدیکر بخش B همخوانی داشته باشند ما هزینه سایر واکسن هائی که مقررات پوشش مدیکر بخش D را برآورده می کنند را پرداخت خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر فصل 6 را مطالعه کنید.	$0 برای واکسن ذات الریه، آنفولانزا، هپاتیت B و سایر واکسن هائی که شرایط پوشش مدیکر بخش B را دارا باشند. $0 تا $8.95 برای واکسن های تحت پوشش مزایای داروهای نسخه ای بخش D.

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
مراقبت های بستری در بیمارستان* ما هزینه های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • یک اتاق نیمه خصوصی (یا خصوصی در صورت نیاز پزشکی) • وعده های غذائی، شامل رژیم های غذائی خاص • خدمات منظم پرستاری • هزینه واحد های مراقبت های ویژه از جمله ICU و CCU • هزینه دارو • تست های آزمایشگاهی • عکسبرداری های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم مصرفی مورد نیاز جراحی و پزشکی • وسایلی همچون صندلی چرخدار • خدمات اتاق عمل و ریکاوری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات بستری برای اعتیاد • در برخی موارد، انواع پیوند اندام: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی، و روده/ چند احشائی. اگر به پیوند اندام نیاز دارید، یک مرکز پیوند مورد تأیید مدیکر پرونده شما را بررسی خواهد کرد تا تصمیم بگیرد که شما مورد مناسبی برای پیوند هستید یا خیر. ارائه کنندگان خدمات پیوند اعضاء می توانند عضو شبکه بوده و یا خارج از آن فعالیت نمایند. در صورت موافقت ارائه کنندگان محلی خدمات پیوند اندام با تعرفه پیشنهادی مدیکر، شما می توانید خدمات پیوند اندام را به صورت محلی و یا در مرکزی خارج از محدوده عادی ارائه مراقبت منطقه خود دریافت کنید. اگر OneCare Connect خدمات پیوند اندام را در محلی از محدوده عادی ارائه مراقبت منطقه ارائه کند و شما تصمیم بگیرید که پیوند اندام خود را در آنجا دریافت کنید، ما ترتیب اقامت و هزینه سفر برای شماو یک نفرهمراه را خواهیم داد. • خون، شامل نگهداری و تزریق • خدمات پزشک * مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0 شما باید برای خدمات بستری در بیمارستان خارج از شبکه بعد ازاینکه وضعیت اضطراری تثبیت شد، از برنامه تأییدیه دریافت کنید.

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
مراقبت سلامت روانی به صورت بستری* ما هزینه خدمات بهداشت روانی که نیاز به اقامت در بیمارستان دارند را پرداخت خواهیم کرد. • در صورت نیاز به خدمات بستری در بیمارستان های روانپزشکی مستقل، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می کنیم. پس از این مدت، مرکز بهداشت روانی کانتی محلی هزینه خدمات بستری روانپزشکی را در صورت ضرورت پزشکی خواهد پرداخت. مراقبت های طولانی تر از 190 روز باید با مرکز بهداشت روانی کانتی محلی هماهنگی شود. ○ محدودیت 190 روزه در مورد خدمات بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان های عمومی اعمال نمی شود. • اگر 65 سال یا بیشتر سن دارید، ما هزینه خدمات دریافت شده در مؤسسه بیماری های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) را پرداخت خواهیم کرد. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید

بستری: خدمات تحت پوشش در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در یک محل بستری فاقد پوشش*
 	
اگر بستری شما معقول یا از نظر پزشکی الزامی نباشد، هزینه آن را تقبل نخواهیم کرد.
 	
در عین حال، در برخی موارد وقتی هزینه بستری شدن تحت پوشش نباشد، امکان دارد ما هزینه خدماتی را که در زمان بستری در بیمارستان یا در مرکز پرستاری دریافت کرده اید، تقبل کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.
 	
ما هزینه های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم:
• خدمات پزشک
• تست های تشخیصی، مانند تست های آزمایشگاهی
• درمان با اشعه ایکس، رادیوم، یا ایزوتوپ، شامل مواد مصرفی و خدمات تکنسین
• پانسمان جراحی
• اسپلینت، قالب گچ و سایر تجهیزات مورد استفاده در شکستگی و در رفتگی
• وسایل پروتزی و اورتزی، به جز وسایل دندانپزشکی، شامل تعویض یا ترمیم این وسایل .که شامل:
  ○ ترمیم کننده بخشی یا همه اجزای یک عضو بدن (از جمله بافت های مجاور) می شوند، یا
  ○ ترمیم کننده بخشی یا همه کارآیی یک عضو غیر فعال یا مختل در بدن می شوند.
• بریس های ساق پا، بازو و دست، و گردن، شکم بند، و اندام مصنوعی ساق پا، بازو و دست و چشم. این شامل تنظیمات، تعمیرات، و تعویض در صورت لزوم به علت شکستگی، فرسودگی، گم شدن، یا تغییر شرایط بیمار می شود.
• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی
*مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.
	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
خدمات و لوازم مصرفی بیماری های کلیوی* ماهزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • خدمات آموزشی مربوط به بیماری های کلیوی جهت آموزش مراقبت از کلیه ها و نیز کمک به اعضای برنامه برای تصمیم گیری صحیح در مورد خدمات. شما باید مبتلا به بیماری مزمن کلیه مرحله IV باشید و پزشک باید شما را ارجاع کرده باشد. ما هزینه شش جلسه آموزش بیماری های کلیوی را پرداخت میکنیم. • درمان های دیالیز بیماران غیربستری شامل مداواهای دیالیز هنگامیکه موقتاً در خارج منطقه خدماتی هستید، همانگونه که در فصل 3 توضیح داده شد. • درمان های دیالیز در مواقعی که برای مراقبت های ویژه در بیمارستان بستری شده اید • آموزش های دیالیز فردی، شامل آموزش انجام درمان های دیالیز در خانه به شما و سایر بستگانی که به شما کمک می کنند • تجهیزات و لوازم مصرفی دیالیز خانگی • برخی خدمات پشتیبانی خانگی مانند ویزیت های ضروری کارکنان آموزش دیده دیالیز برای بررسی وضعیت دیالیز شما در خانه، برای کمک در مواقع اضطراری و نیز برای بررسی تجهیزات دیالیز و وضعیت آب مصرفی. مزایای داروئی مدیکر بخش B شما هزینه برخی از داروهای دیالیز را می پردازد. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به "داروهای نسخه ای مدیکر بخش B" در این جدول مراجعه کنید. * مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
معاینه تشخیصی سرطان ریه برنامه در شرایطی هزینه معاینه تشخیصی سرطان ریه را هر 12 ماه یکبار پرداخت می کند که: • بین 55 تا 80 سال سن داشته باشید، و • یک ویزیت مشاوره و تصمیم گیری مشترک با پزشک یا یک ارائه کننده واجد شرایط دیگر داشته اید، و • بدون داشتن هیچگونه علامت یا نشانه ای به مدت 30 سال روزی 1 پاکت سیگار کشیده اید یا الان سیگار می کشید یا در 15 سال گذشته ترک کرده اید. بعد از معاینه تشخیصی اول، برنامه هزینه یک نوبت معاینه تشخیصی در سال را با دستور کتبی پزشک یا سایر ارائه کنندگان واجد شرایط پرداخت خواهد کرد.	$0
تغذیه درمانی پزشکی این مزایا برای افرادی است که دیابت دارند یا به بیماری های کلیوی بی نیاز از دیالیز مبتلا هستند. این درمان همچنین برای بعد از اعمال جراحی پیوند کلیه و درصورت ارجاع از سوی پزشک است. هزینه سه ساعت مشاوره حضوری طی اولین سال دریافت خدمات تغذیه درمانی پزشکی تحت مدیکر پرداخت می شود. (برنامه ما، و برنامه های Medicare Advantage، یا Medicare شامل این پوشش می شود.) ممکن است ما خدمات اضافی را در صورتی که الزام پزشکی داشته باشند تایید کنیم. در سال های بعدی، این هزینه برای دو ساعت در سال برای خدمات مشاوره حضوری پرداخت خواهد شد. اگر بیماری، درمان و یا تشخیص شما تغییر کند ممکن است با دریافت ارجاع از پزشک میزان ساعات درمان نیز برای شما افزایش پیدا کند. این خدمات باید از سوی پزشک تجویز شود؛ همچنین در صورت نیاز به ادامه این خدمات در سال تقویمی بعدی، ارجاع باید هر سال از سوی پزشک شما تمدید گردد. ممکن است ما خدمات اضافی را در صورتی که الزام پزشکی داشته باشند تایید کنیم.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
برنامه پیشگیری دیابت مدیکر (MDPP) این برنامه هزینهٔ انجام خدمات MDPPرا پرداخت میکند. MDPPبرای افزایش رفتارهای سالم شما طراحی شده است. به شما آموزشهای عملی در مورد: • تغییرات طولانی مدت رژیم غذایی، و • افزیش فعالیت بدنی،, و • راه هایی برای غلبه بر مشکلات در حفظ وزن کاهش یافته و زندگی سالم را ارائه میدهد.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
داروهای نسخه ای مدیکر بخش B* این داروها تحت پوشش مدیکر بخش B می باشند. OneCare Connect هزینه داروهای زیر را پرداخت خواهد کرد: • داروهائی که شما به صورت معمول مصرف نمی کنید و به هنگام استفاده از خدمات پزشکی، درمان های غیربستری بیمارستانی و یا مراکز جراحی غیربستری به شما تزریق می شود. • داروهائی که با استفاده از لوازم پزشکی با دوام مصرف می کنید (مانند نبولایزر) که مورد تأیید برنامه هستند • فاکتورهای انعقاد خون که در صورت ابتلا به هموفیلی مصرف می کنید • داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی بدن، در صورتی که به هنگام پیوند اندام عضو مدیکر بخش A بوده باشید • داروهای تزریقی پوکی استخوان. هزینه این داروها در صورتی پرداخت می شود که زمین گیر باشید، شکستگی استخوان داشته باشید که پزشک تأیید کند مربوط به پوکی استخوان بعد از یائسگی می شود و نمی توانید دارو را خودتان تزریق کنید. • آنتی ژن ها • برخی داروهای خوراکی ضد سرطان و ضد تهوع • داروهای خاص دیالیز خانگی، شامل هپارین، خنثی کننده هپارین (هنگامیکه ضرورت پزشکی دارد)، داروهای بیهوش کننده موضعی و عوامل تحریک اریتروپوئیزیس (از قبیل Epoetin Alfa، Procrit®، Epogen® Aranesp® یا Darbepoetin Alfa) • ایمونوگلوبولین وریدی به منظور درمان خانگی بیماری های اصلی ضعف سیستم ایمنی بدن فصل 5 توصیف کننده مزایای داروهای نسخه ای غیربستری است. قوانینی که باید برای پوشش نسخه ها رعایت کنید در این بخش شرح داده شده است. در فصل 6 اطلاعاتی درباره مبلغی که برای داروهای نسخه ای غیربستری خود طبق برنامه ما باید پرداخت کنید شرح داده شده اند. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند		هزینه ای که شما باید بپردازید
	برنامه چند منظوره سالمندان (MSSP)* MSSP برنامه ای مدیریتی است که خدمات خانگی و جامعه محور (HCBS) را در اختیار افراد واجد شرایط مدیکل می گذارد. برای برخورداری از این خدمات باید 65 سال یا بیشتر داشته باشید، در محدوده پوشش مرکز مربوطه زندگی کنید، محدودیت های هزینه ای MSSP را بپذیرید، برای برنامه های مدیریت خدمات واجد شرایط باشید، در حال حاضر واجد شرایط مدیکل(مدیک اید) باشید و گواهی بستری در مراکز پرستاری را داشته باشید و یا بتوانید آنرا دریافت نمائید. خدمات MSSP عبارتند از: • مراکز پشتیبانی و مراقبت روزانه بزرگسالان • کمک های خانگی • همکاری در زمینه امور شخصی و روزمره • نظارت مراقبتی • مدیریت مراقبتی • استراحت • حمل و نقل • خدمات غذائی • خدمات اجتماعی • خدمات ارتباطی این مزایا تا حداکثر $4,285 در سال تحت پوشش هستند. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
حمل و نقل پزشکی غیراضطراری* این مزایا استفاده از مقرون به صرفه ترین و قابل دسترسی ترین انواع حمل و نقل را امکان پذیر می کند. شامل: آمبولانس، ون برانکار، خدمات حمل و نقل پزشکی ون صندلی چرخدار و هماهنگ سازی ترانزیت پیراپزشکی. اشکال مختلف حمل و نقل زمانی تأیید می شود که: • وضعیت پزشکی یا جسمانی شما اجازه تردد با اتوبوس، خودروی سواری، تاکسی یا انواع وسایل نقلیه عمومی شخصی را ندهد، و • حمل و نقل برای دریافت مراقبت های پزشکی ضروری، لازم باشد. بر اساس نوع خدمات، ممکن است نیاز به اجازه قبلی باشد. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0
حمل و نقل غیرپزشکی ان این امتیاز شامل حمل و نقل به مراکز پزشکی به وسیلهٔ خودروی شخصی، تاکسی، یا انواع دیگر وسایل نقلیه عمومی یا خصوصی میباشد. این مزایا هیچگونه محدودیتی در مزایای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری شما به وجود نمی آورد. رفت و آمد به مراکز غیر پزشکی تحت پوشش قرار نمیگیرند، به استثنا باشگاه ورزشی. Caloptima رفت و آمد به باشگاه ورزشی را به عنوان عضویت در گروه سلامت به عنوان مزیت تکمیلی تحت این برنامه ارائه میدهد. شما به رفت و برگشت نامحدود دسترسی خواهید داشت. مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است عمل شود. سرویس رفت و آمد خود را حداقل 2 روز قبل بوسیله تماس با شماره **1-866-612-1256** رزرو کنید.اعضای TTY میتواند با شمار ه **1-800-735-2929** تماس بگیرند.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
مراقبت در مراکز پرستاری*	$0
مرکز پرستاری (NF) محلی برای ارائه خدمات مراقبتی برای افرادی است که در خانه امکان مراقبت از آنها نیست اما نیازی به بستری در بیمارستان هم ندارند. خدماتی که هزینه های آن ها را می پردازیم عبارتند از موارد ذیل که البته فقط محدود به این موارد نخواهند بود: • اتاق نیمه خصوصی (و یا در صورت ضرورت پزشکی، اتاق خصوصی) • وعده های غذائی، شامل رژیم های غذائی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • درمان تنفسی • داروهائی که به عنوان بخشی از برنامه تان مصرف می کنید. (شامل موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد مانند عوامل انعقاد خون.) ○ در 100 روز اول، داروها تحت بخش A پوشش داده می شوند (سهم بیمه شده $0). بعد از 100 روز، سهم بیمه شده بخش D اعمال می شود: $0 تا $8.95 بسته به مرحله پرداخت و میزان کمک اضافی. • خون، شامل نگهداری و تزریق • لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • تست های آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری انجام می شود • عکسبرداری های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • استفاده از وسایلی همچون صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • خدمات پزشک **ادامه مزایا در صفحه بعد آمده است**	

	خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
	مراقبت در مراکز پرستاری (ادامه)* • لوازم پزشکی بادوام • خدمات دندانپزشکی، شامل دندان مصنوعی • مزایای بینائی سنجی • تست های شنوائی سنجی • خدمات کایروپراکتیک و جا انداختن ستون فقرات • خدمات پا درمانی شما معمولاً مراقبت های مورد نیاز خود را از مراکز عضو شبکه دریافت می کنید. با این وجود می توانید این خدمات را از مراکز خارج از شبکه نیز دریافت کنید. در صورت پذیرش مبالغ پیشنهادی برنامه ما از سوی مراکز ذیل، می توانید خدمات مورد نیاز خود را از آنها دریافت نمائید: • آسایشگاه سالمندان و یا مجموعه های اقامت بازنشستگان ، که دقیقاً پیش از بستری در بیمارستان در آنجا زندگی می کرده اید (در صورتی که خدمات پرستاری ارائه دهد). • مرکز پرستاری که همسرتان به هنگامی که بیمارستان را ترک می کنید در آن زندگی می کند. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0
	معاینه تشخیصی چاقی مفرط و درمان های مورد نیاز جهت پایین نگه داشتن وزن در صورتی که شاخص توده بدن (BMI) شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه های مشاوره مربوط به کاهش وزن را خواهیم پرداخت. شما باید مشاوره را در قالب مراقبت های اصلی دریافت نمائید. بدین ترتیب می توانید آن را با برنامه کامل پیشگیرانه خود ادغام کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه کننده مراقبت های اصلی خود صحبت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند		هزینه ای که شما باید بپردازید
	خدمات برنامه درمان با داروهای مسکنِ مخدر* (مرفین) برنامه مخارج خدمات زیر را برای درمان سوء استفاده از مسکنهای مخدر پرداخت میکند: • داروهایی که توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تایید شده اند و در صورت کاربرد مدیریت و ارائه این داروها • مشاوره اعتیاد • گروه درمانی و درمان شخصی • آزمایش برای وجود اینگونه داروها و مواد شیمیایی در بدن شما (تست سم شناسی) مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند	$0
	تست های تشخیصی غیربستری و خدمات و لوازم مصرفی درمانی* ما هزینه های خدمات ذیل و خدمات درمانی مورد نیازرا می پردازیم: • عکس برداری رادیولوژی • پرتودرمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم مصرفی تکنیسین • لوازم جراحی مانند پانسمان ها • اسپلینت، قالب گچ و سایر تجهیزات مورد استفاده در شکستگی و در رفتگی • تست های آزمایشگاهی • خون، شامل ذخیره و تزریق • سایر تست های تشخیصی غیربستری *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
خدمات بیمارستانی بیماران غیربستری* هزینه های خدمات ضروری پزشکی که شما در بخش غیربستری بیمارستان به منظور تشخیص یا درمان بیماری یا مصدومیت دریافت می کنید پرداخت می شود.مانند: • خدمات در بخش های اورژانس یا کلینیک های غیربستریسرپایی، مانند خدمات نظارت یا جراحی غیربستری سرپایی ○ خدمات نظارت به پزشک شما کمک میکند در مورد "بستری" کردن شما در بیمارستان تصمیم بگیرد. ○ دربعضی مواقع شما میتوانید یک شب را در بیمارستان به سر ببرید اما بیمار سرپایی (غیر بستری) حساب شوید. ○ شما میتوانید اطلاعات بیشتری در مورد بستری بودن یا درمان سرپایی در وبسایت زیر پیدا کنید: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • تست های آزمایشگاهی یا تشخیصی که بیمارستان برای آنها درخواست هزینه می نماید • خدمات روانپزشکی شامل مراقبت های مربوط به برنامه نیمه بستری، به شرطی که پزشک گواهی کند که بدون استفاده از این برنامه به بستری نیاز خواهد بود • عکسبرداری و سایر خدمات رادیولوژی که هزینه آنها از سوی بیمارستان درخواست می گردد • لوازم پزشکی مانند اسپلینت و قالب گچ • معاینات تشخیصی پیشگیرانه و خدمات ذکر شده در جدول مزایا • برخی داروها که خودتان نمی توانید برای خودتان بکار ببرید *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
مراقبت سلامتی روانی غیربستری*(سر پایی) ما هزینه های مربوط به خدمات سلامت روانی ارائه شده توسط مراکز ذیل را می پردازیم: • روانپزشک یا پزشک دارای گواهی ایالتی • روان شناس بالینی • مددکار اجتماعی بالینی • پرستار بالینی متخصص • پرستار تجویز کننده • دستیار پزشک • سایر متخصصین بهداشت روانی مورد تأیید مدیکر آنطور که در قوانین مرتبط ایالتی تشریح شده است ما هزینه های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • خدمات بالینی • مداوا در طول روز • خدمات توانبخشی روانی اجتماعی • بستری شدن ناکامل/برنامه های ویژه بیماران غیربستری • ارزیابی و درمان بهداشت روانی فردی و گروهی • آزمایش های روانشناسی در صورتی که از لحاظ بالینی نشانگر نتایج ارزیابی بهداشت روانی باشند • خدمات غیربستری به منظور پایش دارو درمانی • آزمایشگاه، داروها، لوازم و تجهیزات غیربستری • مشاوره روانپزشکی *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند		هزینه ای که شما باید بپردازید
	خدمات توانبخشی غیربستری* ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی را می پردازیم. شما می توانید خدمات توانبخشی غیربستری را از بخش های غیربستری بیمارستان، مطب درمانگرهای مستقل، مراکز تخصصی توانبخشی (CORF) و سایر مراکز دریافت کنید. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0
	خدمات غیربستری درمان اعتیاد* ما هزینه های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • معاینه تشخیصی و مشاوره اعتیاد به الکل • درمان اعتیاد • درمان گروهی یا فردی توسط متخصص واجد شرایط • سم زدایی غیرحاد طی برنامه بستری ترک اعتیاد • خدمات الکل و مواد مخدر در مرکز درمان غیربستری متمرکز • درمان با Naltrexone (vivitrol) با جذب آهسته *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0
	جراحی غیربستری (سرپایی)* ما هزینه جراحی غیربستری را در بخش جراحی های غیربستری بیمارستان و نیز مراکز جراحی های غیربستری می پردازیم. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند		هزینه ای که شما باید بپردازید
	داروها و القام بدون نسخه (OTC) $50 کمک هزینه یا حد پرداخت در هر سه ماه از سال به منظور خرید سفارش پستی داروها و لوازم موجود در کاتالوگ OTC. این مزایا در روز اول از هر سه ماه از سال معتبر میشود : اول ژانویه، اول آوریل ، اول جولای و اول اکتبر و باقیمانه این مبلغ به سه ماه بعد منتقل نمیشود. شما میتوانید از این مزایا به منظور سفارش القامی مانند داروهای سرما خوردگی و سرفه، استامینوفن، باند و دیگر لوازم مورد تایید بدون نسخه موجود در کاتالوگ با سفارش پستی دریافت نمایید. این لوازم مستقیماً به منزل شما ارسال میگردد. شما یک کاتالوگ برای سفارش پستی همرا ه با دستورالعمل و اطلاعات کامل در مورد القامی که میتوانید با این کمک هزینه بخرید دریافت خواهید کرد.	$0
	خدمات بستری ناکامل* بستری ناکامل یک برنامه منظم درمان روانشناسی فعال 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 ارائه می شود تخصصی تر هستند. این خدمات می تواند باعث جلوگیری از بستری شدن شما گردد. چون مراکز بهداشت روانی جامعه محلی در شبکه ما وجود ندارند، ما تنها بستری شدن ناکامل در بیمارستان را بعنوان خدمات بیماران غیربستری بیمارستان پوشش می دهیم. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
خدمات ارائه کنندگان/پزشک، شامل ویزیت مطب پزشکان* ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • مراقبت های پزشکی ضروری و یا خدمات جراحی ارائه شده در مراکزی مانند: ○ مطب پزشک ○ مرکز جراحی های غیربستری تأیید شده ○ بخش غیربستری بیمارستان • مشاوره، تشخیص، و درمان توسط متخصص • معاینات پایه شنوائی و تعادل که توسط ارائه کننده مراقبت های شما ارائه می شوند، در صورتیکه پزشک شما آنرا برای نیاز به درمان تجویز کرده باشد. • خدمات درمان از راه دور هرماه برای افراد مبتلا به مرحله نهایی بیماری کلیوی که در منزل دیالیز انجام میدهند در یک بیمارستان یا مرکزدسترسی بحرانی دیالیز بیمارستانی، مرکز دیالیز کلیه یا منزل بیمار. • خدمات درمان از راه دوربرای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم سکته مغزی • چک کردن با ارائه دهنده از طریق مجازی (از طریق تلفن یا ویدئو چت) به مدت 5 تا 10 دقیقه ، اگر: ○ بیمار جدید نیستید ○ این مشورت مجازی به ملاقات در مطب که طی 7 روز گذشته بوده ربطی ندارد. ○ این مشورت مجازی منجر به ملاقات در مطب طی 24 ساعت آینده نخواهد شد. • ارزیابی ویدئو یا تصویری که شما برای دکتر ارسال نموده اید و توضیحات و پیگیری دکتر در عرض 24 ساعت، اگر: ○ بیمار جدید نیستید ○ این مشورت مجازی به ملاقات در مطب که طی 7 روز گذشته بوده ربطی ندارد. ○ این مشورت مجازی منجر به ملاقات در مطب طی 24 ساعت آینده نخواهد شد ادامه مزایا در صفحه بعد	$0

	خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
	خدمات ارائه کنندگان/پزشک، شامل ویزیت مطب پزشکان (ادامه)* • مشاوره ای که پزشک شما با دیگر پزشکان توسط اینترنت یا مدارک پزشکی الکترونیک در مورد شما ، اگر بیمار جدید نیستید انجام میدهد. • نظر ثانویه توسط ارائه دهنده دیگری در شبکه قبل از انجام یک پروسه پزشکی • مراقبت های دندانپزشکی غیر عادی. خدمات تحت پوشش محدود به این موارد هستند: ○ جراحی فک و ساختارهای مربوطه ○ درمان شکستگی های فک و استخوان های صورت ○ کشیدن دندان پیش از پرتو درمانی سرطان نئوپلاستیک ○ خدماتی که در صورت ارائه از سوی یک پزشک تحت پوشش قرار می گیرند *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0
	خدمات پا درمانی* هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • معاینه و درمان داروئی یا جراحی مصدومیت ها و بیماری های پا (مانند میخ پاشنه و یا انگشت پای چکشی) • مراقبت های روتین پا برای اعضا مبتلا به امراضی پا مانند دیابت همچنین برنامهٔ ما تا 12 معاینه در سال را برای مراقبتهای روتین پا به عنوان مزیت تکمیلی ارائه می‌کند. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
معاینه تشخیصی سرطان پروستات برای مردان 50 سال به بالا، هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یک بار پرداخت می کنیم: • معاینه مقعدی پروستات • یک تست آنتی ژن مخصوص پروستات (PSA)	$0
پروتز و لوازم مربوطه* لوازم پروتزی بخشی یا تمامی بدن یا کارکرد آن را جایگزین می کنند. ما هزینه پروتزهای زیر و شاید پروتزهائی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • کیسه های کولستومی و لوازم مصرفی مرتبط با مراقبت های کولستومی • لوازم و مواد تغذیه داخلی یا وریدی که شامل بسته تجهیزات تغذیه، پمپ تزریق، لوله ها و آداپتور، محلولها و تجهیزات تزریق شخصی • ضربان سازها • بریس ها/ بستها • کفش های پروتزی • دست و پای مصنوعی • پروتزهای سینه (شامل سینه بند مخصوص پس از عمل برداشت سینه) • پروتزها یا اندام مصنوعی برای جانشین کردن قصمتی از پوشش خارجی بدن یا بخشی از بدن که به دلیل بیماری ، جراحت یا بیماریهای ژنتیک ناقص یا برداشته شده است. • کرم و پوشک مخصوص بی اختیاری ادرار همچنین هزینه برخی لوازم مرتبط با پروتزها را هم می پردازیم. همچنین هزینه تعمیر و یا جایگزینی پروتزها را هم می پردازیم. همچنین برخی از هزینه های برداشت آب مروارید و یا عمل آب مروارید را نیز تقبل می کنیم. برای آگاهی از جزئیات به "مراقبت بینائی" در این بخش مراجعه کنید. ما تجهیزات مصنوعی دندانها را پرداخت نمیکنیم. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.	$0

	خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
	خدمات توانبخشی ریوی* هزینه برنامه های توانبخشی ریوی افرادی که به بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) نسبتاً شدید و شدید دچار هستند پرداخت می شود. شما باید از طرف پزشک و یا ارائه کننده خدمات درمانی COPD برای بهره مندی از برنامه های توانبخشی ریوی باید ارجاع شده باشید. ما همچنین هزینه خدمات تنفسی افراد نیازمند به دستگاه تنفس مصنوعی (ونتیلاتور) را نیز پرداخت می کنیم. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.	$0
	معاینه تشخیصی و مشاوره بیماری های مقاربتی (STI) هزینه آزمایش کلامدیا، سوزاک، سیفیلیس، و هپاتیت B را پرداخت می کنیم. این آزمایش ها برای زنان حامله و افرادی که در معرض خطر STI هستند تحت پوشش قرار دارد. باید یک ارائه کننده مراقبت های اصلی این آزمایش ها را تجویز کند. این آزمایش ها را هر 12 ماه یکبار و یا در مقاطع خاص طی بارداری پوشش می دهیم. همچنین هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره حضوری و مشاوره رفتاری فشرده را هر سال برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض ابتلا به STI هستند، پرداخت می شود. این جلسات 20 تا 30 دقیقه است. ما هزینه این خدمات را تنها در صورتی به عنوان خدمات پیشگیرانه متقبل می شویم که یک ارائه کننده مراقبت های اصلی آنها را تجویز کرده باشد. این جلسات باید در محیط مراقبت های اصلی مانند مطب پزشک برگزار شود.	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)*	$0
ما هزینه های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است در اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • یک اتاق نیمه خصوصی (یا خصوصی در صورت نیاز پزشکی) • وعده های غذائی، شامل رژیم های غذائی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • داروهائی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی دریافت می کنید، شامل موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد مانند فاکتورهای انعقاد خون • خون، شامل نگهداری و تزریق • لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که از سوی مرکز پرستاری ارائه می شود. • تست های آزمایشگاهی تجویز شده توسط مرکز پرستاری • عکسبرداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که توسط مرکز پرستاری ارائه می شود • استفاده از وسایلی همچون صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • خدمات پزشک/ ارائه دهندگان شما معمولاً مراقبت های مورد نیاز خود را از مراکز عضو شبکه دریافت می کنید. با این وجود می توانید این خدمات را از مراکز خارج از شبکه نیز دریافت کنید. در صورت پذیرش مبالغ پیشنهادی برنامه ما از سوی مراکز ذیل، می توانید خدمات مورد نیاز خود را از آن ها دریافت نمائید. • آسایشگاه سالمندان و یا مجموعه های اقامت بازنشستگان ، که دقیقاً پیش از بستری در بیمارستان در آنجا زندگی می کرده اید (در صورتی که خدمات پرستاری ارائه دهد). • مرکز پرستاری که همسرتان به هنگامی که بیمارستان را ترک می کنید در آن زندگی می کند *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند		هزینه ای که شما باید بپردازید
	نظارت بر ورزش درمانی (SET) این طرح برای اعضای بیمار مبتلا به بیماری شریان محیطي باعلامت (PAD) که از پزشک مسئول درمان PAD مجوز دارند ، پرداخت خواهد کرد. این برنامه هزینه برای ذیل را پرداخت خواهد کرد: • حداکثر36 جلسه در طی 12- هفته اگر تمامی شرایط SET برآورده شده باشند. • 36 جلسه دیگردر طول زمانی اگر توسط یک ارائه کننده مراقبت های اصلی بدلیل ضرورت پزشکی تجویز شده باشد برنامه SET باید: • جلسه های 30 تا 60 دقیقه ای یک برنامه آموزشی- تمرینی برای PAD برای اعضایی که درد گرفتگی عضلات پا به علت ضعیفی جریان خون دارند (گرفتگی ودرد) باشد • دربیمارستان غیربستری یا مطب پزشک ارائه شود • توسط کارکنان واجد شرایط که در تمرینات ورزشی PAD آموزش دیده اند واطمینان حاصل می کنند که منفعت تمرینات از آسیب آن بیشترباشد، ارائه شود. • زیرنظرمستقیم پزشک ، دستیار پزشک، کارورز پرستاری یا متخصص پرستاری بالینی تعلیم دیده در تکنیک های پشتیبانی زندگی اولیه و پیشرفته انجام شود	$0

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند		هزینه ای که شما باید بپردازید
	مراقبت فوری مراقبت فوری خدمات درمانی است که در مواقع زیر ارائه می شود: • وضعیت غیراضطراری که به مراقبت پزشکی فوری نیاز دارد، یا • یک بیماری ناگهانی، یا • یک جراحت، یا • عارضه ای که نیازمند مراقبت های فوری است. در صورت نیاز به مراقبت های فوری ابتدا سعی کنید از ارائه کننده عضو شبکه استفاده کنید. یا این وجود و در صورت عدم توفیق در کسب خدمات از ارائه کنندگان عضو شبکه، می توانید از مراکز خارج شبکه این خدمات را دریافت کنید. ما تا مبلغ $50,000 دلار مزیت بابت خدمات فوری، ارژانس و حمل و نقل اورژانس بیرون از ایالات متحده را پرداخت می‌کنیم. خدمات در سراسر دنیا در شرایط یکسان از لحاظ فوریت‌ها و الزام پزشکی به مانند داخل ایالات متحده ارائه میشود. شما باید ابتدا هزینهٔ خدمات پزشکی دریافت شده را پرداخت کنید، خلاصه ترخیص یا مدارک پزشکی معادل و مدرک مبنی بر پرداخت ترجیحا به انگلیسی و دلار آمریکا را دریافت کنید. درخواست باز پرداخت را با تمام اسناد اثبات کننده به CalOptima ارائه دهید.ما آنها را برای فوریت و الزام پزشکی قبل از باز پرداخت مرور می‌کنیم.	$0 شما هزینهٔ خدمات فوری و ارژانس و حمل و نقل اورژانس خارج از ایالات متحده را برای خود می پردازید وما تا مبلغ $50,000دلار در سال را به شما بازپرداخت می کنیم.

خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
مراقبت های بینائی هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • هر سال یک معاینه روتین چشم؛ و • تا $300 دلار برای عینک (قاب و لنز) یا $300 هر 2 سال یکبار برای لنزهای تماسی. هزینه های غیربستری پزشکی مربوط به معاینه و درمان بیماری ها و جراحات چشم را می پردازیم. بعنوان مثال، این شامل معاینات سالیانه چشم برای رتینوپاتی دیابتی افراد دیابتی و درمان برای تخریب ماکولائی وابسته به سن می باشد. برای افراد با ریسک بالای ابتلا به آب سیاه (گلوکوم)، هر سال هزینه یک معاینه تشخیصی گلوکوم را می پردازیم. افراد با ریسک بالای گلوکوم عبارتند از: • افراد دارای سابقه خانوادگی گلوکوم (آب سیاه) • افراد مبتلا به دیابت • افراد آفریقایی-آمریکایی تبار 50 ساله به بالا • آمریکایی های هیسپانیک تبار 65 ساله به بالا هزینه عینک یا یک جفت لنز تماسی پس از هر عمل آب مروارید، در صورتی که پزشک لنز داخل چشمی قرار دهد ، پرداخت می شود. (اگر دو عمل جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید پس از هر عمل یک عینک دریافت کنید. شما نمی توانید پس از عمل دوم دو عدد عینک دریافت کنید حتی اگر پس از عمل اول نسبت به دریافت عینک اقدام نکرده باشید).	$0

	خدماتی که تحت پوشش برنامه ما هستند	هزینه ای که شما باید بپردازید
	ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" هزینه ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" را که فقط یک بار برگزار می شود می پردازیم. این ویزیت شامل موارد ذیل است: • بررسی وضعیت سلامت شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه ای که شما نیاز دارید (شامل واکسن ها و معاینات تشخیصی)، و • ارجاع مورد نیاز یا سایر مراقبت ها در صورت نیاز. مهم: ما ویزیت های پیشگیرانه "Welcome to Medicare" را تنها در طی 12 ماه اول که از مدیکر بخش B برخوردار هستید، پوشش می دهیم. هنگامی که وقت ملاقات می گیرید، به دفتر پزشک خود اطلاع دهید که برای ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" است.	$0

E. مزایای پوشش داده شده در خارج از OneCare Connect

خدمات زیر تحت پوشش OneCare Connect نیستند ولی توسط مدیکر یا مدیکل (مدیک اید) در دسترس قرار دارند.

E1. بازگشت به جامعه کالیفرنیا (CCT)

برنامه بازگشت به جامعه کالیفرنیا (CCT) از سازمان های فعال محلی برای کمک به ذینفعان واجد شرایط مدیکل (مدیک اید) استفاده می کند که برای حداقل 90 روز پیوسته در یک مؤسسه یا مرکز بستری اقامت داشته و می خواهند به یک محیط اجتماعی بازگردند و با حفظ ایمنی در آنجا زندگی کنند. برنامه CCT هزینه خدمات هماهنگی بازگشت را در طول دوره پیش از بازگشت و 365 روز پس از بازگشت جهت انتقال ذینفعان به محیط های اجتماعی تأمین می نماید.

می توانید خدمات هماهنگی بازگشت را از هر سازمان مسئول CCT که در کانتی محل زندگی شما فعالیت دارد دریافت کنید. فهرستی از سازمان های مسئول CCT و کانتی هائی که خدمت رسانی می کنند در وب سایت اداره خدمات مراقبت درمانی به این آدرس موجود است: http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx.

برای خدمات هماهنگی بازگشت CCT :

مدیکل (مدیک اید) هزینه خدمات هماهنگی بازگشت شما را تقبل می کند. شما هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

برای هزینه هائی که مربوط به بازگشت CCT نمی شوند:

ارائه کننده برای خدمات شما به OneCare Connect صورتحساب خواهد داد. OneCare Connect هزینه خدمات ارائه شده بعد از بازگشت شما را پرداخت می کند. شما هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

در حین دریافت خدمات هماهنگی بازگشت CCT، OneCare Connect هزینه خدماتی را که در جدول مزایای بخش D این فصل ذکر شده را می پردازد.

مزایای پوشش داروئی OneCare Connect تغییر نمی کند:

برنامه CCT داروها را پوشش نمی دهد. شما مزایای معمول داروئی خود را از OneCare Connect دریافت می کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت های غیر بازگشت CCT نیاز دارید، باید با کارشناس هماهنگی مراقبت های خود تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. خدمات مراقبتی بازگشت غیر CCT، خدماتی هستند که به انتقال شما از یک موسسه/مرکز درمانی ارتباطی ندارند.

E2. برنامه دندانپزشکی(Medi-Cal (Medicaid

برخی خدمات دندانپزشکی تحت برنامه دندانپزشکی مدیکل (مدیک اید) ارائه می شوند. این خدمات عبارتند از:

- معاینه ابتدائی، تمیز کردن معمولی دندان ، تمیز کردن عمیق (تمیز کردن و تنظیم ریشه)
- ترمیم و تاج دندان
- درمان پر کردگی ریشه دندان
- دندان کامل مصنوعی و تنظیمات، تعمیر و رزین گذاری

مزایای دندانپزشکی بصورت خدمات در ازای هزینه Denti-Cal موجود می باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر، یا اگر نیاز دارید دندانپزشکی پیدا کنید که Denti-Cal می پذیرد، با تلفن مخصوص خدمات اعضای Denti-Cal با شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید. (کاربران TTY میتوانند با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. کارشناسان برنامه دندانپزشکی مدیکل (مدیک اید) از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر روزهای دوشنبه تا جمعه برای کمک به شما آمادگی دارند. همچنین می توانید برای کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت Denti-Cal در آدرس http://www.denti-cal.ca.gov مراجعه کنید.

به جز خدمات در ازای هزینهٔ DentiCal ،شما میتوانید مزایای دندان پزشکی را از طریق طرح مراقبت مدیریتی دندانپزشکی دریافت کنید. خدمات مدیریتی دندانپزشکی در لوس انجلس کانتی موجود است.اگر به اطلاعات بیشتری در مورد برنامه های دندانپزشکی احتیاج دارید و یا برای اشنایی با برنامه های دندانپزشکی یا تغییر آن به کمک احتیاج دارید لطفاً در روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح تا 6 بعد از ظهر با (Health Care Options) با شماره تلفن 1-800-430-4263 تماس بگیرید. (کاربران TTY میتوانند با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

E3. مراقبت آسایشگاه بیماران رو به مرگ

می توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید مدیکر مراقبت دریافت کنید. اگر ارائه کننده خدمات و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که شما بیماری لاعلاجی دارید، شما از حق انتخاب آسایشگاه خود برخوردار هستید. منظور از پیش بینی ابتلا به بیماری لاعلاج این است که انتظار می رود فردی که بیماری لاعلاج دارد شش ماه یا کمتر زنده بماند. پزشک آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما می تواند یک ارائه کننده شبکه یا ارائه کننده خارج از شبکه باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مواردی که OneCare Connect در زمان دریافت خدمات مراقبت های آسایشگاه بیماران رو به مرگ پرداخت می کنید به جدول مزایا در بخش D این فصل رجوع کنید.

برای خدمات قبل از مرگ و خدمات تحت پوشش مدیکر بخش A یا B که به بیماری لاعلاج شما مربوط می شود:

- ارائه کننده خدمات آسایشگاهی هزینه خدمات شما را از مدیکردریافت می کند. هزینه خدمات آسایشگاهی مربوط به بیماری لاعلاج شما را مدیکر می دهد. شما هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

برای خدمات تحت پوشش مدیکر بخش A یا B که به بیماری لاعلاج شما مرتبط نیستند (به جز در موارد اضطراری یا درمان فوری):

- ارائه کننده خدمات هزینه های خود را از مدیکر دریافت خواهد کرد. مدیکر هزینه خدمات تحت پوشش مدیکر بخش A یا B را می پردازد. شما هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

برای داروهائی که ممکن است تحت پوشش مزایای مدیکر بخش D از OneCare Connect باشند:

- داروها هیچ وقت توسط آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه ما همزمان پوشش داده نمی شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت غیر قبل از مرگ نیاز دارید، باید با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. خدمات غیر قبل از مرگ عبارتند از خدماتی که به بیماری لاعلاج شما مربوط نیستند.

F. مزایائی که توسط Medicare، OneCare Connect یا Medi-Cal پوشش داده نمی شوند

این بخش برای شما توضیح می دهد که چه مزایائی تحت پوشش برنامه نیستند. عدم پوشش به این معنی است که هزینه این مزایا را تقبل نمی کنیم. مدیکر و مدیکل (مدیک اید) هم این هزینه ها را تقبل نمی کنند.

فهرست ذیل حاوی خدمات و اقلامی است که در هیچ شرایطی تحت پوشش ما قرار نگرفته و مواردی که فقط در مواردی خاص پوشش داده می شود.

ما برای مزایای پزشکی فاقد پوشش که در اینجا (یا هر جای دیگری از این کتابچه راهنمای اعضاء ذکر شده اند)، پرداختی انجام نمی دهیم، مگر در شرایط خاصی که عنوان شده اند. اگر فکر می کنید که ما باید هزینه خدماتی را که تحت پوشش نیستند بپردازیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای آگاهی از چگونگی درخواست تجدید نظر به فصل 9 مراجعه کنید.

علاوه بر عدم پوشش یا محدودیت های توضیح داده شده در فهرست مزایا، این موارد و خدمات نیز تحت پوشش برنامه ما نیستند:

- خدماتی که بر اساس استانداردهای مدیکر و مدیکل "منطقی و یا از نظر پزشکی ضروری" تشخیص داده نشود، مگر آنکه این خدمات در برنامه ما تحت پوشش باشد.
- درمان های آزمایشی داروئی و جراحی، و همینطور اقلام و داروهای تحقیقاتی، مگر آنکه تحت پوشش مدیکر بوده و یا تحت عنوان یک تحقیق کلینیکی مورد تأیید مدیکر و یا برنامه ما انجام شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تحقیقات بالینی به فصل 3، صفحات 26-42, مراجعه نمائید. درمان و اقلام تحقیقاتی مواردی هستند که اکثریت جامعه پزشکی آن ها را قبول ندارند.
- درمان جراحی چاقی مفرط، مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی بوده و مدیکر هزینه آن را بپردازد.
- اتاق خصوصی در بیمارستان مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی باشد.

- پرستاران خصوصی.
- اقلام شخصی در اتاق شما در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری مانند تلفن یا تلویزیون.
- خدمات پرستاری تمام وقت در منزل.
- هزینه های دریافتی توسط بستگان درجه یک و یا اعضای خانواده شما.
- تحویل خوراک در منزل شما.
- خدمات و اعمال داوطلبانه یا انتخابی (برای کاهش وزن، افزایش رشد مو، بهبود رابطه جنسی، بهبود عملکرد ورزشی، زیبائی، کاهش تأثیرات بالارفتن سن، و بهبود عملکرد ذهنی)، مگر آنکه ضرورت پزشکی ایجاب کند.
- جراحی یا سایر اعمال زیبائی مگر آنکه به دلیل آسیب دیدگی تصادفی و یا جهت اصلاح ساختار نادرست بخشی از بدن انجام شود. با این حال ما هزینه ترمیم سینه پس از عمل برداشتن قسمتی از آن و نیز مطابقت دادن سینه دیگر با آن را می پردازیم.
- خدمات کایروپراکتیک و جابجائی ستون فقرات به غیر از تغییرات در ستون فقرات مطابق با رهنمودهای پوشش.
- مراقبت معمول از پاها، مگر اینکه در خدمات پا پزشکی در جدول مزایای بخش D شرح داده شده باشند.
- کفش های ارتوپدی، مگر آنکه کفش خود بخشی از بریس پا بوده و در هزینه آن منظور شده باشد و یا متعلق به افراد مبتلابه پای دیابتی باشد.
- تجهیزات مراقبتی از پا بغیر از تجهیزات ارتوپدی و کفشهای ارتوپدی برای افراد مبتلا به پای دیابتی.
- خدمات پیرا پزشکی که درمانهای پزشکی اورژانسی هستند که در محل حادثه توسط پیراپزشکان ارائه میشود. با شهرداری منطقه خود برای اطلاعات در موردپوشش این مزایا تماس بگیرید.
- کراتوتومی شعاعی، عمل لیزیک (LASIK) و سایر خدمات بینائی ضعیف.
- اعمال بازگرداندن باروری متعاقب روش های عقیم سازی، و فرآورده های ضدبارداری بدون نسخه
- خدمات درمان طبیعی (استفاده از درمان های طبیعی یا جایگزین).
- خدماتی که در مراکز امور سربازان بازنشسته (VA) ارائه می شود. ولی هنگامیکه یک سرباز بازنشسته خدمات اضطراری را در بیمارستان VA دریافت می کند و سهیم شدن در هزینه VA بیش از سهیم شدن در هزینه برنامه ماست، مابه التفاوت را به سرباز بازنشسته بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان مسئول پرداخت مبالغ سهیم شدن در هزینه هستید.

فصل 5: گرفتن نسخه های سرپایی با استفاده از برنامه

مقدمه

این فصل مقررات دریافت داروهای نسخه دار بیماران سرپایی شما را توصیف می کند. اینها داروهایی هستند که ارائه کننده برای شما سفارش می دهد تا آنها را از یک داروخانه یا با سفارش پستی دریافت کنید. این مقررات شامل داروها یی می شوند که تحت پوشش مدیکر بخش D و مدیکل هستند. فصل 6، بخش C حاوی مبلغی می باشد که برای این داروها پرداخت می کنید.کلمات کلیدی و معانی آنها در بخش آخر کتابچه راهنمای اعضاء به ترتیب الفبا نوشته شده اند.

OneCare Connect داروهای زیر را نیز پوشش می دهد اما درباره آنها در این فصل توضیح داده نشده است:

- داروهای تحت پوشش مدیکر بخش A. اینها شامل برخی داروهائی است که وقتی در بیمارستان یا یک مرکز پرستاری هستید به شما داده می شوند.
- داروهای تحت پوشش مدیکر بخش B. اینها شامل برخی داروهای شیمی درمانی، برخی از داروهای تزریقی که هنگام ویزیت در مطب پزشکان یا نزد ارائه کنندگان دریافت می کنید، و داروهائی است که در کلینیک های دیالیز به شما داده می شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروهای تحت پوشش مدیکر بخش B، به جدول مزایا در فصل 4، مراجعه کنید.

مقررات پوشش برنامه برای داروهای بیماران غیربستری

در صورتی که مقررات و قوانین این بخش را رعایت کرده باشید معمولاً داروهای شما را پوشش خواهیم داد.

1. شما باید پزشک یا ارائه کننده دیگری داشته باشید تا نسخه شما را بنویسد. این شخص اغلب ارائه کننده مراقبتهای درمانی اصلی (PCP) شما می باشد. همچنین ممکن است ارائه کننده خدمات دیگری باشد که ارائه کننده مراقبتهای درمانی اولیه تان شما را به وی معرفی کرده باشد.
2. معمولاً برای پیچیدن نسخه خود باید از داروخانه عضو شبکه استفاده کنید.
3. داروی نسخه دار شما باید در فهرست داروهای تحت پوشش برنامه درمانی قید شده باشد. به اختصار آنرا "فهرست داروها" می نامیم.
   - اگر دارو در فهرست داروها نباشد، ممکن است برای شما استثنا قائل شده و آنرا پوشش دهیم.
   - برای کسب اطلاعات در مورد درخواست برای استثنا به فصل 9 مراجعه کنید.
4. داروی شما باید برای عارضه پزشکی پذیرفته شده مصرف شود. این بدان معنی است که نیاز به استفاده از دارو باید توسط سازمان مدیریت مواد غذائی و داروئی و یا در برخی کتاب های مرجع خاص به تأیید رسیده باشد. این کتاب های مرجع عبارتند از: اطلاعات داروئی سیستم فهرست داروئی بیمارستان های آمریکا؛ سیستم اطلاعات DRUGDEX؛ و برای سرطان، شبکه جامع ملی سرطان و داروسازی بالینی و یا نسخه های جایگزین آنها.

داروهای مصرف شده برای مداوای عوارضی که به تصویب FDA یا کتاب های مرجع نرسیده باشند، موارد استعمال "خارج از کاربرد مجاز" خوانده می شوند. داروهائی که برای موارد "خارج از کاربرد مجاز" استفاده می شوند از لحاظ پزشکی پذیرفته شده نبوده و بنابراین جزو مزایای تحت پوشش نیستند، مگر اینکه: دارو جزو مدیکر نیست و کاربرد "خارج از کاربرد مجاز" در نشریات علمی تحت نظارت هم صنفان شرح داده شده ودارو از لحاظ پزشکی ضرورت دارد. ضرورت پزشکی به این معنی است که دارو برای محافظت از جان، جلوگیری از بیماری عمده یا معلولیت عمده یا برای تسکین درد شدید از طریق تشخیص یا مداوای بیماری، مرض یا مصدومیت معقول و لازم است.

فهرست مطالب

A. تهیه داروهای نسخه ای خود 91
A1. تهیه داروهای نسخه ای از یک داروخانه عضو شبکه 91
A2. هنگام پیچیدن نسخه کارت عضویت بیمه خود را نشان دهید 91
A3. چگونه می توان داروخانه عضو شبکه را تغییر داد؟ 91
A4. اگر داروخانه ای که از آن استفاده می کنید از شبکه خارج شد چه باید بکنید؟ 91
A5. در صورت نیاز به یک داروخانه تخصصی چه کاری باید انجام دهید؟ 91
A6. استفاده از پست سفارشی برای تهیه داروها 92
A7. تهیه یک ذخیره بلندمدت از داروها 92
A8. استفاده از داروخانه هائی که عضوشبکه برنامه عضو نیستند 92
A9. بازپرداخت هزینه یک نسخه به شما در صورتی که هزینه را شما پرداخت کرده باشید 93

B. فهرست داروهای برنامه 93
B1. داروهای موجود در فهرست داروها 93
B2. چگونه می توانم یک دارو را در فهرست داروها پیدا کنم؟ 93
B3. داروهایی که درفهرست دارویی نیستند 94
B4. ردیف های اشتراک هزینه 94

C. محدودیت پوشش برخی داروها 95

D. دلایلی که ممکن است داروی شما تحت پوشش نباشد 96
D1.دریافت یک ذخیره موقت 96

E. تغییرات در پوشش داروهای شما 98

F. پوشش دارو در مواقع خاص 100
F1. گر برای یک اقامت تحت پوشش برنامه در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی پذیرش می شوید، معمولاً هزینه داروهای نسخه ای در طول دوره ای که آنجا هستید را پوشش می دهیم 100
F2. اگر در یک مرکز مراقبت های بلندمدت هستید 100
F3. اگر در یک برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید مدیکر هستید 100

G. برنامه های مخصوص ایمنی داروها و مدیریت داروها 100
G1. برنامه هائی برای کمک به اعضاء در جهت استفاده ایمن از داروها 100
G2. برنامه های کمک به اعضاء برای مدیریت داروهایشان 101
G3. برنامه مدیریت دارویی برای کمک به اعضا برای مصرف ایمن داروهای مسکن 101

A. تهیه داروهای نسخه ای خود

A1. تهیه داروهای نسخه ای از یک داروخانه عضو شبکه

در بیشتر موارد، ما فقط هزینه نسخه هایی را پرداخت خواهیم کرد که در یکی از داروخانه های شبکه ما پیچیده شده باشند. داروخانه شبکه موافقت کرده است که نسخه های اعضای برنامه درمانی ما را بپیچد. شما می توانید به هرکدام از داروخانه های عضو شبکه ما مراجعه کنید.

برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی، می توانید به فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها مراجعه کنید، از وب سایت ما بازدید کنید یا با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.

A2. هنگام پیچیدن نسخه کارت عضویت بیمه خود را نشان دهید

برای دریافت داروی نسخه دار خود، کارت عضویت بیمه خود را به داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه طرف قرارداد برای سهم ما از هزینه داروهای تجویزی تحت پوشش صورتحساب می فرستد. ممکن است هنگام برداشتن داروی نسخه دار خود لازم شود که سهم بیمه شده را به داروخانه پرداخت کنید.

اگر کارت شناسایی عضویت خود را در هنگام تهیه نسخه به همراه ندارید، از داروخانه درخواست کنید که با ما تماس بگیرند تا اطلاعات لازم را دریافت کنند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل داروی نسخه دار را در هنگام دریافت آن پرداخت کنید. شما سپس می توانید از ما بخواهید که سهم خود را به شما بازپرداخت کنیم. اگر قادر به پرداخت هزینه دارو نبودید فوراً با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید. ما تمام سعی خود را برای کمک به شما خواهیم کرد.

- برای آگاهی از روش درخواست بازپرداخت به فصل 7 مراجعه کنید.
- اگر برای پیچیدن نسخه به کمک نیاز دارید، می توانید با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.

A3. چگونه می توان داروخانه عضو شبکه را تغییر داد؟

اگر داروخانه را عوض کنید و احتیاج به پیچیدن دوباره نسخه داشته باشید، اگر هنوز نسخه شما ذخیره دارو دارد می توانید یک نسخه جدید که توسط یک ارائه کننده خدمات نوشته می شود را درخواست کنید و یا از داروخانه تان بخواهید که نسخه را به داروخانه جدید ارجاع دهند.

اگر برای تغییر داروخانه شبکه خود به کمک نیاز دارید، می توانید با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.

A4. اگر داروخانه ای که از آن استفاده می کنید از شبکه خارج شد چه باید بکنید؟

اگر داروخانه ای که از آن استفاده می کنید از شبکه برنامه خارج شد، باید یک داروخانه جدید عضو شبکه پیدا کنید.

برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی جدید، می توانید به فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها مراجعه کنید، از وب سایت ما بازدید کنید یا با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.

A5. در صورت نیاز به یک داروخانه تخصصی چه کاری باید انجام دهید؟

گاهی اوقات نسخه ها باید در داروخانه تخصصی پیچیده شوند. منظور از داروخانه های تخصصی:

- داروخانه هائی که داروهای مورد نیاز درمان های تزریقی خانگی را تأمین می کنند.
- داروخانه هائی که داروهای مورد نیاز ساکنان مراکز مراقبت های بلندمدت، مانند آسایشگاه های پرستاری را تامین می کنند.

- مراکز مراقبت های بلندمدت معمولاً خود دارای داروخانه های مخصوص به خود هستند. اگر در یک مرکز مراقبت های بلندمدت هستید، باید مطمئن شویم که می توانید داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه مرکز تهیه کنید.
- اگر داروخانه مرکز مراقبت های بلندمدت شما عضو شبکه ما نبود، یا جهت استفاده از مزایای داروئی خود در یک مرکز مراقبت های بلندمدت مشکلی داشتید با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- داروخانه هایی که به سازمان خدمات بهداشتی سرخپوستان/برنامه بهداشت قبیله ای/شهری سرخپوستان خدمات می دهند. بجز در موارد اضطراری، فقط بومیان آمریکا یا بومیان آلاسکا می توانند از این داروخانه ها استفاده کنند.
- داروخانه های تأمین کننده داروهائی که نگهداری و استفاده از آنها خاص بوده و نیاز به راهنمائی دارند.

برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی، می توانید به فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها مراجعه کنید، از وب سایت ما بازدید کنید یا با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.

A6. استفاده از پست سفارشی برای تهیه داروها

این برنامه خدمات استفاده از پست سفارشی برای داروها را ارائه نمیکند.

A7. تهیه یک ذخیره بلندمدت از داروها

شما می توانید یک ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی در فهرست دارویی برنامه درمانی ما را دریافت کنید. داروهای حفظ سلامتی را برای عارضه پزشکی مزمن یا بلند مدت به طور مرتب مصرف می کنید. هنگامیکه یک ذخیره طولانی مدت داروها را دریافت کردید، سهم بیمه شده شما ممکن است کمتر باشد.

برخی از داروخانه های عضو شبکه اجازه تهیه ذخیره بلندمدت از داروهای نگهدارنده را به شما می دهند. سهم بیمه شده یک ذخیره 90 روزه معادل سهم بیمه شده یک ذخیره یک ماهه است. فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها حاوی اطلاعاتی در مورد داروخانه هایی می باشد که می توانند ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی را به شما بدهند. برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با بخش خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

A8. استفاده از داروخانه هائی که عضوشبکه برنامه عضو نیستند

ما معمولاً هزینه داروهای دریافت شده در داروخانه خارج از شبکه را تنها در صورتی پرداخت می کنیم که شما قادر به استفاده از داروخانه شبکه نباشید. ما در بیرون از حوزه خدمات رسانی خود داروخانه های عضو شبکه داریم که می توانید بعنوان عضو برنامه ما برای تهیه داروهای نسخه ای خود به آنها مراجعه کنید.

ما در موارد زیر هزینه داروهای نسخه ای تهیه شده از داروخانه های خارج از شبکه را پرداخت خواهیم کرد:

- اگر نمی توانید داروی تحت پوشش را به موقع در داخل حوزه خدمات رسانی ما دریافت کنید چون داروخانه عضو شبکه موجود یا فعال نیست. (بعنوان مثال، داروخانه عضو شبکه که خدمات 24 ساعته ارائه می کند در فاصله قابل قبول رانندگی وجود ندارد.)
- اگر بخواهید یک داروی نسخه ای تحت پوشش را تهیه کنید که بطور معمول در موجودی داروخانه های در دسترس عضو شبکه نیست. (بعنوان مثال، یک داروی تخصصی.)
- اگر در خارج از حوزه خدمات (در آمریکا) مسافرت میکنید و داروهایتان تمام شده است یا داروهایتان را گم کرده ایدو یا بیمار شوید و دسترسی به داروخانه شبکه ندارید.

- وقتی که داروخانه های عضو شبکه در دسترس نیستند ونسخه برای یک وضعیت اضطراری پزشکی یا مراقبت های فوری است.
- وقتی که شما نسخه خود را درزمان یک فاجعه ملی یا مورد اضطراری سلامت عمومی که باعث شده شما از خانه خود تخلیه شده یا آواره شده اید و نمیتوانید با داروخانه شبکه خود دسترسی داشته باشید.

در این موارد، لطفاً ابتدا با بخش خدمات اعضا مشورت کنید تا ببینید آیا یک داروخانه عضو شبکه در نزدیکی وجود دارد یا خیر.

A9. بازپرداخت هزینه یک نسخه به شما در صورتی که هزینه را شما پرداخت کرده باشید

اگر باید از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، معمولاً در هنگام دریافت داروهای خود باید هزینه کامل را به جای سهم بیمه شده پرداخت کنید. می توانید برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست کنید.

برای آگاهی بیشتر به فصل 7 مراجعه کنید.

B. فهرست داروهای برنامه

ما فهرستی از داروهای تحت پوشش داریم. به اختصار آنرا "فهرست داروها" می نامیم.

داروهای موجود در فهرست داروها توسط ما و با کمک گروهی از پزشکان و داروسازان انتخاب شده اند. اگر مقرراتی برای تهیه دارو وجود داشته باشد در فهرست داروها آنها را خواهید یافت.

تا زمانی که مقررات ذکر شده در این فصل را رعایت کرده باشید معمولاً داروهای موجود در فهرست داروها را پوشش خواهیم داد.

B1. داروهای موجود در فهرست داروها

فهرست داروها شامل داروهای پوشش داده شده تحت مدیکر بخش D و برخی داروهای نسخه ای و داروهای غیرنسخه ای (OTC) و محصولات تحت پوشش مزایای مدیکل شما می باشد.

فهرست داروها هم داروهای دارای نام تجاری مانند DILANTIN و داروهای ژنریک مانند simvastatin را در بر دارد. دارو های ژنریک همان مواد فعال موجود در دارو های دارای نام تجاری را دارند. اثر آنها معمولاً به خوبی داروهای مارک دار بوده و معمولاً هزینه کمتری دارند.

برنامه درمانی ما برخی از داروها و محصولات بدون نسخه را نیز پوشش می دهد. هزینه برخی داروهای غیرنسخه ای از داروهای نسخه ای کمتر بوده و تأثیر مشابهی دارند. برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.

B2. چگونه می توانم یک دارو را در فهرست داروها پیدا کنم؟

برای آگاهی از وجود یک دارو در فهرست داروها می توانید:

- آخرین فهرست داروها را که با پست برای شما ارسال کرده ایم بررسی نمائید.
- به وب سایت برنامه در آدرس **www.caloptima.org/onecareconnect** مراجعه کنید. فهرست داروهای موجود در وب سایت همیشه جدیدترین نسخه است.
- برای آگاهی از وجود یک دارو در فهرست داروهای برنامه یا درخواست نسخه از فهرست با بخش خدمات اعضاء تماس حاصل نمائید.

B3. داروهایی که درفهرست دارویی نیستند

ما تمام داروهای نسخه ای را پوشش نمی دهیم. برخی داروها به آن دلیل در فهرست داروها موجود نیستند که قانون اجازه پوشش دادن آنها را به ما نمی دهد. در موارد دیگر، ذکر نشدن یک دارو در فهرست داروها تصمیم ما بوده است.

OneCare Connect هزینه داروهای ذکر شده در این بخش را پرداخت نمی کند. اینها داروهای حذف شده خوانده می شوند. اگر در نسخه شما داروهای مستثنی وجود داشته باشند باید هزینه آنها را شخصاً بپردازید. اگر بر این اعتقاد هستید که به دلیل شرایطی که دارید ما باید هزینه یک داروی مستثنی را پرداخت کنیم، می توانید درخواست بررسی مجدد کنید. (برای آگاهی از روش تسلیم درخواست بررسی مجدد به فصل 9 مراجعه کنید).

سه قانون کلی درباره داروهای مستثنی وجود دارد:

1. پوشش دارویی برنامه درمانی ما به صورت سرپایی (که شامل داروهای بخش D و داروهای مدیک اید می شود) نمی تواند هزینه ای را که قبلاً تحت پوشش مدیکر بخش A یا بخش B بوده پرداخت کند. داروهای تحت پوشش مدیکر بخش A یا بخش B به طوررایگان تحت پوشش OneCare Connect بوده ولی بخشی ازمزایای داروها ی سرپایی محسوب نمی شوند.
2. برنامه ما نمی تواند داروهای خریداری شده در بیرون از آمریکا و مناطق تحت حاکمیت آنرا پوشش دهد.
3. نیاز به استفاده از دارو بعنوان درمان عارضه شما باید توسط سازمان مدیریت مواد غذائی و داروئی (FDA) یا در برخی کتاب های مرجع خاص به تأیید رسیده باشد. پزشک شما ممکن است با وجود اینکه یک داروی خاص برای درمان عارضه شما تأیید نشده است، آنرا برای شما تجویز نماید. اینکار استفاده خارج از برچسب خوانده می شود. برنامه ما معمولاً داروهای تجویز شده خارج از کاربرد مجاز را پوشش نمی دهد.

علاوه بر این، انواع داروهای ذکر شده زیر طبق قانون توسط مدیکر یا مدیکل پوشش داده نمی شوند.

- داروهای مورد استفاده برای باروری
- داروهای استفاده شده برای مقاصد زیبایی و یا ازدیاد رشد مو
- داروهای مورد استفاده برای درمان نارسائی جنسی یا اختلال نعوظ، مانند Viagra®, Cialis®, Levitra®, و Caverject®
- داروهای بیماران سرپایی در مواردی که شرکت سازنده آنها اعلام می کند باید صرفاً آزمایشها یا خدماتی را توسط آنها دریافت کنید

B4. ردیف های اشتراک هزینه

هر داروئی در فهرست داروئی ما در یکی از (3) سه ردیف تقسیم-هزینه قرار دارد. یک ردیف به گروهی از داروها گفته می شود که از یک نوع باشند (مثلاً داروهای دارای نام تجاری، ژنریک یا بدون نسخه(OTC)). بطور کلی، هرچه ردیف تقسیم-هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای آن دارو بیشتر خواهد بود.

- ردیف 1 داروهای ژنریک را در بر می گیرد. سهم هزینه داروهای این ردیف بسته به میزان درآمد شما $0، $1.30 یا $3.60 می باشد.
- ردیف 2 داروهای مارک داریا تجاری را در بر می گیرد. سهم هزینه داروهای این ردیف بسته به میزان درآمد شما $0، $3.90 یا $8.95 می باشد.
- ردیف 3 داروهای غیر مدیکر را در برمی گیرد. این داروها توسط مدیکل پوشش داده می شوند. سهم هزینه داروهای این ردیف $0 است.

برای آگاهی از ردیفهای تقسیم-هزینه داروی خود آنرا در فهرست داروها جستجو کنید.

فصل 6 نشاندهنده مبلغی است که شما برای داروهای هر ردیف پرداخت می کنید.

C. محدودیت پوشش برخی داروها

مقررات ویژه ای برای برخی داروهای نسخه ای خاص وجود دارد که نحوه و موارد پوشش داده شدن آنها توسط برنامه را محدود می سازد. بطور کلی، مقررات ما با این هدف تدوین شده اند که شما را به تهیه داروهائی تشویق نمایند که برای عارضه پزشکی شما سودمند بوده و استفاده از آنها ایمن و موثر باشد. زمانی که یک داروی ایمن و کم هزینه بخوبی یک داروی پرهزینه اثربخش است، از ارائه کننده شما انتظار داریم که داروی کم هزینه تری تجویز نماید.

اگر مقررات ویژه ای برای داروی شما وجود داشته باشد، معمولاً بدین معنی است که زمانی داروی شما را پوشش خواهیم داد که شما یا ارائه کننده اقدامات خاصی را انجام دهید. برای مثال ارائه کننده شما ممکن است تشخیص بیماری شما را به ما گفته یا ابتدا نتایج آزمایش خون را ارائه کند. اگر شما یا ارائه کننده شما بر این باورید که مقررات ما نباید در خصوص وضعیت شما اعمال شوند، باید از ما درخواست استثناء کنید. بدون انجام این مراحل اضافی ممکن است استفاده دارو برای شما را تأیید کرده و یا آنرا تأیید نکنیم.

برای آگاهی بیشتر درباره نحوه درخواست استثنا به فصل 9 مراجعه کنید.

1. محدودیت استفاده از داروهای تجاری در زمانی که نمونه ژنریک آن موجود است

اغلب داروهای ژتریک تأثیری مشابه به داروهای تجاری دارند اما با هزینه کمتر. در اغلب مواقع، اگر نوع ژنریک داروی تجاری موجود باشد، داروخانه ما نوع ژنریک را به شما میدهد.

- اگر نوع ژنریک دارو موجود باشد ما هزینه داروی تجاری را پرداخت نمیکنیم.
- اگر ارائه دهنده خدمات شما همراه با دلیل پزشکی به ما بگوید که نوع ژنریک و دیگر داروی تحت پوشش که بیماری مشابه را درمان میکنند برای شما مناسب نمیباشند، ما داروی تجاری را تحت پوشش قرار میدهیم.
- ممکن است که سهم پرداختی شما برای داروی تجاری بیشتر از داروی ژنریک باشد.

2. دریافت اجازه قبلی برنامه

شما یا پزشک شما برای برخی داروها باید اجازه OneCare Connect را قبل از پیچیدن نسخه تان دریافت کنید. اگر مجوز و تأیید دریافت نکنید، ممکن است OneCare Connect دارو را پوشش ندهد.

3. امتحان کردن داروهای متفاوت در مرحله نخست

ما بطور کلی پیش از اینکه داروهای پرهزینه تر را پوشش دهیم از شما می خواهیم که داروهای کم هزینه ای (و معمولاً به همان اندازه اثربخش) را امتحان کنید. بعنوان مثال، اگر داروی A و داروی B یک عارضه پزشکی واحد را درمان کنند، و هزینه داروی A از داروی B کمتر باشد، ممکن است از شما بخواهیم ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای شما مؤثر نبود، آنوقت داروی B را پوشش خواهیم داد. اینکار درمان مرحله ای خوانده می شود.

4. محدودیت های مقداری

ما برای برخی از داروها محدودیت های مقداری تعیین کرده ایم. به این موضوع محدودیت مقدار می گویند. برای مثال، ما ممکن است برای شما محدودیتی تعیین کنیم که هر بار که نسخه خود را درخواست می کنید مقدار معینی دریافت کنید.

برای اینکه بفهمید که آیا مقررات فوق به دارویی که مصرف می کنید یا می خواهید مصرف کنید مربوط می شوند، فهرست دارویی را کنترل کنید. برای کسب آخرین اطلاعات با بخش خدمات اعضاء تماس گرفته و یا به وب سایت ما در نشانی **www.caloptima.org/onecareconnect** مراجعه کنید.

D. دلایلی که ممکن است داروی شما تحت پوشش نباشد

ما تمام سعی خود را بکار خواهیم بست تا پوشش های داروئی شما به بهترین نحو ممکن برقرار باشد اما گاهی اوقات شاید یک دارو آن طور که مایل باشید پوشش داده نشود. برای مثال:

- داروئی که می خواهید مصرف کنید در برنامه ما پوشش داده نمی شود. دارو ممکن است در فهرست دارویی نباشد. نوع ژنریک ممکن است پوشش داده شود، اما نوع مارک دار که خواستار آن هستید پوشش داده نشود. دارو ممکن است جدید بوده و هنوز ایمنی و اثربخشی آنرا بررسی نکرده باشیم.
- دارو تحت پوشش است اما پوشش آن مشمول قوانین خاص یا محدودیت هائی باشد. همانطوریکه در بخش فوق توضیح داده شد، برخی از داروهای تحت پوشش برنامه درمانی ما مقرراتی دارند که استفاده از آنها را محدود می کند. در بعضی موارد، شما یا تجویزکننده دارو می توانید از ما درخواست کنید تا استثنا قائل شویم.

اگر دارو به شیوه ای که مایل هستید پوشش داده نمی شود می توانید اقداماتی بعمل آورید.

D1. دریافت یک ذخیره موقت

در برخی موارد، می توانیم ذخیره موقتی از دارو را هنگامیکه دارو در فهرست دارویی نیست یا هنگامیکه به صورتی محدودیت دارد به شما بدهیم. این کار به شما فرصت خواهد داد تا درباره تهیه داروئی متفاوت با ارائه کننده خود گفتگو کرده و یا از ما بخواهید آنرا پوشش دهیم.

برای دریافت یک ذخیره موقت از دارو باید دو قانون زیر را رعایت کنید:

1. داروئی که مصرف می کردید:
   - دیگر در فهرست دارویی نیست، **یا**
   - هرگز در فهرست داروها نبوده است، **یا**
   - اینک به ترتیبی محدود شده است.
2. شما باید یکی از این شرایط را داشته باشید:
   - شما در سال گذشته در برنامه درمانی عضو بودید.
     - ما هزینه ذخیره موقت دارو را در طول **90 روز اول سال تقویمی**. پوشش خواهیم داد
     - این ذخیره موقت برای حداکثر 30 روز ذخیره خواهد بود.
     - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو اجازه خواهیم داد. شما باید داروی نسخه ای را در یک داروخانه عضو شبکه تهیه کنید.
     - داروخانه های مراقبتهای بلند مدت ممکن است داروی تجویزی شما را در هر مرحله به مقدار کم ارائه دهد تا از اسراف جلوگیری شود.
   - به تازگی عضو برنامه ما شده اید.

- ما یک مقدار موقتی از داروی شما را طی **90 روز اول عضویت تان** در برنامه ما پوشش می دهیم.
- اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو اجازه خواهیم داد. شما باید داروی نسخه ای را در یک داروخانه عضو شبکه تهیه کنید.
- داروخانه های مراقبتهای بلند مدت مکن است داروی تجویزی شما را در هر مرحله به مقدار کم ارائه دهد تا از اسراف جلوگیری شود.

- شما برای بیش از 90 روز در برنامه درمانی بوده اید و در مرکز مراقبت بلند مدت زندگی کرده و فوراً به ذخیره نیاز دارید.
  - ذخیره 31 روزه و یا کمتر از این مقدار در صورت تجویز تعداد کمتر، پوشش داده می شود. این ذخیره علاوه بر ذخیره انتقالی مراقبت بلند مدت فوق است.
  - شما از یک مرکز درمانی به مرکز دیگری جابجا می شوید (تغییر میزان مراقبت نامیده میشود).

  مثال های تغییر میزان مراقبت عبارتند از: ورود به یک مرکز مراقبت های بلندمدت از یک بیمارستان مراقبت های حاد؛ ترخیص از بیمارستان و رفتن به خانه؛ پایان یک اقامت در مرکز پرستاری تخصصی بخش A با بازگشت به پوشش بخش D؛ واگذاری وضعیت در آسایشگاه جهت بازگشت به مزایای استاندارد بخش A و B؛ پایان دادن به یک اقامت در مرکز مراقبت های بلندمدت و بازگشت به جامعه؛ و ترخیص از یک بیمارستان روانی.

  اگر میزان مراقبت شما تغییر کند، ما یک ذخیره موقت از داروهای شما را پوشش خواهیم داد. این ذخیره موقت برای حداکثر 30 روز ذخیره خواهد بود. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو اجازه خواهیم داد. شما باید داروی نسخه ای را در یک داروخانه عضو شبکه تهیه کنید.
  - برای درخواست ذخیره موقت یک دارو با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.

هرگاه یک ذخیره موقت از یک دارو دریافت می کنید باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و درباره راهی که می خواهید بعد از اتمام ذخیره موقت در پیش بگیرید تصمیم گیری نمائید. این انتخاب ها وجود دارند:

- می توانید به یک داروی دیگر تغییر دهید.

ممکن است داروی دیگری در برنامه ما پوشش داده شده باشد که بتوانید از آن استفاده کنید. می توانید با بخش خدمات اعضاء تماس گرفته و فهرستی از داروهای تحت پوشش دریافت کنید که برای درمان همان عارضه پزشکی کاربرد دارند. این فهرست به ارائه کننده شما کمک خواهد کرد تا یک داروی تحت پوشش اثربخش برای شما بیابد.

یا

- می توانید درخواست استثناء کنید.

شما و ارائه کننده شما می توانید از ما درخواست کنید تا استثنا قائل شویم. بعنوان مثال، می توانید درخواست پوشش برای داروئی بدهید که اصلاً در فهرست داروئی نیست. یا اینکه می توانید از ما بخواهید داروئی را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه کننده شما معتقد باشد که دلیل پزشکی موجهی برای درخواست استثنا دارید، می تواند به شما کمک کند تا برای این کار درخواست بدهید.

اگر داروئی که مصرف می کنید در سال آینده از فهرست داروها حذف خواهد شد یا به هر ترتیبی محدود خواهد گردید، به شما اجازه خواهیم داد تا قبل از سال بعد درخواست استثناء کنید.

- ما هرگونه تغییر در پوشش داروی شما برای سال بعد را به اطلاع تان خواهیم رساند. شما سپس می توانید از ما درخواست استثناء کرده و ترتیبی که مایل هستید دارو برای سال آینده پوشش داده شود را عنوان کنید.
- ما ظرف مدت 72 ساعت بعد از وصول درخواست شما (یا اظهارنامه پشتیبانی کننده از سوی تجویزکننده شما) به آن پاسخ خواهیم داد.

برای آگاهی بیشتر درباره نحوه درخواست استثنا به فصل 9 مراجعه کنید.

اگر برای درخواست استثناء به کمک نیاز دارید، می توانید با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.

E. تغییرات در پوشش داروهای شما

بیشتر تغییرات پوشش های داروئی در 1 ژانویه رخ می دهد. اما امکان دارد در طول سال نیز تغییراتی در فهرست داروها بدهیم. همچنین ممکن است: قوانین مربوط به داروها را تغییر دهیم.برای مثال ، ما میتوانیم:

- تصمیم بگیریم که یک دارو به مجوز پیشین نیاز دارد یا خیر(مجوز پیشین به معنی تایید OneCare Connect قبل از دریافت یک دارو میباشد.)
- تغییر در مقدار دارویی که میتوانید دریافت کنید (محدودیت مقدار نامیده میشود)
- افزودن یا تغییر درمان مرحله ای (به این معنی که ابتدا باید یک دارو را امتحان کنید تا داروی دیگری را پوشش دهیم.)

برای کسب اطلاعات بیشتردر مورد قوانین داروها به بخش C در ابتدای این بخش مراجعه کنید.

اگر دارویی مصرف میکنید که در **ابتدای سال** پوشش داده شده بود ،ما در **ادامه سال** پوشش آن دارو را تغییر نداده یا حذف نمیکنیم مگر اینکه:

- داروی جدید، ارزان تری با اثربخشی مشابه به بازار بیاید و در لیست داروها قرار گیرد, **یا**
- متوجه عدم ایمنی دارویی شویم، **یا**
- دارویی از بازار حذف شود

برای کسب اطلاعات بیشتردر مورد آنچه بعد از تغییر لیست داروها اتفاق میافتد؛ میتوانید:

- به فهرست به روز شده داروهای ما در وبسایت **www.caloptima.org/onecareconnect** مراجعه کرده یا
- با بخش خدمات مشتریان به شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید.

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

- **وقتی داروی ژنریک جدیدی موجود شود.** گاهی اوقات، داروی جدید ژنریک، ارزان تری با اثربخشی مشابه به داروی برند تجاری موجود به بازار آمده ودر لیست پیدا میشود. در اینصورت، ممکن است ما داروی برند تجاری فعلی را حذف کنیم،ولی هزینه شما برای داروی جدید ژنریک مشابه یا کمتر خواهد بود.

- 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 ایجاد تغییرات به شما اطلاع ندهیم،ولی اطلاعات مربوط به تغییر یا تغییرات خاصی که ایجاد کرده ایم را پس از تغییربرایتان میفرستیم.
  - شما یاارائه دهنده خدمات شما میتوانید خواستار" استثنا " از این تغییرات شوید.ما اطلاعیه ای در توضیح مراحل درخواست استثنا برایتان میفرستیم. لطفا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثنا به فصل 9 ای کتابچه راهنما مراجعه کنید.
- **دارویی از بازار حذف شده.** اداره دارو و غذا (FDA) بگوید که دارویی غیرامن بوده یا سازنده دارو آنرا از بازار بازار جمع آوری کرده باشد، ما دارو را از فهرست داروها حذف خواهیم کرد. اگر شما آن دارو را مصرف میکنید میتوانید با پزشک خود یا تجویز کننده دارو برای پیدا کردن داروی مشابه دیگری که تحت پوشش باشد مشورت کنید.میتوانید با بخش خدمات مشتریان تماس گرفته و خواستار لیست داروهای دیگری که در شرایط مشابه بکار میروند شوید.

ممکن است ما تغییرات دیگری دهیم که داروی شما را تحت تاثیر قرار دهد. ما از قبل این تغییرات در لیست داروها را به شما اطلاع میدهیم.این تغییرات ایجاد میشوند اگر:

- FDA راهکارهای جدیدی وضع کرده یا اطلاعات کلینیکی جدیدی درباره دارویی موجود شوند.
- ما داروی ژنریکی را که در بازارجدید نیست را اضافه کرده ایم **و**
  - جایگزین داروی مارکدار(تجاری) موجود در لیست کنیم یا
  - ما داروی ژنریکی که در بازار جدید است را اضافه کرده و

وقتی این تغییرات ایجاد شوند،ما:

- حداقل 30 روز قبل از اعمال تغییر در لیست به شما اطلاع میدهیم یا
- به شما اطلاع میدهیم واگر درخواست تجدید نسخه نمایید، ذخیره 30 روز دارو را به شما میدهیم.

بدین ترتیب شما زمان کافی برای مشورت با پزشک خود یا تجویز کننده دارو دارید. وی میتواند در موارد زیر شما را یاری دهد:

- برای پیدا کردن داروی مشابه دیگری در فهرست داروها که شما بتوانید استفاده کنید یا
- درخواست استثنا از این تغییرات نمایید.برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست استثنا به فصل 9 مراجعه کنید.

ممکن است ما تغییراتی در داروهایی که استفاده میکنید به وجود بیاوریم که فعلاً تأثیری بر شما نداشته باشد. برای این تغییرات؛ اگر شما دارویی را استفاده میکنید که در اوایل سال تحت پوشش است؛ ما پوشش این دارو را تا پایان سال حذف نمیکنیم یا تغییر نمیدهیم.

برای مثال، اگر ما ما دارویی را که شما استفاده میکنید حذف کنیم یا محدود نماییم، این تغییر تا پایان سال هیچگونه تأثیری بر شما نخواهد داشت

F. پوشش دارو در مواقع خاص

F1. گر برای یک اقامت تحت پوشش برنامه در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی پذیرش می شوید، معمولاً هزینه داروهای نسخه ای در طول دوره ای که آنجا هستید را پوشش می دهیم.

اگر برای یک اقامت تحت پوشش برنامه در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی پذیرش می شوید، معمولاً هزینه داروهای نسخه ای در طول دوره ای که آنجا هستید را پوشش می دهیم. لزومی ندارد که سهم بیمه شده را پرداخت کنید. بعد از اینکه بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی را ترک کردید، داروهای شما را تا زمانی که با تمام قوانین پوشش ما مطابقت داشته باشند پوشش خواهیم داد.

برای آگاهی بیشتر درباره پوشش داروها و آنچه که باید پرداخت کنید به فصل 6 مراجعه نمایید.

F2. اگر در یک مرکز مراقبت های بلندمدت هستید

اکثر مراکز مراقبتهای بلند مدت مانند مراکز پرستاری، داروخانه های خود را دارند یا داروخانه هایی داروهای افراد بستری آنها را ارائه میدهد . اگر در یک مرکز مراقبتهای بلند مدت اقامت میکنید ممکن است که داروهای خود را از داروخانه مرکز که در شبکه ما است دریافت کنید.

لطفاً برای اطلاع از اینکه داروخانه مرکز مراقبتهای بلند مدت شما در شبکه ما است، به راهنمای داروخانه ها و ارائه کنندگان مراجعه کنید. اگر چنین نیست و یا به اطلاعات بیشتری احتیاج دارید لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

F3. اگر در یک برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید مدیکر هستید

داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه درمانی ما نمی باشند.

- اگر در یک آسایشگاه بیماری های لاعلاج مدیکر به سر می برید و به دارو هایی برای کنترل درد، تهوع، یبوست یا اضطراب نیاز دارید، اما این داروها تحت پوشش آسایشگاه بیماری های لاعلاج شما نیستند به دلیل اینکه این مشکلات به بیماری لاعلاج شما و شرایط مربوط به آن ارتباطی ندارند، پیش از تقبل پوشش این دارو ها، برنامه ما باید توسط شخص تجویزکننده یا ارائه کننده خدمات آسایشگاهی شما از این موضوع مطلع شود.
- به منظور جلوگیری از تاخیر در دریافت هر داروی نامربوط که بیمه ما باید پوشش دهد، می توانید از ارائه کننده خدمات آسایشگاه خود یا تجویزکننده بخواهید مطمئن شود که ما پیش از مراجعه شما به داروخانه برای پیچیدن نسخه یک گواهی دریافت کنیم که داروی مورد درخواست شما نامربوط است.

اگر آسایشگاه بیماران رو به مرگ را ترک کنید، برنامه درمانی ما باید هزینه همه داروهای شما را پوشش دهد. برای پیشگیری از هرگونه تأخیرات در داروخانه هنگامیکه مزایای آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما خاتمه پیدا می کند، شما باید اسنادی را به داروخانه بیاورید که تأیید می کند شما آسایشگاه بیماران رو به مرگ را ترک کرده اید. به بخش های قبل در این فصل مراجعه کنید که مقررات دریافت پوشش داروئی تحت بخش D را توصیف می کند.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مزایای آسایشگاه بیماران رو به مرگ، به فصل 4 مراجعه کنید.

G. برنامه های مخصوص ایمنی داروها و مدیریت داروها

G1. برنامه هائی برای کمک به اعضاء در جهت استفاده ایمن از داروها

هر بار که داروهای نسخه ای خود را تهیه می کنید، بررسی هائی برای یافتن مشکلات احتمالی مانند موارد اشتباهات داروئی یا موارد زیر انجام می دهیم:

- داروهائی که ممکن است مورد نیاز نباشند چون در حال مصرف داروئی دیگر هستید که کارکرد مشابه دارد
- داروهائی که ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشند
- داروهائی که در صورت مصرف همزمان می توانند مضر باشند
- داروهائی که دارای ترکیباتی هستند که به آنها حساسیت دارید
- داروهایی که دارای مقدار نا امنی از مسکنهای مرفین دار هستند

اگر متوجه یک مشکل احتمالی در استفاده شما از داروهای نسخه ای شویم، برای تصحیح مشکل با ارائه کننده شما همکاری خواهیم کرد.

G2. برنامه های کمک به اعضاء برای مدیریت داروهایشان

اگر داروهایی را برای عوارض پزشکی مختلف مصرف می کنید، ممکن است برای دریافت خدمات از طریق برنامه مدیریت دارو درمانی (MTM) بدون اینکه برایتان هزینه داشته باشد واجد شرایط باشید. این برنامه به شما و ارائه کننده شما کمک می کند تا مطمئن شوید داروهای شما برای بهبود سلامتی شما عمل می کنند. یک داروساز یا متخصص بهداشتی دیگر یک بررسی جامع از همه داروهای شما را ارائه کرده و در موارد زیر با شما صحبت خواهد کرد:

- نحوه حداکثر بهره مندی از داروهائی که مصرف می کنید
- هرگونه نگرانی هائی که دارید، از قبیل هزینه دارو و واکنش های داروئی
- بهترین روش مصرف داروهای شما
- هرگونه سؤالات یا مشکلاتی که در مورد داروی نسخه دار و داروی بدون نسخه (OTC) خود دارید

شما یک خلاصه کتبی از این گفتگو را دریافت خواهید کرد. این خلاصه شامل یک برنامه اقدامات داروئی می باشد که کارهائی را که برای بهترین نحوه استفاده از داروهای خود می توانید انجام دهید به شما توصیه می کند. همچنین یک فهرست داروئی شخصی را دریافت خواهید کرد که شامل همه داروهائی می شود که مصرف می کنید و چرا آنها را مصرف می کنید.

ایده خوبیست که قبل از ویزیت سالانه "تندرستی" خود ترتیب بررسی دارویی خود را بدهید تا بتوانید در مورد برنامه اقدامات و فهرست دارویی خود با پزشکتان صحبت کنید. برنامه اقدامات و فهرست داروئی خود را در هر ویزیت و هربار که با پزشک خود، داروسازها و سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی صحبت می کنید به همراه ببرید. همچنین فهرست دارویی خود را در هنگام مراجعه به بیمارستان یا اتاق اورژانس به همراه ببرید.

برنامه های مدیریت دارو درمانی داوطلبانه بوده و برای اعضای واجد شرایط رایگان هستند. اگر برنامه ای مناسب نیازها شما داشته باشیم، شما را در آن ثبت نام کرده و برای تان اطلاعات خواهیم فرستاد. اگر مایل به حضور در برنامه نبودید، لطفاً به ما اطلاع دهید تا شما از آن خارج سازیم.

اگر در مورد این برنامه ها هرگونه سوالی دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.

G3. برنامه مدیریت دارویی برای کمک به اعضا برای مصرف ایمن داروهای مسکن

OneCare Connect برنامه ای دارد که به اعضا کمک میکند داروهای مسکن تجویزی خود یا سایر داروهایی که اغلب مورد سوء مصرف قرار می گیرند را بطور ایمن مصرف کنند. این برنامه مدیریت دارویی(DMP) نام دارد.

اگر داروهای مسکنی مصرف میکنید که از چندین پزشک یا داروخانه دریافت میکنید،ما ممکن است با پزشکتان صحبت کرده تا از مصرف صحیح شما یا ضرورت پزشکی آن اطمینان حاصل کنیم.در همکاری با پزشکتان ،اگر تصمیم بگیریم که شما داروی مسکن یا داروهای بنزودیزپین را به طرز صحیح مصرف نمیکنید، ممکن است در نحوه دریافت آن داروها محدودیتهایی قائل شویم.محدودیتها ممکن است شامل:

- الزام شما برای دریافت همه نسخه ها برای این داروها **از یک پزشک یا یک داروخانه**
- **محدودیت مقادیر** این داروها که ما پوشش میدهیم

اگر تصمیم بگیریم که یک یا تعداد بیشتری محدودیت قائل شویم که شامل شما شود،از قبل برایتان نامه میفرستیم.نامه در مورد این محدودیتها توضیح میدهد.

شما میتوانید به ما بگویید که چه پزشک یا داروخانه ای را ترجیح میدهید. اگر فکر میکنید که اشتباه کرده ایم، با اینکه دارو را سوء مصرف میکنید موافق نیستید،یا با محدودیتها موافق نیستید، شما یا تجویز کننده داروهای شما میتوانید درخواست تجدید نظر بدهید.(برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست تجدید نظر به فصل 9 مراجعه کنید.)

DMP شامل شما نمیشود اگر:

- دارای شرایط پزشکی خاص مانند سرطان هستید،
- دریافت کننده مراقبت بیماری لاعلاج در آسایشگاه یا مراقبتهای پایان زندگی هستید،یا
- در مرکز مراقبتهای بلند مدت زندگی میکنید.

فصل 6: چه مبلغی را برای داروهای مدیکر و مدیکل خود پرداخت میکنید

مقدمه

این فصل هزینه ای که برای داروهای نسخه دار بیماران سرپایی می پردازید را توصیف می کند. منظور از "داروها":

- داروهای نسخه ای مدیکربخشD، و
- داروها و اقلام تحت پوشش مدیکل، و
- داروها و ملزومات تحت پوشش برنامه بعنوان مزایای تکمیلی.

شما به دلیل اینکه واجد شرایط مدیکل هستید، در پرداخت هزینه داروهای نسخه ای مدیکر بخش D خود از مدیکر "کمک اضافی" دریافت می کنید.

> **کمک اضافی** برنامه ای در مدیکر است که به افراد کم بضاعت داروهای نسخه ای بخش D را با هزینه کمتر، مانند حق بیمه، کسورات و سهم بیمه شده ارائه میکند. به کمک اضافی " یارانه درآمد کم" یا "LIS" نیز میگویند

کلمات کلیدی و معانی آنها را میتوانید به ترتیب الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضاء پیدا کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروهای نسخه ای می توانید از این مراجع استفاده کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش ما.
  - ما این فهرست را "فهرست داروئی" می خوانیم. این فهرست به شما موارد زیر را نشان میدهد:
    - ← داروهایی که هزینه آنها را پرداخت میکنیم
    - ← هر دارو درکدامیک از سه (3) ردیف گروه بندی تقسیم-هزینه دارواست
    - ← هرگونه محدودیت موجود بر داروها
  - اگر مایل به دریافت یک نسخه از فهرست داروها هستید با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می توانید فهرست داروها را در وب سایت ما **www.caloptima.org/onecareconnect** بیابید. فهرست داروهای موجود در وب سایت همیشه به روزترین نسخه میباشد.
- فصل 5 کتابچه راهنمای اعضاء
  - فصل5 اطلاعاتی را در مورد نحوه دریافت داروهای نسخه دار بیماران سرپایی از طریق برنامه درمانی ما ارائه می کند.
  - مقررات و قوانینی که باید رعایت کنید نیز در آنجا ذکر شده اند. اطلاعاتی را در مورد نوع داروهای نسخه داری که تحت پوشش برنامه درمانی ما نمی باشند را نیز ارائه می کند
- فهرست ارائه کنندگان و داروخانه های ما
  - در بیشتر موارد برای دریافت داروهای تحت پوشش خود باید از یکی از داروخانه های شبکه استفاده کنید. داروخانه های عضو شبکه داروخانه هائی هستند که موافقت نموده اند با ما همکاری کنند.
  - فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها حاوی فهرستی از داروخانه های شبکه می باشد. در فصل 5 می توانید مطالب بیشتری درباره داروخانه های عضو شبکه مطالعه کنید.

فصل 6: چه مبلغی را برای داروهای مدیکر و مدیکل خود پرداخت میکنید

فهرست

A. شرح مزایا (EOB) 105

B. حفظ سابقه هزینه داروهای شما 105

C. مراحل پرداخت هزینه داروهای مدیکر بخش D 106

D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه 107

D1. داروخانه های انتخابی شما 107

D2. تهیه ذخیره بلند مدت داروها 107

D3. مبلغی که شما پرداخت میکنید 107

D4. پایان مرحله پوشش اولیه 108

E. مرحله 2 : مرحله پوشش بحرانی 109

F. هزینه داروی شما در صورتیکه پزشک ذخیره دارویی لازم برای کمتر از یک ماه تجویز کند 109

G. کمک در هزینه پرداختی داروهای نسخه ای برای افراد مبتلا به ایدز/ اچ آی وی (HIV/AIDS) 110

G1. برنامه کمک داروئی ایدز (AIDS Drug Assistance Program - ADAP) چیست؟ 110

G2. اگر عضو ADAP نیستید چه کار باید بکنید 110

G3. اگر در حال حاضرعضو ADAP هستید چه کار باید بکنید 110

H. واکسیناسیونها 110

H1. آنچه باید قبل از دریافت واکسنها بدانید 110

H2. مبلغی که برای واکسیناسیون مدیکر بخش D پرداخت می کنید 111

A. شرح مزایا (EOB)

برنامه درمانی ما سابقه داروهای نسخه دار شما را نگه می دارد. ما سابقه دو نوع از هزینه ها را نگهداری می کنیم:

- **هزینه هایی که شما پرداخت.** کرده اید. این کل مبلغی است که شما یا شخصی از جانب شما برای نسخه هایتان می پردازید.
- **کل هزینه دارویی** شما. این مبلغی می باشد که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه های شما می پردازند، به اضافه مبلغی که ما می پردازیم.

هنگامیکه داروهای نسخه دار را از طریق برنامه درمانی ما دریافت می کنید، ما گزارشی را برای شما ارسال می کنیم که شرح مزایا خوانده می شود. به این گزارش مختصراً EOB می گوییم. موارد زیر در EOB قید می گردد:

- **اطلاعات ماهانه.** داروهای نسخه ای که تهیه کرده اید در گزارش ذکر می شود. کل مخارج داروها، مبلغی که ما پرداخت کرده ایم و آنچه که شما یا دیگران برای شما پرداخت کرده اند در آن مشخص می گردد.
- **اطلاعات "از ابتدای سال جاری تا امروز".** این کل هزینه داروئی شما و کل مبلغی می باشد که از 1 ژانویه پرداخت شده است.

ما داروهایی که تحت مدیکر نمی باشند را پوشش میدهیم .

- پرداخت های انجام شده برای این داروها جزو مجموع هزینه هائی که شخصاً پرداخته اید محسوب نخواهد شد.
- برای آگاهی از داروهای تحت پوشش برنامه به فهرست داروها مراجعه نمائید.

B. حفظ سابقه هزینه داروهای شما

برای حفظ سابقه مخارج داروئی و پرداخت هائی که انجام می دهید، از سوابق دریافت شده ازطرف شما و داروخانه شما استفاده می کنیم. شما با رعایت این موارد می توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید.

کارت شناسایی عضویت خود را هربار که نسخه ای را می پیچید نشان دهید. این کار به ما کمک خواهد کرد تا از نسخه هائی که تهیه می کنید و مبلغی که پرداخت می کنید آگاه شویم.

2. مطمئن شوید که اطلاعات مورد نیاز را در اختیار ما قرار داده اید.

کپی رسید داروهائی که هزینه آنها را پرداخت کرده اید در اختیار ما بگذارید. شما می توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه داروهای شما را بازپرداخت کنیم

اینها نمونه هائی از مواردی هستند که باید کپی رسیدهای خود را در اختیار ما بگذارید:

- هرگاه یک داروی تحت پوشش را با نرخی ویژه یا با استفاده از یک کارت تخفیف که جزو مزایای برنامه ما نیست از یک داروخانه عضو شبکه خریداری می کنید
- هنگامیکه سهم بیمه شده را برای داروهایی پرداخت می کنید که تحت برنامه کمک به بیماران از جانب تولید کننده می باشد.
- هرگاه داروهای تحت پوشش را از داروخانه های خارج از شبکه خریداری می کنید
- هرگاه قیمت کامل یک داروهای تحت پوشش را پرداخت می کنید

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این که چگونه شما می توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه داروهای شما را بازپرداخت کنیم، به فصل 7 مراجعه کنید.

3. اطلاعات مربوط به پرداختهایی که دیگران برای شما انجام داده اند را برای ما ارسال کنید.

پرداخت های انجام شده توسط برخی از افراد و سازمان ها جزو هزینه هائی که شخصاً پرداخت کرده اید محسوب می شوند. بعنوان مثال، مبالغ پرداخت شده توسط برنامه کمک داروئی ایدز، خدمات بهداشتی سرخپوستان، و اکثر مؤسسات خیریه جزو هزینه های شخصی شما محسوب می شوند. این امر می تواند درکسب صلاحیت جهت بهره مندی از پوشش دوران بحرانی به شما کمک کند. هرگاه به مرحله پوشش دوران بحرانی رسیدید، OneCare Connect تمام مخارج داروهای بخش D شما را برای باقی سال پرداخت خواهد کرد.

4. گزارشهایی را که برای شما میفرستیم مطالعه نمایید.

هرگاه شرح مزایا را با پست دریافت کردید، لطفاً آنرا با دقت مرور کرده و مطمئن شوید که کامل و صحیح باشد. اگر اشتباهی در گزارش یافتید یا تصور می کنید ناقص است، یا در صورت داشتن هرگونه سوال با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. لطفاً این گزارش ها را نگهداری کنید. آنها مدارک مهمی هستند که مخارج داروئی شما را نشان می دهند.

C. مراحل پرداخت هزینه داروهای مدیکر بخش D

دو مرحله پرداخت برای پوشش داروهای نسخه ای مدیکر بخش D در OneCare Connect وجود دارد. مبلغی که می پردازید بستگی به مرحله ای که شما در هنگام تهیه یا تجدید نسخه در آن قراردارید بستگی دارد.این دو مرحله عبارتند از:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	**مرحله 2:** مرحله پوشش بحرانی
در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می کنیم و شما سهم خودتان را می پردازید. سهم شما سهم بیمه شده خوانده می شود. شما این مرحله را در هنگام تهیه اولین نسخه خود در سال شروع می کنید.	در این مرحله ما تمام هزینه داروهای شما را تا 31 دسامبر 2020 می پردازیم. شما این مرحله را در هنگامی شروع می کنید که مبلغ مشخصی از هزینه های نقدی را پرداخت کرده باشید.

D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در مرحله پوشش اولیه، ما سهمی از هزینه داروهای نسخه ای تحت پوشش شما را پرداخت می کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت خواهید کرد. سهم شما سهم بیمه شده خوانده می شود. سهم بیمه شده بستگی به موقعیت دارو در گروه بندی های تقسیم هزینه و محلی که آنرا دریافت می کنید دارد.

ردیف های سهیم شدن در هزینه، شامل گروه هایی از داروها با سهم بیمه شده یکسان می باشند. هریک از داروهای ذکر شده در فهرست داروهای برنامه جزو یکی از سه (3) گروه بندی تقسیم-هزینه است. به طور کلی، هر چه شماره ردیف بالاتر باشد، سهم بیمه شده بیشتر است. برای پیدا کردن ردیف های سهیم شدن در هزینه برای داروهای شما، می توانید به فهرست دارویی مراجعه کنید.

- داروهای ردیف 1 داروها ی ژنریک هستند. سهم بیمه شده برای داروهای این ردیف بر أساس در آمد شما $0، $1.30، یا $3.60است.
- داروهای ردیف 2 داروهای تجاری هستند. سهم بیمه شده برای داروهای این ردیف بر أساس در آمد شما $0, $3.90, یا $8.95 است.
- داروهای ردیف 3 داروهای غیر مدیکر می باشند. این اقلام توسط مدیکل پوشش داده می شوند.سهم بیمه شده $0 است.

D1. داروخانه های انتخابی شما

مبلغی که برای یک دارو پرداخت می کنید بستگی به این خواهد داشت که دارو را از کجا تهیه می کنید:

- یک داروخانه عضو شبکه, **یا**
- یک داروخانه خارج از شبکه.

در موارد خاصی هزینه داروهای نسخه ای تهیه شده از داروخانه های خارج از شبکه را پرداخت خواهیم کرد. برای آگاهی از این موارد به فصل 5 مراجعه کنید.

برای آگاهی بیشتر درباره گزینه های موجود درباره داروخانه ها به فصل 5 این کتاب راهنما و راهنمای ارائه کنندگان و داروخانه های ما رجوع کنید.

D2. تهیه ذخیره بلند مدت داروها

شما می توانید هنگام تهیه نسخه های خود، از برخی داروها یک ذخیره بلندمدت (یا "ذخیره تکمیلی") دریافت کنید. ذخیره درازمدت برای حداکثر 90 روزاست. برای شما همان هزینه ذخیره یک ماهه را دارد.

برای جزییات مکان و نحوه دریافت ذخیره بلند مدت دارو به فصل 5 یا فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها مراجعه کنید.

D3. مبلغی که شما پرداخت میکنید

در طول مرحله اول پوشش، ممکن است یک سهم بیمه شده را هربار که نسخه ای را می پیچید بپردازید. اگر ارزش داروی تحت پوشش شما کمتر از سهم بیمه شده باشد، شما هزینه کمتری را پرداخت خواهید کرد.

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه سهم بیمه شده شما برای هر داروی تحت پوشش چقدر است می توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

سهم پرداختی شما برای ذخیره یک ماه یا ذخیره بلند مدت از دارو های نسخه دار تحت پوشش:

	یک داروخانه عضو شبکه ذخیره یک ماه یا حداکثر 90 روز	**یک داروخانه مرکز مراقبت های بلندمدت عضو شبکه** ذخیره تا حداکثر 31 روز	**یک داروخانه خارج از شبکه** ذخیره تا حداکثر 30 روز. پوشش محدود به موارد خاص می باشد. برای جزییات بیشتر به فصل 5 مراجعه نمایید.
ردیف 1 تقسیم-هزینه (داروهای ژنریک)	$0 تا زمانی که هزینه کامل داروهای شما به مبلغ $2,750 برسد بعداً $0، $1.30، یا $3.60 میشود.	$0 تا زمانی که هزینه کامل داروهای شما به مبلغ $2,750 برسد بعداً $0، $1.30، یا $3.60 میشود.	$0 تا زمانی که هزینه کامل داروهای شما به مبلغ $2,750 برسد بعداً $0، $1.30، یا $3.60 میشود.
ردیف 2 تقسیم-هزینه (داروهای با نام تجاری)	$0 تا زمانی که هزینه داروهای شما به $2,750 برسد. بعد از آن سهم هزینه شما $0 ،$3.90 یا $8.95خواهد بود.	$0 تا زمانی که هزینه داروهای شما به $2,750 برسد. بعد از آن سهم هزینه شما $0، $3.90 یا $8.95خواهد بود.	$0 تا زمانی که هزینه داروهای شما به $2,750 برسد. بعد از آن سهم هزینه شما $0، $3.90 یا $8.95خواهد بود.
ردیف 3 تقسیم-هزینه (داروهای غیر مدیکر)	$0	$0	$0

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه کدامیک از داروخانه ها می توانند ذخیره های بلند مدت را به شما بدهند، به فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها مراجعه کنید.

D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله پوشش اولیه هنگامی خاتمه پیدا می کند که کل هزینه های نقدی شما به $6,350 برسد. در آن هنگام، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می شود. ما همه هزینه های داروئی شما را از آن هنگام تا آخر سال پوشش می دهیم.

گزارشات شرح مزایا به شما کمک خواهند کرد که سابقه مبالغی که برای داروهای خود در طول سال می پردازید را نگه دارید. وقتی که هزینه های نقدی شما به حد$6,350 برسد، به شما اطلاع می دهیم. بسیاری از افراد در طول سال به این سقف نمی رسند.

E. مرحله 2 : مرحله پوشش بحرانی

وقتی به محدوده $6,350 برای دارو های نسخه دار خود برسید، مرحله پوشش بحرانی آغاز می شود. شما تا پایان سال تقویمی در مرحله پوشش بحرانی باقی خواهید ماند. در این مرحله، برنامه تمامی هزینه داروهای مدیکر شما را پرداخت خواهد کرد.

F. هزینه داروی شما در صورتیکه پزشک ذخیره دارویی لازم برای کمتر از یک ماه تجویز کند

معمولاً، شما سهم بیمه شده را برای پوشش ذخیره یک ماه کامل از داروی تحت پوشش پرداخت می کنید. اما امکان دارد پزشک ذخیره ای برای کمتر از یک ماه را تجویز نماید.

- مواردی پیش می آید که از پزشک خود می خواهید از یک دارو ذخیره ای برای کمتر از یک ماه تجویز نماید (بعنوان مثال اگر می خواهید داروئی که به داشتن عوارض جانبی جدی شهرت دارد را برای نخستین بار امتحان کنید).
- اگر پزشک شما موافقت کند لازم نخواهد بود برای ذخیره یک ماه کامل برخی داروها پرداخت کنید.

اگر دارویی برای کمتر از یک ماه برای شما تجویز شود، مقداری که شما پرداخت میکنید بر اساس تعداد روزهایی که دارو را دریافت می کنید محاسبه خواهد شد. ما مبلغی را که در هر روز برای دارو پرداخت می کنید ("نرخ سهم هزینه روزانه") محاسبه کرده و آنرا با تعداد روزهایی که دارو را دریافت می کنید ضرب خواهیم کرد.

- به یک مثال توجه کنید: فرض کنید که سهم بیمه شده برای ذخیره یک ماه کامل از داروی شما (ذخیره 30 روزه) $1.30 باشد. این یعنی مبلغی که به ازای هر روز برای داروی خود پرداخت می کنید$0.04 است. اگر ذخیره 7 روزه دارو را دریافت می کنید، مبلغی که پرداخت می کنید $0.04 در روز ضربدر 7 روز برای کل مبلغ پرداختی $0.30 می باشد.
- شما می توانید از ارائه کننده خود بخواهید در نسخه ذخیره دارو برای کمتر از یک ماه را بنویسد، اگر به شما در موارد زیر کمک کند:
  - برنامه ریزی بهتر تجدید نسخه های شما
  - هماهنگی دریافت داروهایتان با سایر داروهایی که دریافت میکنید
  - مراجعات کمتر به داروخانه.

G. کمک در هزینه پرداختی داروهای نسخه ای برای افراد مبتلا به ایدز/ اچ آی وی (HIV/AIDS)

G1. برنامه کمک داروئی ایدز (AIDS Drug Assistance Program - ADAP) چیست؟

برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP) دسترسی افراد واجد شرایط مبتلا به اچ آی وی/ایدز به داروهای نجات بخش اچ آی وی را تضمین میکند. داروهای نسخه ای سرپایی مدیکر بخش D که تحت پوشش ADAP نیز قرار دارند از طریق سازمان بهداشت عمومی کالیفرنیا، اداره بیماری ایدز برای افراد عضو ADAP واجد شرایط کمک درسهم هزینه داروهای نسخه ای قلمداد خواهند شد.

G2. اگر عضو ADAP نیستید چه کار باید بکنید

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره معیارهای صلاحیت، داروهای تحت پوشش و یا نحوه عضویت در برنامه با شماره تلفن 1-844-421-7050تماس بگیرید و یا به وب سایت ADAP، به نشانی زیر مراجعه کنید:
.https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

G3. اگر در حال حاضرعضو ADAP هستید چه کار باید بکنید

ADAP می تواند همچنان به کمک در سهم هزینه داروهای نسخه ای مدیکر بخش D برای داروهای موجود در فهرست ADAPبه اعضای ADAP ادامه دهد. برای حصول اطمینان از اینکه این کمک ها برای شما ادامه می یابد، لطفاً هرگونه تغییر در نام یا شماره بیمه نامه برنامه مدیکر بخش D خود را به کارشناس محلی عضویت ADAP اطلاع دهید. اگر برای یافتن نزدیک ترین مرکز عضویت/کارشناس عضویت ADAP نیاز به کمک داشتید، با شماره 1-844-421-7050 تماس گرفته و یا به وب سایت فوق مراجعه کنید.

H. واکسیناسیونها

ما هزینه واکسن های مدیکر بخش D را پوشش می دهیم. واکسن های مدیکر بخش D را در دو بخش تحت پوشش می دهیم:

1. بخش اول پوشش **هزینه خود واکسن** میباشد. واکسن یک داروی تجویزی است.
2. بخش دوم پوشش **هزینه تزریق واکسن به شما** است. برای مثال، گاهی اوقات ممکن است واکسن را به صورت آمپولی که پزشک به شما تزریق می کند دریافت کنید.

H1. آنچه باید قبل از دریافت واکسنها بدانید

هرگاه تصمیم به دریافت واکسن داشتید توصیه می شود ابتدا با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- ما می توانیم برای شما توضیح دهیم که واکسیناسیون شما چگونه پوشش داده می شود و جزئیات سهم پرداختی شما را به اطلاعتان برسانیم.
- ما می توانیم به شما بگوییم که چگونه هزینه های خود را با استفاده از داروخانه ها و ارائه کنندگان شبکه پایین نگه دارید. داروخانه های عضو شبکه داروخانه هائی هستند که موافقت نموده اند با برنامه ما همکاری کنند. یک ارائه کننده عضو شبکه، ارائه کننده ایست که با برنامه درمانی همکاری دارد. یک ارائه کننده عضو شبکه باید با برنامه OneCare Connect همکاری نماید تا مطمئن باشیم هیچ هزینه اولیه ای برای یک واکسن بخش D متحمل نخواهید شد.

H2. مبلغی که برای واکسیناسیون مدیکر بخش D پرداخت می کنید

مبلغی که برای واکسیناسیون پرداخت می کنید بستگی به نوع واکسن (عارضه ای که برای آن واکسینه شده اید) دارد.

- بعضی واکسن ها جزو مزایای بهداشتی هستند و دارو محسوب نمی شوند. این واکسن ها به طور رایگان تحت پوشش می باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش این واکسن ها به جدول مزایای در فصل 4 مراجعه کنید.
- سایر واکسن ها، داروهای مدیکر بخش D محسوب می گردند. شما می توانید این واکسن ها را در فهرست دارویی برنامه درمانی پیدا کنید. ممکن است لازم باشد که سهم بیمه شده را برای واکسن های مدیکر بخش D پرداخت کنید.

سه روش معمول برای دریافت یک واکسن مدیکر بخش D وجود دارد.

1. شما واکسن مدیکر بخش D را از یک داروخانه عضو شبکه تهیه کرده و در داروخانه تزریق می کنید.
   - سهم بیمه شده برای واکسن را پرداخت می کنید.
2. واکسن مدیکر بخش D را در مطب پزشک خود دریافت و پزشک آنرا به شما تزریق می کنید.
   - شما یک سهم بیمه شده برای واکسن را به پزشک پرداخت خواهید کرد.
   - برنامه درمانی ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت خواهد کرد.
   - مطب پزشک باید در این موقعیت با برنامه درمانی ما تماس بگیرد تا مطمئن شویم آنها می دانند که شما تنها باید سهم بیمه شده را برای واکسن پرداخت کنید.
3. شما خود واکسن مدیکر بخش D را در داروخانه دریافت کرده و آنرا برای تزریق به مطب پزشکتان می برید.
   - سهم بیمه شده برای واکسن را پرداخت خواهید کرد.
   - برنامه درمانی ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت خواهد کرد.

فصل 7: درخواست برای پرداخت سهم ما از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده اید

مقدمه

آین فصل شما را در مورد اینکه چگونه صورتحساب را به منظور پرداخت برای ما ارسال کنید، راهنمایی میکند. همچنین چگونگی درخواست تجدید نظردر صورتی که با تصمیمی که در مورد پوشش خدمات شما گرفته ایم راضی نباشید.
کلمات کلیدی و معانی آنها را میتوانید به ترتیب الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضاء پیدا کنید.

فهرست

A. چگونگی درخواست پرداخت هزینه خدمات و داروها 113

B. نحوه ارسال درخواست برای پرداخت 115

C. تصمیم در مورد پوشش 116

D. درخواست تجدید نظر 116

فصل 7: درخواست برای پرداخت سهم ما از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده اید

A. چگونگی درخواست پرداخت هزینه خدمات و داروها

شما نباید برای خدمات و داروهای داخل شبکه صورتحساب دریافت کنید.ارائه کنندگان شبکه ما برای خدمات و داروهای تحت پوشش شما که قبلاً دریافت کردید باید برای برنامه درمانی صورتحساب بفرستند. یک ارائه کننده عضو شبکه ارائه کننده ای است که با برنامه خدمات بهداشتی و درمانی همکاری دارد.

اگر برای کل هزینه مراقبت درمانی یا دارو صورتحساب دریافت کردید، صورتحساب را برای ما ارسال دارید. برای ارسال صورتحساب به ما، به صفحه 115 مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش باشند، ما مستقیماً به ارائه کننده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش باشند و شما قبلاً آنرا پرداخت کرده باشید، این حق شماست که آنرا پس بگیرید.
- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش نباشند، به اطلاع شما میرسانیم.

اگر سؤالی داشتید با بخش خدمات اعضاء یا کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی خود تماس بگیرید. اگر صورتحسابی را دریافت کردید و نمی دانید با آن چکار کنید، ما می توانیم به شما کمک کنیم. اگر می خواهید اطلاعاتی را در مورد درخواست برای پرداخت مبلغی که قبلاً برای ما ارسال کرده اید در اختیار ما قرار دهید نیز می توانید با ما تماس بگیرید.

در اینجا چند مورد ذکر می شود که ممکن است لازم باشد از ما درخواست کنید هزینه صورتحسابی که دریافت کرده اید را به شما بازپرداخت کنیم:

1. هنگامیکه مراقبت اضطراری یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد را از سوی ارائه کننده خارج از شبکه دریافت می کنید

باید از ارائه کننده بخواهید که برای ما صورتحساب بفرستد.

- اگر مبلغ کل را در هنگام دریافت مراقبت پرداخت کنید، از ما بخواهید که سهم ما ازهزینه را به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و هرگونه قبض مبلغی که پرداخت کردید را برای ما ارسال کنید.
- شما ممکن است از ارائه کننده صورتحسابی دریافت کنید که از شما می خواهد مبلغی را پرداخت کنید که فکر می کنید بدهکار نیستید. صورتحساب و هرگونه قبض مبلغی که پرداخت کردید را برای ما ارسال کنید.
  - اگر باید به ارائه کننده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه کننده پرداخت خواهیم کرد.
  - اگر قبلاً برای خدمات پرداخت کرده اید، ما به شما بازپرداخت می کنیم.

2. هنگامیکه ارائه کننده عضو شبکه برای شما صورتحساب می فرستد

ارائه کنندگان شبکه باید همیشه برای ما صورتحساب بفرستند. در زمان دریافت خدمات یا دارو کارت عضویت OneCare Connect خود را ارائه نمایید. صورتحسابهای نا مناسب یا نا بجا زمانی اتفاق می افتد که ارائه دهنده خدمات (بیمارستان یا پزشک) قبضی بیش از هزینه اشتراک برنامه برای شما میفرستد. **اگر صورتحساب دریافت کردید با خدمات مشتریان تماس بگیرید.**

- شما مسئول پرداخت هیچگونه هزینه ای نیستید، به این دلیل که OneCare Connect همه هزینه خدمات شما را پرداخت میکند. ارائه دهندگان نباید برای این خدمات برای شما صورتحساب ارسال نمایند.

- هر زمان که صورتحسابی را از یک ارائه کننده عضو شبکه دریافت می کنید صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه کننده تماس گرفته و مشکل شما را حل میکنیم.
- اگر قبلاً صورتحساب یک ارائه کننده عضو شبکه را پرداخت کرده اید صورتحساب و مدرک هر مبلغ پرداخت شده را برای ما ارسال کنید. ما برای خدمات تحت پوشش به شما بازپرداخت میکنیم.

3. هنگامیکه از داروخانه خارج از شبکه برای دریافت نسخه استفاده می کنید

اگر به داروخانه خارج از شبکه بروید، لازم خواهد بود که هزینه کامل نسخه خود را پرداخت کنید.

- ما تنها در چند مورد هزینه نسخه هائی که ازداروخانه های خارج از شبکه دریافت شده باشند را پوشش خواهیم داد. هنگامیکه از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست می کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه های خارج از شبکه، به فصل 5 مراجعه کنید.

4. هنگامیکه هزینه کامل نسخه را پرداخت می کنید چون کارت عضویت برنامه درمانی را همراه ندارید

اگر کارت عضویت برنامه درمانی را همراه ندارید، می توانید از داروخانه بخواهید که با ما تماس بگیرند یا اطلاعات عضویت در برنامه درمانی شما را کنترل کنند.

- اگر داروخانه نمی تواند فوراً به اطلاعات دسترسی پیدا کند، ممکن است لازم باشد که خودتان هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید.
- هنگامیکه از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست می کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید.

5. هنگامیکه هزینه کامل نسخه برای داروئی که تحت پوشش نیست را پرداخت می کنید

ممکن است هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید به این دلیل که دارو تحت پوشش نیست.

- دارو ممکن است در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروئی) ما نباشد یا ممکن است شرایط یا محدودیتی داشته باشد که شما نمی دانستید یا فکر می کنید که نباید به شما مربوط شود. اگر تصمیم بگیرید که دارو را دریافت کنید، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل آنرا پرداخت کنید.
  - اگر هزینه دارو را پرداخت نکنید ولی فکر می کنید که باید تحت پوشش باشد، می توانید از ما در خواستِ برای یک تصمیم پوشش کنید (به فصل 9 مراجعه کنید).
  - اگر شما و پزشک شما یا تجویز کننده دیگری فکر می کنید که فوراً به دارو نیاز دارید، می توانید برای یک تصمیم پوشش سریع درخواست کنید (به فصل 9 مراجعه کنید).
- رونوشتی از رسید خود را هنگامیکه از ما برای بازپرداخت درخواست می کنید برای ما ارسال کنید. در برخی مواقع ممکن است به اطلاعات بیشتری از سوی پزشک شما یا تجویز کننده دیگر نیاز داشته باشیم تا سهم خود از هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم.

هنگامیکه درخواست برای پرداخت را به ما ارسال می کنید، ما درخواست شما را بررسی کرده و تصمیم می گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشند. این موضوع "تصمیم پوشش" خوانده می شود. اگر تصمیم بگیریم که باید تحت پوشش باشد، ما سهم هزینه خود از مخارج خدمات یا دارو را پرداخت خواهیم کرد. اگر درخواست را قبول نکنیم، شما می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید.

برای کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدید نظر، به فصل 9 مراجعه کنید .

B. نحوه ارسال درخواست برای پرداخت

صورتحساب و هرگونه مدرک مبلغ پرداخت شده را برای ما ارسال کنید. مدرک مبلغ پرداخت شده می تواند رونوشت چکی باشد که نوشتید یا رسیدی که از ارائه کننده دریافت کردید. **ایده خوبیست که از صورتحساب و رسیدهای خود برای اطمینان رونوشت بردارید.** می توانید از کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی خود درخواست راهنمائی کنید.

برای اطوینان از اینکه اطلاعات کافی برای اخذ تصمیم برای ما ارسال نموده اید، میتوانید برای درخواست پرداخت، فرم ادعای ما را تکمیل نمایید.

- لازم نیست که حتماً فرم را تکمیل کنید، اما این فرم به ما در تسریع رسیدگی به درخواستتان کمک میکند.
- شما میتوانید کپی فرم را در وبسایت ما (**www.caloptima.org/onecareconnect**) پیدا کنید یا با خدمات مشتریان برای دریافت فرم تماس بگیرید.

برای درخواست های مطالبه پزشکی، درخواست خود برای پرداخت را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید برای ما به آدرس زیر ارسال کنید:

OneCare Connect
P.O. Box 11065
Orange, CA 92868

برای درخواست های مطالبه داروخانه، درخواست خود برای پرداخت را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید برای ما به این نشانی ارسال کنید:

OneCare Connect
Pharmacy Management Reimbursements
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

برای درخواست های مطالبه داروها، **باید درخواست خود را ظرف سه (3) سال** از تاریخی که خدمات، اقلام یا دارو را دریافت کردید تسلیم کنید.

همچنین برای درخواست مطالبه میتوانید با ما تماس تلفنی بگیرید. لطفاً با OneCare Connect طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته توسط شماره تلفن **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TTY میتوانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند. این تماس رایگان است.

C. تصمیم در مورد پوشش

هنگامیکه درخواست شما برای پرداخت را دریافت کردیم، در مورد پوشش تصمیم خواهیم گرفت. بدین معنی که تصمیم خواهیم گرفت آیا مراقبت درمانی یا داروی شما تحت پوشش برنامه درمانی ما می باشد. همچنین در مورد مبلغی که شما باید برای مراقبت درمانی یا دارو بپردازید، اگر لازم باشد، تصمیم خواهیم گرفت.

- اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم به آگاهی شما خواهیم رسانید.
- اگر تصمیم بگیریم که مراقبت درمانی یا دارو تحت پوشش است و شما از مقرارت برای دریافت آن پیروی کرده اید، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، ما یک چک برای آنچه شما پرداخته اید ارسال خواهیم کرد. اگر هزینه خدمات یا دارو را هنوز پرداخت نکرده اید، ما مستقیماً به ارائه کننده پرداخت خواهیم کرد.

فصل 3 مقررات دریافت خدمات تحت پوشش شما را توصیف می کند. فصل 5، مقررات مربوط به دریافت داروهای نسخه ای تحت پوشش مدیکربخش D را توصیف می کند.

- اگر تصمیم بگیریم که هزینه خدمات یا دارو را پرداخت نکنیم، نامه ای برای شما ارسال می کنیم که دلیل آنرا توصیف خواهد کرد. این نامه حقوق شما را نیز در مورد درخواست بررسی مجدد توصیف خواهد کرد.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش به فصل 9 مراجعه کنید.

D. درخواست تجدید نظر

Iاگر فکر می کنید که در عدم قبول درخواست شما برای پرداخت هزینه اشتباهی مرتکب شده ایم، می توانید از ما بخواهید که تصمیم خود را تغییر دهیم. این کار درخواست تجدید نظر خوانده می شود. اگر با مبلغی که ما پرداخت می کنیم موافق نیستید نیز می توانید درخواست تجدید نظرکنید.

روند درخواست تجدید نظر، یک فرایند رسمی با روش های دقیق و مهلت های مهم است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست بررسی مجدد به فصل 9 مراجعه کنید.

- اگر درخواست تجدید نظر شما در مورد بازپرداخت برای خدمات درمانی است، به صفحه 149 مراجعه نمایید
- اگر درخواست تجدید نظر شما در مورد بازپرداخت برای دارو میباشد، به صفحه 151 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 الفبایی در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

A. Your right to get information in a way that meets your needs 119

A. Su derecho a recibir información de manera que cumpla con sus necesidades 119

A. Quý vị có quyền nhận thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị 120

A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند 121

A. 가입자 본인의 필요에 맞는 방식으로 정보를 얻을 권리 121

A. 您有權按自己的需要索取資訊 122

A. لديك الحق في الحصول على المعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك 123

B. ما مسئولیت داریم مطمئن شویم به‌موقع به خدمات و داروهای تحت پوشش دسترسی پیدا کنید 123

C. مسئولیت ما حفاظت از اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شماست 124

C1. چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم 124

C2. شما حق دارید سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید 124

D. ما مسئولیت داریم در مورد برنامه خود، ارائه‌دهندگان شبکه و خدمات تحت پوشش اطلاعاتی به شما بدهیم 125

E. ارائه دهندگان داخل شبکه نمیتوانند برای شما صورتحساب ارسال نمایند 126

F. حق شما برای خروج از برنامه Cal MediConnect 126

G. شما حق دارید در مورد مراقبت‌های درمانی خودتان تصمیم بگیرید 126

G1. حق شما برای آگاهی از گزینه‌های درمانی و تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های درمانی خودتان 126

G2. حق شما برای اعلام اینکه اگر نتوانستید تصمیم‌های سلامت خود را خودتان بگیرید، می خواهید چه اتفاقی بیفتد 127

G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشود چه باید کرد؟ 128

H. حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدیدنظر در تصمیم‌هایی که گرفته‌ایم 128

H1. اگر فکر می‌کنید رفتاری غیرمنصفانه با شما صورت گرفته یا حقوق شما رعایت نشده است و یا اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود میخواهید باید چه کار بکنید؟ 128

I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضو برنامه..... 128

A. Your right to get information in a way that meets your needs

We must tell you about the 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 Customer Service. Our plan has people who can 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, or audio. Member materials are available in English, Spanish, Vietnamese, Korean, Arabic, Chinese and Farsi.
    - To request materials in the available languages and other formats, please call **1-855-705-8823**, 24 hours a day, 7 days a week. TTY users can call toll-free at **1-800-735-2929**. 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.
    - To cancel or make a change to your standing request, please call **1-855-705-8823**, 24 hours a day, 7 days a week. TTY users can call toll-free at **1-800-735-2929**. The call is free.

If you are having 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.

A. Su derecho a recibir información de manera que cumpla con sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sobre sus derechos de manera que usted pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted esté en el plan.

- Para obtener información de manera en que pueda entenderla, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personal que puede 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 o audio. Los materiales para los miembros están disponibles en inglés, español, vietnamita, coreano, árabe, chino y persa.

- Para solicitar materiales en los idiomas disponibles y en otros formatos, llame al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY deben llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita.
- También puede solicitar los materiales en otro idioma o formato diferente de manera permanente. Su solicitud será almacenada en nuestro sistema para cualquier correspondencia y comunicados futuros.
- Para cancelar o cambiar su solicitud permanente, llame al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY deben llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita.

Si tiene dificultades para obtener información sobre 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 al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

A. Quý vị có quyền nhận thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và những quyền hạn của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về những quyền hạn của quý vị mỗi năm khi quý vị đang trong chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi Văn Phòng Dịch Vụ. Chương trình của chúng tôi có nhân viên có thể trả lời các thắc mắc bằng những ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị những tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và bằng các hình thức như chữ in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc đĩa thu âm. Các tài liệu cho thành viên có sẵn bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hàn Quốc, tiếng Ả Rập, tiếng Trung Quốc và tiếng Trung Đông.
  - Để yêu cầu các tài liệu bằng những ngôn ngữ có sẵn và các hình thức khác, xin gọi **1-855-705-8823**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TTY có thể gọi đường dây miễn phí ở số **1-800-735-2929**. Cuộc gọi này miễn phí.
  - Quý vị cũng có thể đưa ra một yêu cầu sẵn (standing request). Yêu cầu của quý vị sẽ được lưu lại trong hệ thống của chúng tôi cho tất cả các thư từ và liên lạc trong tương lai.

- Để hủy bỏ hoặc thay đổi yêu cầu sẵn của quý vị, xin gọi **1-855-705-8823**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TTY có thể gọi đường dây miễn phí ở số **1-800-735-2929**. Cuộc gọi này miễn phí.

Nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc vì một tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp than phiền, xin gọi 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.

A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید مزایای برنامه و حقوق شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هرسال در مورد حقوقی که در برنامه ما دارید شما را مطلع کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به روشی که می توانید درک کنید، با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید. برنامه ما اشخاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های مختلف جواب دهند.
- برنامه ما می تواند مطالب را به زبانهای دیگر غیر از انگلیسی و به فرمهای دیگر چون چاپ درشت، خط بریل یا صوتی در اختیار شما قرار دهد. مطالب به زبان های انگلیسی، اسپانیائی، ویتنامی، فارسی، کره ای، عربی و چینی برای اعضاء موجود است.
  - برای درخواست مطالب به زبان ها یا فرمهای دیگر، لطفاً با شماره تلفن **1-855-705-8823** درطی 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز تماس بگیرید. کاربران TTY میتوانند با شماره رایگان **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند. این شماره رایگان است.
  - همچنین میتوانید درخواست دائمی به ما ارائه کنید. درخواست شما برای ارسال همه اطلاعات و نامه ها در آینده در سیستم ما ذخیره خواهد شد.
  - به منظور باطل کردن یا تغییر درخواست دائمی، لطفاً با شماره **1-855-705-8823** درطی 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز تماس بگیرید. کاربران TTY میتوانند با شماره رایگان**1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند. این شماره رایگان است.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می خواهید شکایتی را اقامه کنید، با مدیکر به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. شما می توانید در طی 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

A. 가입자 본인의 필요에 맞는 방식으로 정보를 얻을 권리

저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 가입자의 권리에 대해 귀하에게 알려야 합니다. 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 대해 귀하에게 알려야 할 의무가 있습니다.

- 귀하가 이해할 수 یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می خواهید شکایتی را اقامه کنید، با مدیکر به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. شما می توانید در طی 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- 저희 플랜에서는 회원에게 영어 이외의 언어로 또한 큰 글자, 점자, 오디오 등, 다양한 형식으로 제작된 자료도 제공합니다. 회원 자료들은 영어, 스페인어, 월남어, 한국어, 아랍어, 중국어 및 페르시아어로 준비되어 있습니다.
  - 다른 언어 또는 형식으로 된 자료를 요청하려면 전화번호 **1-855-705-8823**으로 주 7일 24시간 전화하십시오. TTY 사용자는 무료번호 **1-800-735-2929**로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
  - 자료는 영구적 요청을 하실 수 있습니다. 귀하의 요청은 앞으로의 우편물 및 소통을 위해 저희 시스템에 저장될 것입니다.
  - 영구적 요청을 취소하거나 또는 변경을 원하시면, 전화번호 **1-855-705-8823** 으로 주 7일 24시간 전화하십시오. TTY 사용자는 무료번호 **1-800-735-2929** 로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

언어 또는 장애로 인해 저희 플랜으로 부터 정보를 받는데 어려움이 있어 불만을 제출하기 원하시면, 메디케어의 전화번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. 주 7일 24시간 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 무료번호 1 877-486-2048로 전화하십시오.

A. 您有權按自己的需要索取資訊

我們必須以您能理解的方式為您解釋保險計劃的福利和您的權利。每年我們必須向您說明在我們的保險計劃中您所享有的權利。

- 要以您能夠理解的方式獲取資訊,請致電客戶服務部。我們的計劃有能用不同語言回答問題的人員。
- 我們的計劃還可以為您提供英語以外的語言和格式 (如大字列印、盲文或音頻) 的材料。會員材料有英語、西班牙語、越南語、韓語、阿拉伯語、漢語和波斯語。
  - 欲索取其他語言和其他格式的材料，請致電**1-855-705-8823**，每週7天，每天24小時。 TTY 使用者可以撥打免費電話 **1-800-735-2929** 。此通電話免費提供。
  - 您還可以提出長期請求。您的請求將保存在我們的系統中，用於以後的所有郵件和通信。
  - 欲取消或更改您的長期請求,請致電**1-855-705-8823**，每週7天，每天24小時。 TTY 用戶可撥打免費電話 **1-800-735-2929** 。此通電話免費提供。

如果你因語言或殘障的原因，無法從我們的計劃中獲取資訊，並想要提出投訴，請致電聯邦醫療Medicare計劃服務專線 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 。你可以每週7天，每天24小時撥打該號碼。 TTY 用戶可以致電 1-877-486-2048 。

A. لديك الحق في الحصول على المعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب أن نخبرك عن فوائد الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك عن حقوقك كل عام تسجل به في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها ، اتصل بخدمة العملاء. لدى خطتنا طاقم يمكنه الإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- ويمكن لخطتنا أيضاً أن تعطيك المواد بلغات أخرى غير الإنجليزية و بتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو برايل أو الملفات الصوتية. تتوفر مواد الأعضاء باللغات الإنجليزية والإسبانية والفيتنامية والكورية والعربية والصينية والفارسية.
  - لطلب المواد باللغات المتاحة و التنسيقات الأخرى، يرجى الاتصال على **1-855-705-8823**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم المجاني **1-800-735-2929**. المكالمة مجانية.
  - يمكنك أيضاً تقديم طلب دائم. سيتم حفظ طلبك في نظامنا لجميع المراسلات والاتصالات المستقبلية.
  - لإلغاء أو إجراء تغيير على طلبك الدائم، يرجى الاتصال على **1-855-705-8823**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم المجاني **1-800-735-2929**. المكالمة مجانية.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل بـ Medicare على 1 800 MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048.

B. ما مسئولیت داریم مطمئن شویم به‌موقع به خدمات و داروهای تحت پوشش دسترسی پیدا کنید

به‌عنوان عضو برنامه ما:

- حق دارید یک ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (PCP) در شبکه ما انتخاب کنید. ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. شما می‌توانید اطلاعات بیشتر در مورد انتخاب PCP را در فصل 3 مشاهده کنید.
  - برای کسب اطلاعات در مورد ارائه دهندگان شبکه درمانی و اینکه کدامیک از پزشکان بیمار جدید میپذیرند، با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به راهنمای ارائه‌دهنده گان و داروخانه ها نگاهی بیندازید.
- زنان حق دارند بدون دریافت ارجاع، به یک متخصص بهداشت زنان مراجعه کنند. ارجاع عبارت است از تأیید PCP شما برای مراجعه به کسی که PCP شما نیست.
- شما حق دارید در مدت زمان معقولی خدمات تحت پوشش را از ارائه‌دهندگان شبکه دریافت نمایید.
  - این مسئله شامل حق دریافت خدمات به‌موقع از متخصصان است.
- شما حق دارید خدمات یا مراقبت‌های اورژانسی که به صورت فوری مورد نیاز است را بدون تأیید قبلی دریافت کنید.
- شما حق دارید درهر یک از داروخانه‌های شبکه و بدون تأخیر زیاد نسخه‌هایتان را دریافت کنید.

- شما حق دارید بدانید چه زمانی می‌توانید به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کنید. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، به فصل 3 مراجعه کنید.
- وقتی برای اولین بار به برنامه ما می‌پیوندید، حق دارید ارائه‌دهندگان 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 مراجعه کنید.
- شما حق دارید شخصا مراقبت خود را با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت خود، مدیریت نمایید.

فصل 9 به شما می‌گوید که اگر معتقد هستید در مدت زمان معقول خدمات یا داروهای خود را دریافت نکرده‌اید، چه اقداماتی انجام دهید. فصل 9 همچنین می‌گوید اگر پوشش خدمات یا داروها را نپذیرفتیم و با تصمیم ما موافق نبودید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.

C. مسئولیت ما حفاظت از اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شماست

ما از اطلاعات درمانی محرمانه (PHI) شما طبق الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

PHI شما شامل اطلاعاتی است که در هنگام ثبت‌نام در این طرح به ما می‌دهید. همچنین شامل سوابق پزشکی و سایر اطلاعات پزشکی و بهداشتی شما می‌شود.

شما حق دارید اطلاعات را دریافت کرده و نحوه استفاده از PHI خود را کنترل کنید. ما یک اطلاعیه کتبی در مورد این حقوق به شما داده و همچنین توضیح می‌دهیم چگونه از حریم خصوصی PHI شما محافظت می‌کنیم. این اطلاعیه، "اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی" نام دارد

C1. چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم

ما اطمینان حاصل می‌کنیم که افراد غیرمجاز سوابق شما را مشاهده نکرده یا تغییر ندهند.

در بیشتر موارد، PHI شما را در اختیار کسانی قرار نمی‌دهیم که به شما مراقبت ارائه می‌دهند یا هزینه مراقبت از شما را پرداخت می‌کنند. اگر چنین کاری انجام دهیم، ملزم هستیم ابتدا از شما مجوز کتبی دریافت کنیم. مجوز کتبی می‌تواند توسط شما یا شخص دیگری که دارای قدرت قانونی تصمیم‌گیری در مورد شماست، داده شود.

موارد خاصی وجود دارد که مجبور نیستیم ابتدا مجوز کتبی شما را دریافت کنیم. این موارد استثنا طبق قانون مجاز یا الزامی هستند.

- ما ملزم هستیم PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی که کیفیت خدمات ما را بررسی می‌کنند قرار دهیم.
- ما ملزم هستیم PHI را طبق دستور دادگاه به اشتراک بگذاریم کنیم.
- ما ملزم هستیم PHI شما را به مدیکر ارائه دهیم. اگر مدیکر PHI شما را برای تحقیق یا اهداف دیگر به اشتراک بگذارد، این کار را طبق قوانین فدرال انجام خواهد داد.

C2. شما حق دارید سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید

- شما حق دارید به سوابق پزشکی خود نگاهی بیندازید و یک نسخه از سوابق خود را دریافت کنید. ما مجاز هستیم هزینه تهیه کپی سوابق پزشکی شما را دریافت کنیم.

- شما حق دارید از ما بخواهید سوابق پزشکی شما را به‌روزرسانی یا اصلاح کنیم. اگر از ما بخواهید این کار را انجام دهیم، با ارائه‌دهنده مراقبت‌های شما در زمینه تصمیم‌گیری برای انجام یا عدم انجام تغییرات همکاری می‌کنیم.
- شما حق دارید بدانید آیا PHI شما با دیگران به اشتراک گذاشته شده است یا خیر.

اگر در مورد حریم خصوصی PHI خود سؤال یا نگرانی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

D. ما مسئولیت داریم در مورد برنامه خود، ارائه‌دهندگان شبکه و خدمات تحت پوشش اطلاعاتی به شما بدهیم

شما به‌عنوان عضو OneCare Connect، این حق را دارید که اطلاعات را از ما دریافت کنید. اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید، خدمات ترجمه شفاهی را برای پاسخگویی به هرگونه سؤالی که ممکن است در مورد برنامه درمانی ما داشته باشید، ارائه می‌دهیم. برای دریافت مترجم، کافی است با شماره **1-855-705-8823** با ما تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان است. مطالب اعضای OneCare Connect به زبان‌های انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، کره‌ای، عربی، چینی یا فارسی در دسترس هستند. همچنین می‌توانیم اطلاعاتی را به صورت چاپ بزرگ، بریل 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 برنامه ها
- برنامه ما، شامل:
  - اطلاعات مالی
  - اعضا برنامه چه امتیازی به ما داده‌اند
  - تعداد درخواست تجدیدنظرهای صورت گرفته توسط اعضا
  - نحوه خروج از برنامه
- ارائه‌دهندگان شبکه و داروخانه‌های شبکه ما، از جمله:
  - نحوه انتخاب یا تغییر دادن ارائه‌دهندگان مراقبت اولیه
  - صلاحیت‌های ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما
  - چگونه هزینه ارائه‌دهندگان در شبکه خود را پرداخت می‌کنیم
- خدمات و داروهای تحت پوشش و قوانینی که باید رعایت کنید از جمله:
  - خدمات و داروهای تحت پوشش برنامه ما
  - حدود پوشش و داروهای شما
  - قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید
- چرا برخی موارد تحت پوشش نیست و چه کاری می‌توانید در این مورد انجام دهید، از جمله درخواست از ما به منظور:
  - اعلام کتبی این موضوع که چرا برخی موارد تحت پوشش نیست

- تغییر دادن تصمیمی که گرفته‌ایم
- پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید

E. ارائه دهندگان داخل شبکه نمیتوانند برای شما صورتحساب ارسال نمایند

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه ما نمی‌توانند شما را وادار کنند هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت نمایید. همچنین اگر کمتر از مبلغی که ارائه‌دهنده مطالبه کرده است به وی بپردازیم، نمی‌تواند مبلغی را از شما مطالبه کند. برای اطلاع از اینکه اگر یک ارائه‌دهنده شبکه تلاش کرد به ازای خدمات تحت پوشش از شما هزینه دریافت کند، باید چه کاری انجام دهید به فصل 7 مراجعه نمایید.

F. حق شما برای خروج از برنامه Cal MediConnect

اگر شما نخواهید هیچ‌کس نمی‌تواند شما را وادار کند در برنامه ما بمانید.

- شما حق دارید که بیشتر خدمات مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق Original Medicare یا برنامه Medicare Advantage دریافت کنید.
- شما می‌توانید مزایای داروهای نسخه‌دار بخش D از Medicare را از یک برنامه داروهای نسخه‌دار یا برنامه Medicare Advantage دریافت کنید.
- برای دریافت اطلاعات در مورد اینکه چه زمانی می‌توانید به یک برنامه Medicare Advantage جدید یا برنامه داروهای نسخه‌دار بپیوندید به بخش 10 مراجعه کنید.
- مزایای مدیکل شما همچنان توسط CalOptima ارائه خواهد شد.

G. شما حق دارید در مورد مراقبت‌های درمانی خودتان تصمیم بگیرید

G1. حق شما برای آگاهی از گزینه‌های درمانی و تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های درمانی خودتان

شما حق دارید در هنگام دریافت خدمات، اطلاعات کاملی را از پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت‌های درمانی خود دریافت کنید. ارائه‌دهندگان شما باید شرایط و گزینه‌های درمانی‌تان را به نحوی توضیح دهند که بتوانید آنها را درک کنید. شما حق دارید:

- **از گزینه‌هایتان آگاه باشید.** شما حق دارید انواع درمان به اطلاعتان رسانده شود.
- **از خطرات مطلع باشید.** شما حق دارید همه خطرات مربوطه به شما گفته شود. در صورتی که خدمات یا درمان، بخشی از آزمایش پژوهشی است، این موضوع باید پیشاپیش به شما اطلاع داده شود. شما حق دارید شرکت در درمان‌های آزمایشی را نپذیرید.
- **خواستار دریافت نظر دوم شوید.** شما حق دارید قبل از تصمیم‌گیری در مورد درمان، پزشک دومی را ببینید.
- **"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. همچنین حق دارید از مصرف داروی تجویزی خودداری کنید. اگر درمان را نپذیرید یا مصرف داروی تجویزشده را متوقف کنید، از برنامه ما اخراج نخواهید شد. با این

حال، اگر از درمان خودداری کنید یا مصرف دارو را متوقف کنید، مسئولیت کامل آنچه برایتان اتفاق می‌افتد را می‌پذیرید.

- **از ما بخواهید توضیح دهیم چرا ارائه‌دهنده مراقبت را نپذیرفت.** اگر ارائه‌دهنده، مراقبت‌هایی که به اعتقادتان باید دریافت می‌کردید را ارائه نداد، حق دارید از ما توضیح بخواهید.
- **از ما بخواهید خدمات یا داروهایی را که ارائه نشده یا تحت پوشش قرار نگرفته است را پوشش بدهیم.** به این موضوع تصمیم پوشش گفته می‌شود. فصل 9 می‌گوید چگونه می‌توان از برنامه خواست تصمیم پوشش را اتخاذ کند.

G2. حق شما برای اعلام اینکه اگر نتوانستید تصمیم‌های سلامت خود را خودتان بگیرید، می‌خواهید چه اتفاقی بیفتد

گاهی اوقات افراد قادر به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های درمانی خود نیستند. قبل از اینکه چنین اتفاقی برایتان بیفتد، می‌توانید:

- یک فرم کتبی را پر کنید تا **به شخصی دیگر حق بدهید تصمیمات مراقبت‌های درمانی را بجای شما بگیرد.**
- **دستورات کتبی خود را** در مورد نحوه رسیدگی به مراقبت‌های درمانیتان در صورتی که قادر به تصمیم‌گیری نباشید به پزشکان خود ارائه نمایید.

سند قانونی که می‌توانید از آن برای اعلام نظرات خود استفاده کنید دستورالعمل پیشاپیش نامیده می‌شود. انواع مختلفی از دستورالعمل‌های پیشاپیش و نام‌های مختلف برای آنها وجود دارد. مثال‌های آن عبارت‌اند از وصیت‌نامه فرد زنده و وکالت‌نامه مراقبت‌های درمانی.

شما مجبور نیستید از دستورالعمل پیشاپیش استفاده کنید، اما اگر تمایل داشتید، می‌توانید چنین کاری را انجام دهید. کاری که باید انجام دهید عبارت است از:

- **فرم را دریافت کنید.** شما می‌توانید فرم را از پزشک، وکیل، سازمان خدمات حقوقی یا مددکار اجتماعی دریافت کنید. سازمان‌هایی که اطلاعاتی در مورد مدیکر یا مدیکل به افراد می‌دهند، ممکن است فرم‌های دستورالعمل پیشاپیش را نیز داشته باشند. همچنین میتوانید برای دریافت فرم با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- **فرم را پر کرده و امضا نمایید.** این فرم، یک سند حقوقی است. باید برای کمک به آماده کردن فرم دریافت کمک از یک وکیل را در نظر داشته باشید.
- **نسخه‌هایی از آن را به کسانی بدهید که باید از آن مطلع باشند.** باید یک نسخه از فرم را به پزشک خود بدهید. همچنین باید یک نسخه را به فردی بدهید که وی را به عنوان فردی که برایتان تصمیم می‌گیرد، معرفی کرده‌اید. همچنین ممکن است بخواهید نسخه‌هایی را برای دوستان نزدیک یا اعضای خانواده بفرستید. حتماً یک نسخه را در خانه نگه دارید.
- اگر در حال رفتن به بیمارستان هستید و دستورالعمل پیشاپیش امضا کرده‌اید، **یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.**
  - بیمارستان از شما می‌پرسد آیا فرم دستورالعمل پیشاپیش را امضا کرده‌اید و آیا آن را با خودتان دارید یا خیر.
  - اگر فرم دستورالعمل پیشاپیش را امضا نکرده‌اید، بیمارستان فرم‌هایی در اختیار دارد و از شما می‌خواهد آن را امضا کنید.

به یاد داشته باشید، خودتان می‌توانید تصمیم بگیرید که دستورالعمل پیشاپیش را پر کنید یا خیر.

G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشود چه باید کرد؟

اگر دستورالعمل پیشاپیش را امضا کرده و اعتقاد داشته باشید که پزشک یا بیمارستان دستورالعمل‌ها را رعایت نکرده است، می‌توانید شکایت خود را نزد برنامه بازرس Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 مطرح کنید.

H. حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدیدنظر در تصمیم‌هایی که گرفته‌ایم

فصل 9 می‌گوید اگر هرگونه مشکلی یا نگرانی در مورد خدمات و 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 تجدیدنظر کرده یا شکایت نمایید.

شما حق دریافت اطلاعات در مورد درخواست‌های تجدیدنظر و شکایاتی که اعضای دیگر نسبت به برنامه ما مطرح کرده‌اید را دارید. برای دریافت این اطلاعات، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

H1. اگر فکر می‌کنید رفتاری غیرمنصفانه با شما صورت گرفته یا حقوق شما رعایت نشده است و یا اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود میخواهید باید چه کار بکنید؟

اگر فکر می‌کنید رفتاری غیرمنصفانه با شما صورت گرفته — می‌توانید از طریق تماس به این روش‌ها کمک دریافت کنید:

- خدمات مشتریان.
- برنامه "مشاوره و حمایت از بیمه درمانی" (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). برای مشاهده اطلاعات بیشتر در مورد این سازمان و نحوه تماس با آن، به فصل 2 مراجعه کنید.
- برنامه بازرس Cal MediConnect برای مشاهده اطلاعات بیشتر در مورد این سازمان و نحوه تماس با آن، به فصل 2 مراجعه کنید.
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضو برنامه

شما به عنوان یک عضو برنامه، مسئولیت دارید کارهایی که در زیر ذکر شده است را انجام دهید. اگر سؤالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- **کتابچه راهنمای اعضا** را بخوانید تا در مورد موارد تحت پوشش و قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید، اطلاع کسب کنید. برای جزئیات مربوط به:
  - خدمات تحت پوشش، به فصل‌های 3 و 4 مراجعه کنید. این فصل‌ها به شما می‌گوید چه چیزی تحت پوشش قرار دارد، باید چه قوانینی را رعایت کنید و چه هزینه‌ای پرداخت می‌کنید.
  - داروهای تحت پوشش، به فصول 5 و 6 مراجعه کنید.

- **هرگونه پوشش درمانی یا داروهای نسخه‌دار دیگری**که دارید را به ما اطلاع دهید. ما ملزم هستیم مطمئن شویم در هنگام دریافت مراقبت‌های درمانی، از تمام گزینه‌های پوشش خود استفاده کنید. اگر بیمه دیگری دارید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- **به پزشک و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی** خود اطلاع دهید که در برنامه ما ثبت‌نام کرده‌اید. هر وقت که خدمات یا دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- به پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی خود کمک کنید بهترین مراقبت را دراختیارتان 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. برنامه های درمانی و دستورالعمل‌هایی که شما و ارائه‌دهندگان شما با آنها موافق هستید را رعایت کنید.
  - اطمینان حاصل کنید که پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان از تمام داروهایی که مصرف می‌کنید مطلع باشند. این مسئله شامل داروهای تجویزی، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌ها است.
  - اگر هرگونه سؤالی داشتید، حتماً 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.
- **رفتاری ملاحظه‌آمیز داشته باشید.** ما انتظار داریم همه اعضای ما به بیماران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم در مطب پزشک، بیمارستان‌ها و مطب‌های سایر ارائه‌دهندگان، با احترام رفتار کنید.
- **بدهی خود را بپردازید.** شما به عنوان عضو برنامه، مسئول این پرداخت‌ها هستید:
  - حق بیمه بخش A از مدیکر و بخش B از مدیکر در مورد اکثر اعضای OneCare Connect، حق بیمه بخش A و حق بیمه بخش B توسط مدیکل پرداخت می‌شود.
  - برای اینکه برخی از داروهای شما تحت پوشش برنامه قرار گیرد، باید در هنگام دریافت دارو سهم هزینه خود را بپردازید. این میزان، سهم بیمه‌شده(یک مبلغ ثابت) است فصل 6 به شما می‌گوید باید چه مبلغی را برای داروهایتان بپردازید.
  - اگر هرگونه خدمات یا داروهایی را دریافت کنید که توسط برنامه ما پوشش داده نشود، باید هزینه کامل را پرداخت کنید.
  - اگر هرگونه خدمات یا داروهایی را دریافت کنید که توسط برنامه ما پوشش داده نشود، باید هزینه کامل را پرداخت کنید.
- **اگر نقل مکان کردید، به ما اطلاع دهید.** اگر قصد دارید نقل مکان کنید، مهم است که بلافاصله به ما اطلاع دهید. با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
  - **اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در این برنامه بمانید.** فقط کسانی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند OneCare Connect را دریافت کنند. فصل 1 منطقه خدماتی ما را مشخص کرده است.
  - ما می‌توانیم به شما کمک کنیم متوجه شوید که آیا دارید از منطقه خدماتی ما خارج می‌شوید یا خیر. در طی دوره ثبت‌نام ویژه، می‌توانید به Original Medicare برگردید یا در یک برنامه درمانی یا داروهای نسخه‌دار مدیکر در محل جدید خود ثبت‌نام کنید. اگر برنامه ای در منطقه جدید شما داشته باشیم، می‌توانیم به شما اطلاع دهیم.

- همچنین، در هنگام نقل مکان مطمئن شوید که مدیکر و مدیکلاز آدرس جدید شما مطلع باشند. برای مشاهده شماره تلفن‌های مدیکر ومدیکل فصل 2 را ببینید.
- **اگر در داخل منطقه خدماتی ما هم نقل مکان کنید، باز هم باید این موضوع را بدانیم.** ما باید سوابق عضویت شما را به‌روز نگهداریم و بدانیم چگونه با شما تماس بگیریم.

- اگر سؤال یا نگرانی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

فصل 9: اگر مشکلی یا شکایتی دارید چکار کنید
(تصمیمات، درخواست تجدید نظر و شکایات مربوط به پوشش)

این فصل شامل چه مطالبی است؟

این فصل اطلاعاتی را درباره حقوق شما ارائه می کند. اگر با مواردی مانند مشکلات زیر روبرو شده اید، این فصل را بخوانید:

- مشکل یا شکایتی درباره برنامه خود دارید.
- به خدمات، وسایل یا داروهائی نیاز دارید که تحت پوشش برنامه شما نیست.
- با تصمیمی که برنامه درباره مراقبت شما گرفته است موافق نیستید.
- به نظر شما خدمات تحت پوشش شما خیلی زود پایان می پذیرد.
- مشکل یا شکایتی درباره خدمات و حمایت درازمدت خود دارید، که شامل موارد زیر می شود: برنامه خدمات چند منظوره برای سالمندان (MSSP)، خدمات محلی مخصوص بزرگسالان (CBAS) و خدمات مراکزپرستاری (NF).

اگر مشکل یا مسئله ای دارید، فقط بخش های مربوط به آنها را در این فصل بخوانید. این فصل به بخش هائی تقسیم شده که بتوانید به سادگی مطالب مورد نظر خود را بیابید.

اگر درباره سلامت خود ، پشتیبانی یا خدمات درازمدت با مشکلی روبرو هستید

شما باید مراقبت های درمانی، داروها و خدمات و حمایت های درازمدتی که پزشک و سایر ارائه کنندگان شما تشخیص داده اند برای مراقبت از شما به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی لازم است را دریافت کنید. **اگر در رابطه با خدمات درمانی خود مشکلی دارید، می توانید با برنامه بازرس Cal MediConnect با شماره تلفن 1-855-501-3077 برای کمک تماس بگیرید.** این فصل در مورد گزینه های مختلفی که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیحاتی داده ولی همیشه می توانید با برنامه بازرس Cal MediConnect برای دریافت راهنمائی در مورد مشکل خود تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد برنامه بازرسی و دسترسی به منابع بیشتر در این مورد به فصل 2 مراجعه کنید.

فهرست مطالب

این فصل شامل چه مطالبی است؟ 131

اگر درباره سلامت خود ، پشتیبانی یا خدمات درازمدت با مشکلی روبرو هستید..... 131

بخش 1: مقدمه..... 134

بخش 1.1: در صورتی که با مشکل روبرو شوید چه باید بکنید..... 134

بخش 1.2: اصطلاحات قانونی 134

بخش 2: برای درخواست کمک با کجا تماس بگیریم..... 134

بخش 2.1: برای درخواست اطلاعات و کمک بیشتر به کجا مراجعه کنیم 134

بخش 3: مشکلات مربوط به مزایای شما..... 136

بخش 3.1: آیا برای مشکلات تعیین میزان پوشش و تجدید نظردرخواست تجدید نظر باید از این طریق اقدام کنید؟ یا می خواهید شکایت کنید؟ 136

بخش 4: تصمیم گیری درباره میزان پوشش و درخواست تجدید نظر 136

بخش 4.1: کلیات مربوط به تعیین میزان پوشش و تجدید نظر 136

بخش 4.2: کمک گرفتن برای تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدید نظر..... 137

بخش 4.3: کدام بخش از این فصل به شما مربوط می شود؟..... 138

بخش 5: مشکلات مربوط به خدمات، وسایل یا داروها (به استثنای داروهای بخش D) 139

بخش 5.1: چه هنگام از این بخش استفاده کنیم 139

بخش 5.2: ارسال درخواست برای تصمیم گیری درباره میزان پوشش 140

بخش 5.3: تجدید نظر مرحله 1 برای خدمات، وسایل یا داروها (به استثنای دارو های بخش D)..... 142

بخش 5.4: تجدید نظر مرحله 2 برای خدمات، وسایل یا داروها (به استثنای دارو های بخش D)..... 146

بخش 5.5: مشکلات مربوط به پرداخت 149

بخش 6: داروهای بخش D 151

بخش 6.1: اگر برای خرید دارو های بخش D مشکل دارید یا درخواست بازپرداخت برای داروهای بخش D دارید، چه باید بکنید 151

بخش 6.2: استثناء چیست؟..... 152

بخش 6.3: نکات مهم درباره درخواست برای موارد استثناء 153

بخش 6.4: نحوه درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش در مورد داروهای بخش D یا بازپرداخت برای داروهای بخش D، شامل استثناها 154

بخش 6.5: تجدید نظر مرحله 1 برای داروهای بخش D 157
بخش 6.6: تجدید نظر مرحله 2 برای داروهای بخش D 159

بخش 7: درخواست پوشش دادن زمان بستری بیشتر در بیمارستان..... 160
بخش 7.1: آگاهی از حق و حقوق مدیکرخود 160
بخش 7.2: تجدید نظر مرحله 1 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان 161
بخش 7.3: تجدید نظر مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان 163
بخش 7.4: اگر پیش از زمان مهلت مقرر درخواست تجدید نظر نداده باشید، چه کاری می توانید بکنید؟ ... 164

بخش 8: اگر فکر می کنید که خدمات مراقبت های خانگی، مراقبت های پرستاری تخصصی، یا مراکز جامع مراکز توانبخشی (CORF) شما زودتر از زمان مناسب پایان می یابد، چه باید کرد..... 166
بخش 8.1: اگر پوشش شما در حال اتمام باشد، ما از قبل به شما اطلاع خواهیم داد 166
بخش 8.2: تجدید نظر مرحله 1 برای ادامه مراقبت ها 166
بخش 8.3: تجدید نظر مرحله 2 برای ادامه مراقبت ها 169
بخش 8.4: اگر پیش از زمان مهلت مقرر مرحله 1، درخواست تجدید نظر ندهید چه باید کرد؟ 170

بخش 9: درخواست تجدید نظر بعد از مرحله 2 171
بخش 9.1: گام های بعد برای دریافت خدمات و وسایل مدیکر..... 171
بخش 9.2: گام های بعد برای دریافت خدمات و وسایل مدیکل 172

بخش 10: چگونه می توان شکایت کرد 173
بخش 10.1: شکایت های داخلی..... 174
بخش 10.2: شکایت های خارجی 175

فصل 9: اگر مشکلی یا شکایتی دارید چکار کنید
(تصمیمات، درخواست تجدید نظر و شکایات مربوط به پوشش)

بخش 1: مقدمه

بخش 1.1: در صورتی که با مشکل روبرو شوید چه باید بکنید

این فصل به شما می گوید که اگر با برنامه خود یا خدمات یا پرداخت هزینه مشکلی دارید، چکار کنید. Medicare و Medi-Cal این روال ها را تأیید کرده اند. هر یک از این روال ها دارای قوانین، روندها و مهلت های تعیین شده مربوط به خود است و باید توسط ما و شما رعایت شود.

بخش 1.2: اصطلاحات قانونی

در این فصل اصطلاحات قانونی و حقوقی پیچیده مربوط به بعضی از مقررات و مهلت های تعیین شده ارائه شده است. فهم بسیاری از این اصطلاحات می تواند دشوار باشد، و به همین دلیل برای برخی اصطلاحات قانونی واژه های ساده تری استفاده کرده ایم. تا حد امکان از استفاده از مخفف کلمات خودداری کرده ایم.

به عنوان مثال، به ترتیب زیر عمل خواهیم کرد:

- "شکایت کردن" به جای "تسلیم شکوائیه"
- "تصمیم گیری درباره میزان پوشش" به جای "تعیین تکلیف سازمانی"، "تعیین تکلیف مزایا", "تعیین در خطر بودن "یا "تعیین تکلیف پوشش"
- "تصمیم پوشش سریع" به جای "تسریع تعیین تکلیف"

دانستن اصطلاحات حقوقی شما را برای برقراری ارتباط بهتر یاری می دهد و به همین منظور این اصطلاحات نیز ذکر شده است.

بخش 2: برای درخواست کمک با کجا تماس بگیریم

بخش 2.1: برای درخواست اطلاعات و کمک بیشتر به کجا مراجعه کنیم

گاهی اوقات شروع یا پیگیری روند رسیدگی به مشکل ممکن است موجب سردرگمی شود. بویژه اگر حالتان خوب نباشد یا توان کمی داشته باشید. گاهی نیز ممکن است اطلاعات لازم برای برداشتن قدم بعدی را نداشته باشید.

می توانید از برنامه بازرس(Cal MediConnect Ombuds) کمک بگیرید

اگر به کمک نیاز دارید، همیشه می توانید با برنامه بازرس Cal MediConnect تماس بگیرید. برنامه بازرس Cal MediConnect یک برنامه بررسی است که می تواند به پرسش های شما پاسخ دهد و به شما در یافتن چگونگی

حل مشکلات خود کمک کند. برنامه بازرس Cal MediConnect با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا برنامه های درمانی ارتباطی ندارد. آنها می توانند شما را راهنمائی کنند که اطلاعات لازم برای استفاده از روند های گوناگون را کسب کنید. شماره تلفن برنامه بازرس Cal MediConnect، 1-855-501-3077 می باشد. این خدمات رایگان هستند. به فصل 2 برای دریافت اطلاعات بیشتر مراجعه کنید.

می توانید از برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program) کمک بخواهید

می توانید به برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) تلفن کنید. مشاوران HICAP همچنین می توانند به پرسش های شما پاسخ داده و در درک آنچه که باید در رابطه با مشکل خود انجام دهید شما را یاری دهند. HICAP با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا برنامه های درمانی ارتباطی ندارد. HICAP در همه کانتی ها مشاورین حرفه ای دارد و این خدمات رایگان است. شماره تلفن HICAP 1-800-434-0222 می باشد.

کمک گرفتن ازمدیکر(Medicare)

برای حل مشکلات می توانید مستقیما با مدیکر تماس بگیرید. در اینجا دو روش برای دریافت کمک از مدیکر عنوان می شود:

- با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. TTY: 1-877-486-2048. این تماس رایگان است.
- از وب سایت مدیکر بازدید کنید (http://www.medicare.gov).

کمک گرفتن از سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی به نام Livanta دارد. این سازمان متشکل از گروهی پزشکان و دیگر افراد حرفه ای در امور درمانی است که به ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامتی اعضاء مدیکر کمک می کنند. Livanta ربطی به برنامه ما ندارد.

اگر سؤالی درباره مراقبت های بهداشتی و درمانی خود داشتید می توانید با Livanta تماس بگیرید. در موارد زیر می توانید از خدمات مراقبتی که دریافت کرده اید شکایت کنید:

- با کیفیت مراقبت دریافت شده مشکل دارید،
- فکر می کنید که اقامت شما در بیمارستان کوتاه است، یا
- فکر می کنید که مراقبتهای بهداشتی در منزل، مراقبت های پرستاری حرفه ای، یا مراکز جامع توانبخشی سرپایی (CORF) زودتر از موعد لازم به پایان می رسند.

برای تماس با Livanta به شماره 1-877-588-1123 تلفن کنید یا از وب سایت (www.BFCCQIOAREA5.com) بازدید نمائید.

بخش 3: مشکلات مربوط به مزایای شما

بخش 3.1: آیا برای مشکلات تعیین میزان پوشش و تجدید نظردرخواست تجدید نظر باید از این طریق اقدام کنید؟ یا می خواهید شکایت کنید؟

اگر مشکل یا مسئله ای دارید، فقط بخش های مربوط به آنها را در این فصل بخوانید. برای یافتن فصل مربوط به مشکل یا شکایت خود به جدول زیر مراجعه کنید.

آیا مشکل یا مسئله ای شما درباره مزایا یا پوشش شما است؟ (شامل مشکلاتی مانند این که آیا خدمات پزشکی، و پشتیبانی درازمدت، یا داروهای تجویزی تحت پوشش هستند، اگر هستند چگونه، و همچنین مشکلات مربوط به پرداخت هزینه های مراقبت پزشکی یا داروهای تجویزی است.)	
بله. مشکل من در مورد مزایا یا پوشش است. به **بخش 4 بروید: "تصمیم گیری درباره میزان پوشش و درخواست تجدید نظر"** در صفحه 136.	**خیر.** مشکل من در مورد مزایا یا پوشش نیست. به **بخش 10 بروید: "نحوه تسلیم شکایت"** در صفحه 173.

بخش 4: تصمیم گیری درباره میزان پوشش و درخواست تجدید نظر

بخش 4.1: کلیات مربوط به تعیین میزان پوشش و تجدید نظر

روند درخواست برای تصمیم گیری در مورد میزان پوشش و برای درخواست تجدید نظر، به مشکلات مزایا و میزان پوشش شما ارتباط دارد. همچنین به مشکلات پرداختی هم می پردازد. شما برای هزینه های مدیکر به غیر از سهم بیمه شده بخش D مسئول نمی باشید.

تصمیم گیری درباره میزان پوشش چیست؟

تصمیم پوشش یک تصمیم اولیه می باشد که در مورد مزایا یا پوشش شما می گیریم یا در مورد مبلغی که برای خدمات پزشکی، اقلام یا داروهای شما پرداخت خواهیم کرد. هرگاه تصمیم مربوط به این که چه چیزی تحت پوشش است یا چه مبلغی به شما پرداخت می گردد باشد، در حقیقت تصمیم گیری درباره میزان پوشش صورت گرفته است.

اگر شما یا پزشکتان مطمئن نیستید که خدمات، وسایل یا داروهائی تحت پوشش مدیکر یا مدیکل هست ، هر یک از شما می تواند پیش از ارائه این خدمات، وسایل یا داروها توسط پزشک، درخواست تصمیم گیری درباره میزان پوشش نمائید.

درخواست تجدید نظر چیست؟

تجدید نظر روش رسمی برای درخواست از ما بررسی تصمیم خود و تغییر آن در صورتیکه فکر می کنید اشتباه کرده ایم می باشد. برای مثال، ممکن است تصمیم بگیریم خدمات، اقلام یا داروئی که می خواهید تحت پوشش نیست یا

دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نمی باشد. اگر شما یا پزشک شما با تصمیم ما مخالف هستید، می توانید درخواست تجدید نظر کنید.

بخش 4.2: کمک گرفتن برای تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدید نظر

برای کمک گرفتن جهت تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدید نظر با چه کسی می توان تماس گرفت؟

می توانید از هر یک از این افراد درخواست کمک کنید:

- با **بخش خدمات اعضاء** به شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید.
- برای دریافت کمک های رایگان با **برنامه بازرس Cal MediConnect** تماس بگیرید. برنامه بازرس Cal MediConnect به اشخاصی که در Cal MediConnect ثبت نام کرده اند در مورد مشکلات مربوط به خدمات یا صورتحساب کمک می کند. شماره تلفن این مرکز 1-855-501-3077می باشد.
- برای دریافت کمک های رایگان با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی **(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)** تماس بگیرید. HICAP یک سازمان مستقل می باشد. این سازمان به برنامه وابستگی ندارد. شماره تلفن این سازمان 1-800-434-0222می باشد.
- با **پزشک خود یا سایر ارائه کنندگان** صحبت کنید. پزشک شما یا سایر ارائه کنندگان می توانند برای تصمیم پوشش یا درخواست تجدید نظر از سوی شما درخواست کنند.
- با یک **دوست یا عضو خانواده** صحبت کنید و از وی بخواهید که از سوی شما اقدام کند. می توانید از شخص دیگری درخواست کنید که بعنوان "نماینده" از جانب شما درخواست تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدید نظر کند.
  - اگر می خواهید یک دوست، خویشاوند یا شخص دیگری نماینده شما باشد، با بخش خدمات اعضاء تماس گرفته و درخواست فرم "انتصاب نماینده" کنید. می توانید فرم را در وب سایت Medicare به آدرس https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا در وب سایت ما به آدرس www.caloptima.org/en/ForMembers/OneCareConnect/MemberDocuments/CommomForms.aspx پیدا کنید. این فرم به شخص دیگر اجازه می دهد که از سوی شما اقدام کند. باید یک کپی از فرم امضاء شده را برای ما ارسال کنید.
- **همچنین حق دارید از یک وکیل بخواهید** که از سوی شما اقدام کند. شما می توانید با وکیل خود تماس بگیرید، یا از کانون وکلای محلی خود یا دیگر منابع نام وکیلی را بپرسید. برخی از گروه های حقوقی در صورت واجد شرایط بودن، به شما خدمات رایگان ارائه می دهند. اگر مایلید یک وکیل نماینده شما باشد، باید فرم معرفی نماینده را پر کنید. شما میتوانید برای دریافت وکلای کمکهای قانونی با دفتر اتحادیه مصرف کنندگان بهداشت و درمان به شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید.
  - ولی برای درخواست هرگونه تصمیم در مورد پوشش یا درخواست تجدید نظر **لزومی ندارد که وکیل داشته باشید.**

بخش 4.3: کدام بخش از این فصل به شما مربوط می شود؟

در چهار وضعیت مختلف درخواست تصمیم گیری در مورد میزان پوشش یا درخواست تجدید نظر صادق است. هر یک از این شرایط قوانین و مهلت مقرر خاص خود را دارند. ما این فصل را به بخش های متفاوت تقسیم کرده ایم تا به شما کمک شود مقرراتی که لازم است مراعات شوند را پیدا کنید. **تنها کافیست بخشی که مربوط به مشکل شما می شود را بخوانید:**

- **بخش 5 در صفحه 139** در صورتیکه مشکلاتی در مورد خدمات، اقلام وداروها (**به غیر** از داروهای بخش D) دارید اطلاعاتی را به شما می دهد. مثلا از این بخش می توانید در موارد زیر استفاده کنید:
  - شما مراقبت درمانی که می خواهید را دریافت نمی کنید و عقیده دارید که این مراقبت تحت پوشش برنامه ما می باشد.
  - ما خدمات، اقلام یا داروهائی را که پزشک شما می خواهد برای شما تجویز کند تصویب نمی کنیم و عقیده دارید که این مراقبت باید تحت پوشش باشد.
    - ← **توجه:** بخش 5 را فقط برای داروهائی استفاده کنید که در گروه D تحت پوشش نباشند. داروهای موجود در فهرست داروهای تحت پوشش (که همچنین فهرست داروها نامیده میشود) که و با ستاره (*) علامت گذاری شده اند تحت پوشش گروه D نیستند. برای تجدید نظر درباره داروهای گروه D به بخش 6 در صفحه 151 مراجعه کنید.
  - شما مراقبت پزشکی یا خدماتی را دریافت کردید که فکر می کنید باید تحت پوشش باشند ولی ما هزینه این مراقبت را پرداخت نمی کنیم.
  - شما خدمات درمانی دریافت کرده اید و هزینه آن را پرداخت کرده اید با این فرض که این خدمات تحت پوشش هستند، و درخواست بازپرداخت از ما دارید.
  - مطلع شده اید که پوشش شما کاهش یافته یا قطع خواهد شد و با این تصمیم ما موافق نیستید.
    - ← **توجه:** اگر پوششی که متوقف می شود، مراقبت درمانی در خانه، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپائی (CORF) می باشد، لازم است که یک بخش جداگانه از این فصل را مطالعه کنید چون مقررات خاصی در مورد این مراقبتها اعمال می شوند. به بخش های 7 و 8 در صفحات 160 و 166 مراجعه کنید.
- **بخش 6 در صفحه 151** اطلاعاتی را در مورد داروهای بخش D در اختیار شما قرار می دهد. مثلا از این بخش می توانید برای موارد زیر استفاده کنید:
  - می خواهید که از ما درخواست کنید در مورد پوشش داروی بخش D که در فهرست داروئی ما نیست استثنا قائل شویم.
  - می خواهید درخواست کنید که سقف میزان داروهای شما را برداریم.
  - می خواهید درخواست کنید که داروئی را تحت پوشش قرار دهیم که نیاز به تأیید قبلی دارد.
  - درخواست شما و یا مورد استثناء را تأیید نکرده ایم و شما، پزشکتان یا دیگر تجویزکنندگان معتقدهستید که باید تأیید می کردیم.

- می خواهید برای بازپرداخت داروی تجویز شده ای که خریداری کرده اید درخواست کنید. (این به مفهوم درخواست تصمیم گیری میزان پوشش برای بهای داروها است.)

- **بخش 7 در صفحه 160** اطلاعاتی را در مورد نحوه درخواست از ما برای پوشش اقامت طولانی تر بیماران بستری در بیمارستان در اختیار شما قرار می دهد اگر فکر می کنید که پزشک خیلی زود شما را مرخص می کند. از این بخش می توانید برای موارد زیر استفاده کنید:
  - در بیمارستان هستید و معتقدید پزشکتان زودتر از موعد مقرر از شما خواسته که بیمارستان را ترک کنید.
- **بخش 8 در صفحه 166** به شما اطلاعاتی در مورد مواقعی می دهد که شما معتقد هستید که خدمات سلامتی در منزل، مراقبت های پرستاری حرفه ای، یا مراکز توانبخشی سرپایی کامل (CORF) زودتر از موعد لازم به پایان می رسند.

اگر مطمئن نیستید که از کدام بخش باید استفاده کنید، لطفاً با خدمات اعضاء به شماره **1-855-705-8823-**تماس بگیرید.

اگر نیاز به کمک یا اطلاعات دیگری داشتید، از برنامه بازرس Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077کمک بگیرید.

بخش 5: مشکلات مربوط به خدمات، وسایل یا داروها (به استثنای داروهای بخش D)

بخش 5.1: چه هنگام از این بخش استفاده کنیم

این بخش درباره چگونگی برخورد با مشکلات مربوط به خدمات پزشکی، بهداشت روانی، و خدمات و حمایت درازمدت (LTSS) می باشد. همچنین می توانید از این بخش برای مشکلات مربوط به داروهائی استفاده کنید که تحت پوشش بخش D و مدیکر بخش B نیستند. داروهائی که در فهرست داروهابا ستاره (*) علامت زده شده اند تحت پوشش بخش D نیستند. از قسمت 6 برای تجدید نظر داروهای بخش D استفاده کنید.

این بخش شما را در شرایط زیر راهنمائی می کند:

1. فکر می کنید که ما خدمات پزشکی، بهداشت رفتاری یا خدمات درازمدت (LTSS) مورد نیاز شما را تحت پوشش قرار می دهیم اما شماآنرا دریافت نمی کنید.

   چه می توانید بکنید: می توانید برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست برای تصمیم پوشش به بخش 5.2 در صفحه 140 مراجعه کنید.

2. ما مراقبتی که پزشک شما می خواهد به شما ارائه کند را تصویب نکرده ایم و شما فکر می کنید که باید اینکار را می کردیم.

   چه می توانید بکنید: می توانید در مورد تصمیم عدم تصویب مراقبت توسط ما درخواست تجدید نظر کنید. برای چگونگی درخواست تجدید نظر برای میزان پوشش به بخش 5.3 در صفحه 142 مراجعه نمائید.

3. خدمات یا اقلامی را دریافت کردید که فکر می کنید تحت پوشش ما قرار می گیرد، ولی ما هزینه آن را پرداخت نمی کنیم.

   چه می توانید بکنید: می توانید در مورد تصمیم عدم پرداخت ما درخواست تجدید نظر کنید. برای چگونگی درخواست تجدید نظر برای میزان پوشش به بخش 5.3 در صفحه 142 مراجعه نمائید.

4. شما خدمات یا اقلامی را دریافت کرده و هزینه آنها را پرداخت کرده اید چون فکر می کردید تحت پوشش بودند و می خواهید ما برای این خدمات یا اقلام به شما بازپرداخت کنیم.

   چه می توانید بکنید: می توانید درخواست بازپرداخت کنید. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست پرداخت به بخش 5.5 در صفحه 149 مراجعه کنید.

5. ما میزان پوشش شما برای برخی خدمات را کاهش داده یا متوقف کرده ایم و شما با این تصمیم موافق نیستید.

   چه می توانید بکنید: می توانید در مورد تصمیم ما در کاهش یا توقف خدمات درخواست تجدید نظر کنید. برای چگونگی درخواست تجدید نظر برای میزان پوشش به بخش 5.3 در صفحه 142 مراجعه نمائید.

   توجه: اگر پوششی که متوقف می شود مربوط به مراقبت های بیمارستانی، مراقبت های بهداشتی در خانه، مراکز پرستاری ورزیده، یا خدمات جامع مراکز توانبخشی سرپائی (CORF) شما است، قوانین خاصی وجود دارد. برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش های 7 یا 8 در صفحات 160 و 166 مراجعه کنید.

بخش 5.2: ارسال درخواست برای تصمیم گیری درباره میزان پوشش

چگونگی درخواست تعیین میزان پوشش خدمات پزشکی، سلامت رفتاری، و برخی از خدمات و حمایت درازمدت (MSSP، CBAS، یا خدمات NF)

برای درخواست تعیین میزان پوشش، با تلفن، نامه یا فکس با ما تماس بگیرید یا از پزشک یا نماینده خود بخواهید که درخواست ارسال کند.

- می توانید با ما از طریق این شماره تماس بگیرید **1-855-705-8823** , (TTY: **1-800-735-2929**).
- می توانید برای ما به این شماره فکس بفرستید: 1-714-246-8711
- می توانید به این نشانی با ما مکاتبه کنید:

OneCare Connect
Attention: Customer Service Department
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

برای تعیین میزان پوشش چقدر زمان لازم است؟

پس از اینکه ما همه اطلاعات را دریافت کردیم، اغلب 5 روز طول میکشد تا ما تصمیم بگیریم مگر اینکه درخواست شما برای داروهای نسخه ای مدیکر بخش B باشد. اگر درخواست شما برای داروهای نسخه ای مدیکر بخش B است، ما تصمیم خود را طی 72 ساعت یه شما ابلاغ خواهیم کرد. . معمولا تا 14 روز تقویمی از زمان درخواست شما. اگر تا 14 روز تقویمی از زمان درخواست شما تصمیم گیری نشود(یا 72 ساعت برای داروهای نسخه ای مدیکر بخش B)، شما، می توانید درخواست تجدید نظر کنید.

گاهی اوقات ما به زمان بیشتری نیاز داریم، و برای شما نامه ای ارسال خواهیم کرد که در آن به شما اطلاع خواهیم داد که تا 14 روز دیگر نیاز به زمان داریم. دلیل نیاز به زمان بیشتر در نامه شرح داده می شود. اما برای داروهای نسخه ای مدیکر بخش B مانمیتوانیم درخواست وقت اضافی کنیم.

آیا می توان سریعتر میزان پوشش را تعیین کرد؟

بله. اگر به خاطر وضعیت سلامتی خود به پاسخ سریعتری نیاز دارید، باید برای "تصمیم پوشش سریع" از ما درخواست کنید. اگر درخواست را قبول کنیم، تصمیم خود را ظرف 72 ساعت (یا ساعت برای داروهای نسخه ای مدیکر بخش B طی 24) به آگاهی شما خواهیم رسانید.

در هر حال، گاهی نیاز به زمان بیشتری داریم و در این صورت برای شما نامه ای می فرستیم و اطلاع می دهیم که 14 روز تقویمی دیگر برای تصمیم گیری نیاز داریم. دلیل نیاز به زمان بیشتر در نامه شرح داده می شود. مانمیتوانیم برای داروهای نسخه ای مدیکر بخش B درخواست وقت اضافی کنیم.

عبارت قانونی برای "تصمیم پوشش سریع **"تصمیم تسریع شده"** است.

ارسال درخواست برای تصمیم گیری سریعتر درباره میزان پوشش:

- بوسیله تلفن یا فکس با برنامه ما تماس بگیرید و درخواست کنید که درمان های مورد نیاز شما را تحت پوشش قرار دهیم.
- می توانید با شماره **1-855-705-8823** با ما تماس بگیرید یا به شماره 1-714-246-8711 برای ما فکس بفرستید. برای جزئیات نحوه تماس با ما، به بخش 2 مراجعه کنید.
- همچنین می توانید از پزشک یا نماینده خود بخواهید با ما تماس بگیرد.

همچنین می توانید از پزشک یا نماینده خود بخواهید برای درخواست پوشش تسریع شده با ما تماس بگیرد.

قوانین مربوط به درخواست تصمیم گیری سریعتر درباره میزان پوشش:

باید دو خصوصیت زیر را داشته باشید تا واجد شرایط تصمیم گیری سریعتر درباره میزان پوشش باشید:

1. فقط در صورتی می توانید درباره میزان پوشش، درخواست تصمیم گیری سریعتر کنید که هنوز خدمات یا وسایل مورد نیاز را دریافت نکرده باشید. (در صورتی که مراقبت یا لوازم مورد نیاز را دریافت کرده باشید، نمی توانید درخواست تصمیم گیری سریعتر درباره میزان پوشش کنید.)
2. فقط در صورتی می توانید پیش از مهلت مقرر 14 روز(یا 72 ساعت برای داروهای نسخه ای مدیکر بخش B) درخواست تصمیم گیری سریعتر کنید که سلامت شما یا توانایی عملکرد شما در معرض خطر جدی باشد.

- **اگر پزشک معالج تان بر این نظر باشد که شما به تعیین پوشش سریع نیاز دارید، ما به طور خودکار آن را به شما ارائه می دهیم.**
- اگر بدون حمایت پزشک خود برای تصمیم پوشش سریع درخواست کنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تصمیم پوشش سریع را دریافت می کنید.
  - اگر تصمیم گرفته شود که سلامت شما شرایط مربوط برای تصمیم گیری سریع درباره میزان پوشش را براورده نمیکند، برای شما نامه ای فرستاده خواهد شد. همچنان مهلت مقرر 14 روز تقویمی (یا برای داروهای نسخه ای مدیکر بخش B 72 ساعت) برای شما در نظر گرفته خواهد شد.

- در نامه ذکر می شود که اگر پزشک شما درخواست تصمیم گیری سریع درباره میزان پوشش کند، این کار بطور خودکار انجام خواهد گرفت.
- این نامه همچنین به شما می گوید که می توانید "شکایت سریع" در مورد تصمیم ما در ارائه تصمیم پوشش متعارف به جای تصمیم پوشش سریعی که درخواست کردید، را تسلیم کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تسلیم شکایات که شامل شکایات سریع می شود، به بخش 10 در صفحه 173 مراجعه کنید.)

اگر تصمیم در مورد پوشش مثبت باشد، چه موقع خدمات یا اقلام را دریافت خواهم کرد؟

ظرف 14 روز تقویمی (برای تعیین میزان پوشش در وقت معمول) یا 72 ساعت (برای تعیین سریع میزان پوشش) از زمان درخواست شما واجد شرایط دریافت خدمات یا وسایل مربوطه شناخته میشوید. مگر اینکه درخواست شما برای داروهای نسخه ای مدیکر بخش B باشد.

- اگر درخواست شما برای داروهای نسخه ای مدیکر بخش B باشد، شما تاییدیه (مجوز پیشین) برای دریافت دارو را طی 72 ساعت (برای درخواستهای استاندارد) و 24 ساعت (برای درخواست پوشش فوری) دریافت میکنید.
- اگر برای تعیین میزان پوشش، به زمان بیشتری نیاز داشته باشیم، تا اتمام آن دوره اضافی پوشش شما را ارائه می دهیم. برای داروهای نسخه ای مدیکر بخش B مانمیتوانیم درخواست وقت اضافی کنیم.

اگر تصمیم پوشش منفی باشد، چگونه آگاه خواهم شد؟

اگر پاسخ **منفی** باشد، نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد که دلایل ما را برای پاسخ **منفی** به شما می گوید.

- اگر پاسخ **منفی** بدهیم، شما حق دارید که برای تغییر این تصمیم درخواست تجدید نظر کنید. درخواست تجدید نظر یعنی درخواست از ما برای بررسی تصمیم ما مبنی بر عدم پوشش.
- اگر تصمیم بگیرید که درخواست تجدید نظر کنید، بدین معنی است که به مرحله 1 روند تجدید نظر خواهید رفت (اطلاعات بیشتر در بخش بعدی موجود است)

بخش 5.3: تجدید نظر مرحله 1 برای خدمات، وسایل یا داروها (به استثنای دارو های بخش D)

تجدید نظر چیست؟

تجدید نظر روش رسمی برای درخواست از ما در مورد بررسی تصمیم خود و تغییر آن در صورتیکه فکر می کنید اشتباه کرده ایم می باشد. اگر شما، پزشک یا ارائه کننده شما با تصمیم ما موافق نیستید، می توانید درخواست تجدید نظر دهید.

باید درخواست تجدید نظر خود را از مرحله 1 شروع کنید. اگر برای روال تجدید نظر ها نیاز به کمک داشتید با برنامه بازرس Cal MediConnect از طریق شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. برنامه بازرس Cal MediConnect هیچ وابستگی به ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی ندارد.

تجدید نظر مرحله 1 چیست؟

تجدید نظر مرحله 1 اولین درخواست شما برای تجدید نظر در برنامه است. تصمیم گرفته شده درباره میزان پوشش شما بررسی خواهد شد تا اطمینان حاصل کنیم که این تصمیم درست بوده است. شخصی که بررسی می کند با کسی که تصمیم ابتدائی را گرفته متفاوت است. وقتی بررسی کامل شود، نتیجه بطور کتبی به اطلاع شما خواهد رسید.

اگر پس از این بررسی به شما اطلاع دهیم که خدمات یا وسایل مربوطه تحت پوشش نیستند، مورد شما می تواند به تجدید نظر مرحله 2 برود.

چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 1 را انجام دهیم؟

- برای شروع تجدید نظر باید شما، پزشک، یا ارائه کننده دیگر یا نماینده تان با ما تماس بگیرد. می توانید از طریق شماره **1-855-705-8823**با ما تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه تماس با ما برای تجدید نظر ها به فصل 2 رجوع کنید.
- می توانید درخواست تجدید نظر "معمول" یا "سریع" نمایید.
- اگر می خواهید درخواست تجدید نظر "معمول" یا "سریع" نمائید، باید بصورت کتبی یا تلفنی با ما تماس بگیرید.
  - می توانید درخواستی کتبی را به این آدرس ارسال کنید:
    OneCare Connect
    Attention: Grievance and Appeals Resolution Services
    505 City Parkway West
    Orange, CA 92868
  - می توانید درخواست خود را از طریق اینترنت ارائه نمائید:
    www.caloptima.org/en/ForMembers/OneCareConnect/YourRights/HowToFileAnAppealOrGrievance/OC_OnlineGrievanceForm.aspx
  - همچنین می توانید برای درخواست تجدید نظر با ما با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید.
- ما طی 5 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدید نظر شما نامه ای برای اعلام دریافت آن به شما ارسال خواهیم کرد.

در یک نگاه: چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 1 را انجام دهم

شما، پزشک یا نماینده شما می توانید درخواست خود را به طور کتبی نوشته و برای ما ارسال یا فکس کنید. همچنین می توانید تلفنی درخواست تجدید نظر کنید.

- **ظرف مدت 60 روز تقویمی از تاریخ تصمیم گیری، درخواست تجدید نظر خود را ارسال کنید.** اگر این مهلت به دلیل موجهی سپری شود، هنوز می توانید درخواست تجدید نظر کنید (صفحه 164 را ببینید).
- اگر به این خاطردرخواست تجدید نظر می کنید که به شما گفته ایم خدماتی که دریافت می کنید تغییر کرده یا متوقف خواهند شد، اگر بخواهید به دریافت خدمات در زمانی که به تجدید نظر شما رسیدگی می شود ادامه دهید **روزهای کمتری خواهید** داشت (صفحه 144 را ببینید).
- برای آگاهی از مهلت های زمانی مربوط به تجدید نظر خود به مطالعه این بخش ادامه دهید.

"تجدیدنظر تسریع شده" عبارت قانونی برای "تجدید نظر سریع" می باشد.

آیا شخص دیگری می تواند از جانب من درخواست تجدید نظر کند؟

بله. پزشک معالج یا دیگر ارائه کنندگان خدمات می توانند برای شما درخواست تجدید نظر کنند. همچنین اشخاص دیگر علاوه بر پزشک یا دیگر ارائه کنندگان می توانند برای شما درخواست تجدید نظر کنند، ولی شما باید ابتدا فرم انتصاب نماینده را پر کنید. این فرم اجازه می دهد که شخص دیگری از جانب شما عمل کند.

برای دریافت فرم انتصاب نماینده، با بخش خدمات اعضاء تماس گرفته و برای آن درخواست کنید یا از وب سایت Medicare به آدرس *https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf* بازدید کرده یا به وب سایت ما *https://www.caloptima.org/en/Members/OneCareConnect/YourRightsAndResponsibilities/HowToFileAnAppealOrGrievance/OC_OnlineGrievanceForm.aspx*.

اگردرخواست تجدید نظر از سوی شخصی به غیر از شما یا پزشک شما یا ارائه کننده دیگری باشد، ما باید فرم انتصاب نماینده را قبل از اینکه بتوانیم به تجدید نظر رسیدگی کنیم دریافت نماییم.

برای درخواست تجدید نظر چقدر مهلت دارید؟

شما باید ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ مندرج برنامه ای که برای آگاه سازی شما از تصمیم ارسال می داریم برای تجدید نظر درخواست کنید.

اگر این مهلت را از دست بدهید ولی دلیل قانع کننده ای داشته باشید، ممکن است مهلت بیشتری به شما داده شود. چند نمونه دلیل موجه: شما به بیماری وخیمی مبتلا بودید یا اطلاعات اشتباه را در مورد مهلت درخواست برای تجدید نظر به شما داده باشیم.

توجه: اگر به این خاطردرخواست تجدید نظر می کنید که به شما گفته ایم خدماتی که دریافت می کنید تغییر کرده یا متوقف خواهند شد، و بخواهید به دریافت خدمات در زمانی که به تجدید نظر شما رسیدگی می شود ادامه دهید **روزهای کمتری خواهید داشت** برای کسب اطلاعات بیشتر بخش "آیا مزایای من در طول تجدید نظر های مرحله 1 ادامه پیدا خواهند کرد؟" در صفحه 146 را مطالعه کنید.

آیا می توانم یک نسخه از پرونده خود داشته باشم؟

بله. با بخش خدمات اعضاء از طریق شماره **1-855-705-8823** تماس گرفته و یک نسخه رایگان درخواست کنید.

آیا پزشک من می تواند درباره تجدید نظر به شما اطلاعات بیشتری بدهد؟

آری, شما یا پزشک معالجتان می توانید برای حمایت از درخواست، اطلاعات بیشتررا ارسال نمائید.

ما چطور در تجدید نظر تصمیم گیری می کنیم؟

ما با دقت به همه اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت پزشکی توجه می کنیم. سپس، بررسی میکنیم تاببینیم همه مقررات مربوطه را به هنگام دادن پاسخ **منفی** به درخواست شما رعایت کرده بوده ایم یا خیر. شخصی که بررسی می کند با کسی که تصمیم ابتدائی را گرفته تفاوت دارد.

اگر به اطلاعات بیشتر نیاز داشته باشیم از شما یا پزشکتان درخواست خواهیم کرد.

پاسخ درخواست تجدید نظر " استاندارد" را در چه زمانی دریافت خواهید کرد؟

ما باید طی 30 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست تجدید نظر شما (یا طی 7 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدید نظر شما برای داروهای نسخه ای مدیکربخش B) تصمیم خود را به شما اعلام کنیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریعتر باشد، نتیجه سریعتر به شما اعلام می گردد.

- در هر حال، اگر شما درخواست زمان بیشتری کنید، یا اگر ما نیاز به جمع آوری اطلاعات بیشتری داشته باشیم، ممکن است تا 14 روز تقویمی پاسخ دهی به تعویق افتد. اگر تصمیم بگیریم که روزهای بیشتری را صرف اتخاذ تصمیم کنیم، از طریق نامه دلیل آن را برای شما توضیح می دهیم. ما نمیتوانیم وقت بیشتری برای رسیدگی به درخواست تجدید نظر شما برای داروهای نسخه ای مدیکربخش B، درخواست کنیم.
- اگر فکر می کنید که بیش از این نباید طول بکشد، می توانید درباره این تصمیم "شکایت سریع" ارسال کنید. اگر شکایت سریع ارسال کنید، ظرف 24 ساعت به شما پاسخ خواهیم داد. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تسلیم شکایات که شامل شکایات سریع می شود، به بخش 10 در صفحه 173 مراجعه کنید.)
- اگر ظرف 30 روز تقویمی (یا طی 7 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدید نظر شما برای داروهای نسخه ای مدیکربخش B) یا در خاتمه روزهای اضافی (اگر از آنها استفاده کنیم) به درخواست تجدید نظر شما پاسخ ندهیم، به طور خودکار پرونده شما را به مرحله 2 تجدید نظر ارسال می کنیم در صورتیکه مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام مدیکر باشد. اگر چنین کاری صورت گیرد به شما اطلاع خواهیم داد. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام مدیکل باشد، لازم است که خودشما یک درخواست تجدید نظر مرحله 2 را تسلیم کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدید نظر مرحله 2، به بخش 5.4 در صفحه 146 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخودرخواست کردید مثبت باشد، باید پوشش را ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدید نظر شما (یا طی 7 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدید نظر شما برای داروهای نسخه ای مدیکربخش B) تصویب یا ارائه کنیم.

اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید **منفی** باشد، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام مدیکر باشد، این نامه به شما خواهد گفت که پرونده شما را به نهاد بررسی مستقل برای تجدید نظر مرحله 2 ارسال کردیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام مدیکل باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چگونه شخصاً یک درخواست تجدید نظر مرحله 2 را تسلیم کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدید نظر مرحله 2، به بخش 5.4 در صفحه 146 مراجعه کنید.

چه موقع از تصمیم مربوط به تجدید نظر "سریع" آگاه خواهم شد؟

اگر درخواست تجدید نظر سریع ارائه کنید، ظرف 72 ساعت از دریافت آن به شما پاسخگو خواهیم بود. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریعتر باشد، نتیجه سریعتر به شما اعلام می گردد.

- در هر حال، اگر شما درخواست زمان بیشتری کنید، یا اگر ما نیاز به جمع آوری اطلاعات بیشتری داشته باشیم، ممکن است تا 14 روز تقویمی پاسخ دهی به تعویق افتد. اگر تصمیم بگیریم که روزهای بیشتری را صرف اتخاذ تصمیم کنیم، از طریق نامه به شما خواهیم گفت و دلیل را توضیح می دهیم. ما نمیتوانیم وقت بیشتری برای رسیدگی به درخواست تجدید نظر شما برای داروهای نسخه ای مدیکربخش B، درخواست کنیم.
- اگر فکر می کنید که بیش از این نباید طول بکشد، می توانید درباره این تصمیم "شکایت سریع" انجام دهید. اگر شکایت سریع کنید، ظرف 24 ساعت به شما پاسخ خواهیم داد. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تسلیم شکایات که شامل شکایات سریع می شود، به بخش 10 در صفحه 173 مراجعه کنید.).

- اگر ظرف 72 ساعت یا در خاتمه روزهای اضافی (اگر از آنها استفاده کنیم) به درخواست تجدید نظر شما پاسخ ندهیم، به طور خودکار پرونده شما را به مرحله 2 روال تجدید نظر ارسال می کنیم در صورتیکه مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام مدیکر باشد. اگر چنین کاری صورت گیرد به شما اطلاع خواهیم داد. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام مدیکل باشد، لازم است که شخصاً یک درخواست تجدید نظر مرحله 2 را تسلیم کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدید نظر مرحله 2، به بخش 5.4 در صفحه 146 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید مثبت باشد، باید پوشش را ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدید نظر شما تصویب یا ارائه کنیم.

اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی باشد، از طریقنامه ای به شما اطلاع میدهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام مدیکر باشد، این نامه به شما خواهد گفت که پرونده شما را به نهاد بررسی مستقل برای تجدید نظر مرحله 2 ارسال کردیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام مدیکل باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چگونه شخصاً یک درخواست تجدید نظر مرحله 2 را تسلیم کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدید نظر مرحله 2، به بخش 5.4 در صفحه 146 مراجعه کنید.

آیا در زمان تجدید نظر مرحله 1 مزایای من کماکان برقرار خواهد بود؟

اگر تصمیم بگیریم که پوشش خدمات یا اقلامی که را که قبلاً تأیید شده بودند تغییر داده یا متوقف کنیم، قبل از این اقدام برای شما نامه خواهیم فرستاد. اگر با اقدام مخالف باشید، می توانید یک درخواست تجدید نظر مرحله 1 تسلیم کنید و بخواهید که مزایای خدمات یا اقلام را ادامه دهیم. برای اینکه مزایا ادامه داشته باشند **باید درخواست خود را تا قبل از یکی از تاریخ های زیر که از بقیه دیرتر است، داده باشید:**

- ظرف 10 روز از تاریخ ارسال پستی اعلامیه اقدامات ما؛ یا
- تاریخ اجرائی شدن اقدامات.

اگر به این مهلت برسید می توانید تا زمانی که به درخواست تجدید نظر شما رسیدگی می شود به دریافت خدمات یا اقلام موضوع اختلاف ادامه دهید.

بخش 5.4: تجدید نظر مرحله 2 برای خدمات، وسایل یا داروها (به استثنای دارو های بخش D)

اگر برنامه در مرحله 1 پاسخ منفی بدهد، آنوقت چطور می شود؟

- اگر به بخشی یا همه درخواست تجدید نظر مرحله 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه ای را برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما اطلاع می دهد که آیا خدمات یا وسایل مربوطه تحت پوشش مدیکر یا مدیکل هست یا نه.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلام **مدیکر** است، ما پرونده شما را به محض اینکه تجدید نظر مرحله 1 کامل شد، به طور خودکار برای مرحله 2 تجدید نظر درخواست خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلام **مدیکل** باشد، خودتان می توانید یک درخواست تجدید نظر مرحله 2 را تسلیم کنید. نامه ارسالی به شما اطلاع خواهد داد که چگونه این کار را بکنید. اطلاعاتی نیز در زیر آمده است.

تجدید نظر مرحله 2 چیست؟

تجدید نظر مرحله 2، دومین درخواست است و توسط سازمانی مستقل از برنامه مان انجام می شود.

فصل 9: اگر مشکلی یا شکایتی دارید چکار کنید
(تصمیمات، درخواست تجدید نظر و شکایات مربوط به پوشش)

مشکل من درباره خدمات یا وسایل Medi-Cal است. چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 2 ارسال کنم؟

تجدید نظر مرحله 2 برای خدمات و اقلام مدیکل "دادرسی ایالتی" نامیده می شود. اگر پزشک یا دیگر ارائه کنندگان شما خدمات یا وسایلی را درخواست کنند و ما تأیید نکنیم، یا اگر پرداخت هزینه خدمات یا وسایلی که شما قبلا داشته اید متوقف شود و به تجدید نظر شما پاسخ منفی بدهیم، حق شما است که درخواست دادرسی ایالتی کنید.

در اکثر موارد از زمان ارسال نامه "حق دادرسی شما" **مدت 120 روز فرصت دارید** که درخواست دادرسی ایالتی کنید.

توجه: اگر به این خاطر درخواست دادرسی ایالتی می کنید که به شما گفته ایم خدماتی که دریافت می کنید تغییر کرده یا متوقف خواهند شد، اگر بخواهید به دریافت خدمات در زمانی که به درخواست دادرسی شما رسیدگی می شود ادامه دهید **روزهای کمتری خواهید داشت** . برای کسب اطلاعات بیشتر بخش "آیا مزایای من در طول تجدید نظر های مرحله 2 ادامه پیدا خواهند کرد" در صفحه 148 را مطالعه کنید.

برای درخواست دادرسی ایالتی دو راه وجود دارد:

1. می توانید "درخواست برای دادرسی ایالتی" را که در پشت اعلامیه اقدامات موجود است پر کنید. باید همه اطلاعات مورد نیاز، مانند نام کامل، نشانی، شماره تلفن، نام برنامه یا کانتی که بر ضد شما تصمیم گیری کرده، برنامه های کمکی مربوطه، و شرح کامل دلایلی که برای درخواست دادرسی دارید را ارائه دهید. سپس می توانید با استفاده از یکی از روش های زیر درخواستتان را ارسال کنید:
   - سازمان امور رفاهی کانتی که نشانی آن در پشت برگه اعلامیه قرار دارد.
   - To the California Department of Social Services:

     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
     Sacramento, California 94244-2430
   - به بخش رسیدگی ایالتی به شماره فکس 916-651-5210 یا 916-651-2789.
2. می توانید با سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا با شماره تلفن1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر مایل بودید تلفنی درخواست دادرسی ایالتی بکنید، باید بدانید که خطوط تلفنی می توانند خیلی مشغول باشند.

من در رابطه با خدمات یا وسایل مدیکر مشکل دارم. در تجدید نظر مرحله 2 چه خواهد شد؟

یک نهاد بررسی مستقل (IRE) به طور دقیق تصمیم مرحله 1 را بررسی کرده و تصمیم می گیرد که آیا این تصمیم باید تغییر کند.

- لازم نیست که شما درخواست تجدید نظر مرحله 2 را ارسال کنید. ما هرگونه عدم قبول (به صورت کامل یا ناکامل) را به طور خودکار برای IRE ارسال خواهیم کرد و در صورت انجام این کار به شما اطلاع خواهیم داد.
- IRE در استخدام Medicare است و با این برنامه وابستگی ندارد.
- می توانید با بخش خدمات اعضاء با شماره **1-855-705-8823** تماس گرفته و یک نسخه از پرونده خود را درخواست کنید.

IRE باید ظرف 30 روز تقویمی از زمانیکه تجدید نظر شما را دریافت می کند (یا طی 7 روز تقویمی از زمانیکه درخواست تجدید نظر شما برای داروهای نسخه ای بخش B مدیکر را دریافت میکند) به تجدید نظر مرحله 2 شما پاسخ دهد. این قانون در مواردی صادق است که هنوز خدمات یا وسایل را دریافت نکرده باشید.

- ولی اگر IRE باید اطلاعات بیشتری را جمع آوری کند که ممکن است به نفع شما باشد، ممکن است حداکثر 14 روز تقویمی بیشتر طول بکشد. اگر IRE به روزهای بیشتری برای پاسخ دهی نیاز داشته باشد بصورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. اما IRE نمیتواند برای رسیدگی به درخواست تجدید نظر شما برای داروهای نسخه ای بخش B مدیکر درخواست وقت اضافی کند.

اگر "تجدید نظر سریع" در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک تجدید نظر سریع مرحله 2 خواهید داشت. IRE باید ظرف 72 ساعت از زمانیکه تجدید نظر شما را دریافت می کند به شما پاسخ دهد.

- ولی اگر IRE احتیاج دارد که اطلاعات بیشتری را جمع آوری کند که ممکن است به نفع شما باشد، ممکن است این تجدید نظرحداکثر 14 روز تقویمی بیشتر طول بکشد. اگر IRE به روزهای بیشتری برای پاسخ دهی نیاز داشته باشد بصورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. اما IRE نمیتواند برای رسیدگی به درخواست تجدید نظر شما برای داروهای نسخه ای بخش B مدیکر درخواست وقت اضافی کند.

آیا در زمان تجدید نظر مرحله 2 مزایای من کماکان برقرار خواهد بود؟

اگر مشکل شما درباره خدمات یا وسایل تحت پوشش **مدیکر** باشد، مزایای شما برای آن خدمات یا وسایل در زمان تجدید نظر مرحله 2 توسط نهاد مستقل بررسی، ادامه **نخواهد** یافت.

اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلام تحت پوشش مدیکل می باشد و برای دادرسی ایالتی درخواست می کنید، مزایای Medi-Cal شما برای آن خدمات یا اقلام تا زمانیکه تصمیم رسیدگی اتخاذ شود ادامه پیدا خواهند کرد. برای اینکه مزایا ادامه داشته باشند باید درخواست دادرسی خود را **قبل از یکی از تاریخ های زیر** که از بقیه دیرتر بود، داده باشید:

- ظرف 10 روز از تاریخ پست شدن تصمیم تجدید نظر مرحله 1 که به شما اطلاع می دهد تصمیم قبلی ما تأیید می شود؛ یا
- تاریخ اجرائی شدن اقدامات.

اگر به این مهلت برسید می توانید تا زمانی که به درخواست شما رسیدگی می شود به دریافت خدمات یا اقلام موضوع اختلاف ادامه دهید.

چگونه از نتیجه تصمیم گیری باخبر شوم؟

اگر تجدید نظر مرحله 2 شما دادرسی ایالتی بوده باشد، سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا بصورت کتبی نتیجه تصمیم گیری خود را به شما اعلام خواهد کرد.

- اگر تصمیم دادرسی ایالتی به بخش یا همه موارد درخواست شده شما **مثبت** باشد، ما باید از این تصمیم پیروی کنیم. ما ملزم هستیم ظرف مدت 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت این تصمیم، اقدام(های) تعیین شده را انجام دهیم.
- اگر تصمیم دادرسی ایالتی به بخش یا همه موارد درخواست شده شما **منفی** باشد، بدین معنی است که با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. ما می توانیم کمک هائی را که شما دریافت می کنید متوقف کنیم.

اگر تجدید نظر مرحله 2 شما به نهاد بررسی مستقل (IRE) ارجاع داده شد، نامه ای را برای شما ارسال خواهد کرد که تصمیم آنها را توضیح می دهد.

- اگر IRE به بخش یا همه موارد درخواست شده شما در تجدید نظر استاندارد پاسخ **مثبت** بدهد، ما باید ظرف 72 ساعت پوشش مراقبت پزشکی شما را تصویب کنیم یا ظرف 14 روز تقویمی از تاریخی که تصمیم IRE را

دریافت می کنیم خدمات یا اقلام را در اختیار شما قرار دهیم. اگر تجدید نظر سریع داشته اید، ما باید ظرف 72 ساعت از دریافت تصمیم IRE پوشش خدمات یا اقلام را تایید کرده یا خدمات یا اقلام را به شما بدهیم.

- اگر IRE به بخش یا همه موارد درخواست شده شما برای داروهای نسخه ای بخش B در تجدید نظر استاندارد پاسخ مثبت بدهد، ما باید ظرف 72 ساعت از تاریخی که تصمیم IRE را دریافت می کنیم پوشش داروهای نسخه ای بخش B را در اختیار شما قرار دهیم یا تصویب کنیم. اگر تجدید نظر سریع داشته اید، ما باید ظرف 24 ساعت از دریافت تصمیم IRE پوشش داروهای نسخه ای بخش B را تایید کنیم.
- اگر پاسخ IRE به بخش یا همه موارد درخواست شده شما **منفی** باشد، بدین معنی است که با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. به این تصمیم اصطلاح "تأیید تصمیم قبلی" اطلاق می شود. همچنین آنرا "رد درخواست تجدید نظر" می نامند.

اگر تصمیم گرفته شده نسبت به بخشی از درخواست یا همه آن منفی باشد، آیا می توانم باز هم درخواست تجدید نظر کنم؟

اگر تجدید نظر مرحله 2 شما دادرسی ایالتی باشد، 30 روز پس از دریافت نتیجه می توانید مجددا درخواست دادرسی دهید. همچنین می توانید ظرف مدت یک سال از دریافت پاسخ منفی دادرسی ایالتی، از یک دادگاه عالی درخواست بررسی حقوقی کنید (بر اساس آیین نامه دادرسی مدنی بخش 1094.5).

اگر تجدید نظر مرحله 2 شما به نهاد بررسی مستقل (IRE) ارجاع داده شد، تنها زمانی می توانید دوباره درخواست تجدید نظر کنید که ارزش پولی خدمات یا اقلامی که می خواهید به میزان یک حداقل خاص باشد. نامه ای که از IRE دریافت می کنید شرح کامل مراحل بعدی حق و حقوق تجدید نظر شما را توضیح خواهد داد.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مراحل دیگر تجدید نظر به بخش 9 در صفحه 171 مراجعه کنید.

بخش 5.5: مشکلات مربوط به پرداخت

ما به ارائه کنندگان شبکه خود اجازه نمی دهیم که مبلغی برای خدمات و اقلام تحت پوشش از شما مطالبه کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه کننده برای خدمات یا لوازم تحت پوشش مطالبه می کند صدق میکند. شما هرگز لازم نیست مازاد هیچ صورتحسابی را پرداخت کنید.

در صورت دریافت صورت حساب برای خدمات و اقلام تحت پوشش، آن صورت حساب را برای ما بفرستی. **شما نباید صورت حساب را شخصاً پرداخت کنید.** ما با ارائه کننده مستقیماً تماس می گیریم و به مسئله رسیدگی می کنیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر فصل 7 را مطالعه کنید: درخواست از ما برای پرداخت سهم مان از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده اید . فصل 7 موقعیت هائی را توصیف می کند که ممکن است لازم باشد درخواست برای بازپرداخت یا پرداخت صورتحسابی که از ارائه کننده دریافت کرده اید کنید. همچنین برای شما شرح می دهد که چگونه مدارک خود را برای درخواست پرداخت برای ما ارسال کنید.

آیا می توانم از شما بخواهم هزینه خدمات یا اقلامی که پرداخت کرده ام را به من پس بدهید؟

فراموش نکنید که اگر برای خدمات و اقلام تحت پوشش صورت حساب دریافت کردید، لازم نیست خودتان مبلغ آنرا پرداخت کنید. اما اگر صورت حساب را پرداخت کردید، می توانید در صورت رعایت قوانین دریافت خدمات و اقلام هزینه خود را پس بگیرید.

فصل 9: اگر مشکلی یا شکایتی دارید چکار کنید
(تصمیمات، درخواست تجدید نظر و شکایات مربوط به پوشش)

اگر درخواست کنید که پرداختی به شما صورت گیرد، این به منزله تصمیم گیری برای میزان پوشش می باشد. در این صورت بررسی خواهیم کرد که خدمات یا وسایلی که شما خریداری کرده اید تحت پوشش ما هستند و آیا شما قوانین مربوط به پوشش درمانی خود را رعایت کرده اید یا نه.

- اگر خدمات یا محصولاتی که هزینه آن را پرداخت نموده اید تحت پوشش قرار بگیرد و شما همه قوانین را رعایت نموده باشید، ما بازپرداخت هزینه خدمات یا محصولات را ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان برای شما ارسال خواهیم کرد.
- یا اینکه، اگر هنوز هزینه خدمات یا وسایل مربوطه را نپرداخته اید، مستقیما به ارائه کننده پرداخت خواهیم کرد. وقتی به شما پرداخت می کنیم، این به منزله **موافقت** ما با شما در میزان پوشش است.
- اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشد یا از مقررات پیروی نکرده باشید، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که به شما می گوید هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده و دلیل آنرا توضیح خواهیم داد.

اگر بگوئیم که هزینه را پرداخت نخواهیم کرد چه اتفاقی می افتد؟

اگر شما با نظر ما مخالف باشید, **می توانید درخواست تجدید نظر بکنید.** از روند تجدید نظری که در بخش 5.3 صفحه 142 توصیف شده پیروی کنید. هنگامیکه از این دستورالعمل ها پیروی می کنید، لطفاً توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت درخواست تجدید نظر می کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدید نظر به شما پاسخ دهیم.
- اگر از ما درخواست می کنید که برای خدمات یا اقلامی که قبلاً دریافت کرده اید و هزینه آنرا خودتان پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت کنیم، اجازه ندارید که برای تجدید نظر سریع درخواست کنید.

اگر به تجدید نظر شما پاسخ **منفی** داده و خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش **مدیکر** می باشند، ما پرونده شما را به طور خودکار برای نهاد بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. اگر چنین کاری صورت گیرد کتباً به شما اطلاع خواهیم داد.

- اگر IRE با تصمیم ما مخالفت کند و به ما بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، ما باید ظرف 30 روز تقویمی به شما یا ارائه کننده تان پرداخت کنیم. اگر پاسخ به درخواست تجدید نظر شما در هر مرحله تجدید نظر بعد از مرحله 2 **مثبت** باشد، باید مبلغی که درخواست کردید را برای شما یا ارائه کننده خدمات ظرف 60 روز تقویمی ارسال کنیم.
- اگر IRE به تجدید نظر شما پاسخ **منفی** بدهد، بدین معنی است که با تصمیم ما در عدم تصویب درخواست شما موافق هستند. (به این تصمیم اصطلاح "تأیید تصمیم قبلی" اطلاق می شود. همچنین آنرا "رد درخواست تجدید نظر" می نامند.) نامه ای که دریافت می کنید شرح کامل مراحل بعدی حق و حقوق تجدید نظر شما را توضیح خواهد داد. فقط در صورتی می توانید درخواست تجدید نظر مجدد دهید که ارزش پولی خدمات یا وسایل مورد درخواست شما از یک مقدار حداقل بیشتر باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مراحل دیگر تجدید نظر به بخش 9 در صفحه 171 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدید نظر منفی باشد و خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش مدیکل می باشند، می توانید خودتان برای مرحله 2 درخواست تجدید نظر کنید (به بخش 5.4 در صفحه 146 مراجعه شود).

بخش 6: داروهای بخش D

بخش 6.1: اگر برای خرید دارو های بخش D مشکل دارید یا درخواست بازپرداخت برای داروهای بخش D دارید، چه باید بکنید

مزایای شما به عنوان عضو برنامه ما شامل پوشش بسیاری از داروهای نسخه ای می شود. اکثر این داروها "بخش D" هستند. تعدادی داروهای بخش D هستند که تحت پوشش مدیکر نیستند ولی ممکن است مدیکل آنها را پوشش دهد. **بخش فقط مربوط به درخواست تجدید نظر برای داروهای بخش D می باشد.**

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروئی) شامل داروهائی می شود که دارای علامت ستاره (*) هستند. این داروها جزو داروهای بخش D **نیستند.** روندهای ذکر شده در **بخش 5** صفحه 139 شامل حال تجدید نظر یا تصمیمات تعیین پوشش داروهای با نشان ستاره (*) نیز می شوند.

آیا می توانم برای داروهای نسخه ای بخش D درخواست پوشش یا تجدید نظر بدهم؟

بله. در اینجا نمونه هائی از تصمیمات مربوط به پوششی که می توانید از ما درخواست کنید در مورد داروهای بخش D اتخاذ کنیم، ذکر می شود:

- از ما درخواست استثناء قائل شدن می کنید، مثلا:
  - درخواست از ما برای پوشش دادن یک داروی بخش D که در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروئی) برنامه نیست
  - از ما درخواست می کنید محدودیت های موجود را برای پوشش داروئی خاص (مانند محدودیت تعداد داروهائی که می توانید بگیرید) برداریم
- از ما سؤال کنید که آیا داروئی برای شما تحت پوشش است (برای مثال، هنگامیکه داروی شما در فهرست داروئی برنامه وجود دارد ولی لازم است که قبل از اینکه آنرا برای شما پوشش دهیم از ما اجازه دریافت کنید).

توجه: اگر داروخانه به شما اطلاع دهد که نمی تواند نسخه شما را آماده کند، نامه ای دریافت خواهید کرد که در مورد اینکه چگونه برای درخواست پوشش با ما تماس بگیرید راهنمائی می کند.

- می خواهید برای بازپرداخت داروی نسخه ای که خریداری کرده اید درخواست کنید. (این به مفهوم درخواست تصمیم گیری میزان پوشش برای بهای داروها است.)

عبارت قانونی برای تصمیم مربوط به پوشش برای داروهای بخش D "**تشخیص پوشش**" می باشد.

اگر با تصمیم ما درباره میزان پوشش موافق نیستید، می توانید درخواست تجدید نظر دهید. این بخش اطلاعاتی را در مورد نحوه درخواست برای تصمیمات مربوط به پوشش و نحوه درخواست برای درخواست تجدید نظر به شما ارائه می کند.

از جدول زیر برای کمک در تشخیص اینکه کدام بخش حاوی اطلاعاتی برای موقعیت شماست استفاده کنید:

شما در کدام یک از این شرایط هستید؟			
آیا به داروئی نیاز دارید که در فهرست داروهای ما نیست یا از ما می خواهید که محدودیت های داروئی که تحت پوشش است را برداریم؟	آیا می خواهید داروئی از داروهای موجود در فهرست ما تحت پوشش باشد و اطمینان دارید که شما همه محدودیت ها و قوانین مربوطه را رعایت کرده اید (مانند دریافت اجازه قبلی)؟	آیا می خواهید از ما درخواست کنید هزینه داروئی که قبلاً دریافت کرده اید و هزینه آنرا پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت کنیم؟	آیا به شما اعلام کرده ایم که داروهای خاصی در فهرست داروهای ما اصلا تحت پوشش نیستند و یا به آن شکلی که شما انتظار دارید تحت پوشش قرار نمی گیرند؟
می توانید از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. (این یک نوع تعیین میزان پوشش است.)	**می توانید از ما درخواست تعیین میزان پوشش کنید.**	**می توانید از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم.** (این یک نوع تعیین میزان پوشش است.)	**می توانید درخواست تجدید نظر کنید.** (به این معنی است که از ما می خواهید درخواست شما رادوباره بررسی کنیم.)
از **بخش 6.2** در صفحه 152. شروع کنید. بخش های 6.3 و 6.4 در صفحات 153 و 154 را هم ملاحظه کنید.	به **بخش 6.4** در صفحه 154 بروید.	به **بخش 6.4** در صفحه 154 بروید.	به **بخش 6.5** در صفحه 157 بروید.

بخش 6.2: استثناء چیست؟

یک استثناء به معنی دریافت اجازه برای پوشش داروئی که معمولاً در فهرست داروهای ما نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت های لازم می باشد. اگر داروئی در فهرست داروهانیست، یا آنگونه که شما می خواهید پوشش داده نمیشود نمی شود، می توانید درخواست کنید که مورد "استثناء" واقع شود.

وقتی درخواست استثناء می کنید، پزشک یا دیگر ارائه کنندگان شما باید توضیح دهند که چه دلایل پزشکی برای این استثناء وجود دارد.

چند مثال برای استثناهائی که شما، پزشک یا دیگر ارائه کنندگان می توانید درخواست کنید، در زیر آمده است:

1. پوشش داروی بخش D که در فهرست داروئی ما نیست.

- اگر قبول کنیم که استثناء قائل شویم و داروئی را که در فهرست داروئی نیست پوشش دهیم، لازم خواهد بود که شما مبلغ اشتراک در هزینه که به داروها در ردیف 2 برای داروهای مارک دار یا ردیف 1 برای داروهای ژنریک مربوط می شود را پرداخت کنید.

- شما نمی توانید برای مبلغ سهم بیمه شده یا بیمه مشترکی که لازم است برای دارو پرداخت کنید درخواست استثناء کنید.

2. قبل از محدودیت از موارد پوشش قوانین و محدودیت های بیشتری نیز وجود دارد که بر داروهای خاصی از فهرست داروئی اعمال می شود (برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 مراجعه نمائید).

- قوانین و محدودیت های بیشتر در پوشش داروها شامل موارد زیر می گردد:
  - ضرورت استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی مارک دار.
  - گرفتن تأییدیه از برنامه پیش از اینکه با پوشش دادن دارو برای شما موافقت کنیم. (گاهی به این عمل "مجوز قبلی" گفته می شود).
  - نیاز به این که داروئی متفاوت را امتحان کنید و در مرحله بعد با پوشش دادن داروی موردنظر شما موافقت کنیم. (گاهی به این عمل "درمان مرحله ای" گفته می شود).
  - محدودیت از نظر تعداد: برای برخی داروها، مقدار داروئی که می توانید داشته باشید محدود است.
- اگر موافقت کنیم که استثناء قائل شده و از محدودیت ها برای شما صرفنظر کنیم، هنوز می توانید برای مبلغ سهم بیمه شده که لازم می دانیم برای دارو پرداخت کنید تقاضای استثناء کنید.

عبارت قانونی برای درخواست حذف محدودیت پوشش برای دارو گاهی اوقات درخواست برای "**استثنای مجموعه داروئی**" خوانده می شود.

بخش 6.3: نکات مهم درباره درخواست برای موارد استثناء

پزشک یا دیگر تجویز کنندگان شما باید به ما دلایل پزشکی ارائه دهند

پزشک یا دیگر تجویز کنندگان شما باید با ذکر دلایل پزشکی برای ما بنویسند که چرا درخواست استثناء می کنند. وقتی درخواست استثناء می کنید، اطلاعات مربوطه از پزشک یا دیگر ارائه کنندگان را ارسال نمائید تا تصمیم گیری ما درباره درخواست شما برای استثناء ، سریعتر صورت گیرد.

بطور معمول فهرست داروهای ما بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص دارد. اینها داروهای "جایگزین" خوانده می شوند. اگر داروی جایگزین به اندازه داروی مورد درخواست شما موثر باشد، و عوارض ناخواسته بیشتر یا مشکلات دیگری برای شما ایجاد نکند، ما عموما درخواست شما برای استثناء قائل شدن را تأیید نمی کنیم.

ما به درخواست شما برای استثناء پاسخ مثبت یا منفی خواهیم داد

- اگر برای درخواست شما برای استثناء پاسخ **مثبت** بدهیم، معمولا این استثناء تا پایان سال تقویمی ادامه خواهد داشت. این در صورتی است که پزشک کماکان دارو را برای شما تجویز کند و این دارو برای بیماری شما موثر و بی خطر باشد.
- اگر به درخواست شما برای استثناء پاسخ **منفی** بدهیم، می توانید توسط درخواست تجدید نظر از ما درخواست بررسی تصمیم قبلی را کنید. بخش 6.5 در صفحه 157 اطلاعاتی را در مورد نحوه درخواست تجدید نظر در صورتیکه پاسخ **منفی** بدهیم به شما می دهد.

بخش بعدی درباره چگونگی درخواست تعیین پوشش و درخواست استثناء می باشد.

بخش 6.4: نحوه درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش در مورد داروهای بخش D یا بازپرداخت برای داروهای بخش D، شامل استثناها

چه باید کرد

- نوع پوشش موردنظر خود را بیان کنید. درخواست خود را از طریق تلفن، نامه یا فکس برای ما ارسال کنید. شما، نماینده تان یا پزشک (یا دیگر مجوزین دارو) می توانند این درخواست را ارسال کنند. می توانید با ما با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید.
- شما، پزشک (یا دیگر مجوزین دارو) یا هر شخص دیگری که به نمایندگی شما عمل می کند، می تواند درخواست تعیین میزان پوشش دهد. همچنین می توانید وکیلی را از جانب خود منصوب کنید.
- برای کسب اطلاعات در مورد نحوه ارائه اجازه به شخص دیگری تا به عنوان نمانیده شما اقدام کند، بخش 4 صفحه 136 را مطالعه کنید.
- نیازی نیست به پزشک خود یا دیگر تجویز کنندکان اجازه کتبی بدهید تا بتوانند به نمایندگی از شما از ما تعیین پوشش درخواست کنند.
- اگر می خواهید از ما درخواست بازپرداخت برای یک دارو بکنید، فصل 7 این کتابچه را مطالعه کنید. فصل 7 مواردی را توضیح می دهد که لازم است درخواست بازپرداخت دهید. همچنین توضیحاتی داده می شود که چگونه مدارک خود را برای ما بفرستید تا ما سهم خود از هزینه های پرداختی شما برای داروها را پرداخت کنیم.
- اگر برای استثناء درخواست می کنید، "توصیه نامه" را ارائه کنید. پزشک یا دیگر تجویز کنندکان باید برای ما با ذکر دلایل پزشکی بنویسند که چرا درخواست استثناء می کنند. ما این را "توصیه نامه" می نامیم.
- پزشک یا دیگر تجویز کنندکان شما می توانند این گزارش را برای ما پست یا فکس کنند. یا اینکه پزشک یا دیگر تجویز کنندکان شما می توانند با ما تلفنی تماس بگیرند و سپس گزارش را برای ما پست یا فکس کنند.

در یک نگاه: چگونه برای یک دارو یا پرداخت درخواست تصمیم گیری کنم

با ما از طریق تلفن، نامه یا فکس تماس بگیرید، یا از نماینده، پزشک یا دیگر مجوزین دارو بخواهید که با ما تماس بگیرند. تصمیم گیری در مورد پوشش معمول را ظرف 72 ساعت به شما اعلام خواهیم کرد. برای درخواست شما جهت بازپرداخت برای داروهای بخش D که قبلا خریداری کرده اید ظرف 14 روز تقویمی پاسخگو خواهیم بود.

- اگر درخواست استثناء می کنید، توصیه نامه پزشک یا دیگر تجویزکنندگان را نیز بفرستید.
- پزشک یا دیگر تجویزکنندگان می توانند درخواست تصمیم گیری سریع کنند. (تصمیم گیری سریع معمولا ظرف 24 ساعت انجام می شود.)
- این فصل را مطالعه کنید تا مطمئن شوید که برای تصمیم سریع واجد شرایط هستید! برای کسب اطلاعات مربوط به مهلت زمانی تصمیم گیری ها نیز این بخش را مطالعه کنید.

اگر سلامت شما ایجاب کند، می توانید از ما درخواست "تصمیم گیری سریع پوشش" کنید

ما از "مهلت مقرر معمول" پیروی می کنیم مگر اینکه با شما برای "مهلت مقرر سریع" توافق کرده باشیم.

- **تصمیم پوشش معمول** بدین معنی می باشد که ظرف 72 ساعت بعد از اینکه گزارش پزشک شما را دریافت کردیم به شما پاسخ خواهیم داد.
- **تصمیم پوشش سریع** یعنی ظرف 24 ساعت از زمان دریافت گزارش پزشک شما به آن پاسخ می دهیم.

عبارت قانونی برای "تصمیم پوشش سریع" **"تصمیم پوشش تسریع شده"** است.

شما تنها در صورتی تصمیم پوشش سریع را دریافت خواهید کرد که درخواست شما برای داروئی باشد که هنوز دریافت نکرده اید. (شما نمی توانید یک تصمیم پوشش سریع را در صورتی دریافت کنید که از ما برای بازپرداخت هزینه داروئی درخواست می کنید که قبلاً خریداری کرده اید.)

تنها در صورتی می توانید تصمیم پوشش سریع دریافت کنید که استفاده از مهلت های متعارف بتواند ضرر جدی به سلامتی شما وارد کرده یا به توانایی عملکرد شما آسیب وارد کند.

اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگری به ما اعلام کند که سلامت شما در گرو "تصمیم گیری سریعتر" است، ما بطور خودکار برای شما تصمیم گیری سریع خواهیم کرد و نامه ارسالی به شما این مطلب را تأیید می کند.

- اگر شخصاً برای تصمیم پوشش سریع درخواست کنید (بدون حمایت پزشک شما یا تجویز کننده دیگر)، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا یک تصمیم پوشش سریع را دریافت می کنید.
- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت پزشکی شما شرایط تصمیم پوشش سریع را برآورده نمی کند، از مهلت های معمول استفاده خواهیم کرد.
  - نامه ای را برای آگاهی شما ارسال خواهیم کرد. نامه مذکور برای چگونگی شکایت درباره تصمیم ما مبنی بر بررسی درخواست شما در زمان معمول به شما توضیحات لازم را خواهد داد.
  - می توانید "شکایتی سریع" ارسال کنید و ظرف 24 ساعت پاسخ خود را دریافت کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تسلیم شکایات که شامل شکایات سریع می شود، به بخش 10 در صفحه 173 مراجعه کنید.).

مهلت مقرربرای "تصمیم پوشش سریع"

- اگر از مهلت مقرر سریع تبعیت کنیم، باید ظرف 24 ساعت به شما پاسخگو باشیم. این یعنی 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما. یا اگر درخواست استثناء کرده اید، 24 ساعت پس از دریافت توصیه نامه پزشک یا دیگر تجویزکنندگان برای حمایت از درخواست شما. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریعتر باشد، نتیجه سریعتر به شما اعلام می گردد.
- اگر نتوانیم به این مهلت مقرر برسیم، درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، نهاد مستقل بررسی تصمیم ما را بررسی می کند.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه شما خواسته اید مثبت** باشد، باید طی 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا توصیه نامه پزشک یا تجویزکننده به درخواست شما پاسخ دهیم.
- **اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی** باشد، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ **منفی** و نحوه درخواست تجدید نظر در مورد تصمیم ما را برای شما توضیح می دهد.

مهلت مقرر "تصمیم پوشش معمول" برای داروهائی که هنوز دریافت نکرده اید

- اگر از مهلت های معمول استفاده می کنیم، باید ظرف 72 ساعت بعد از وصول درخواست به شما پاسخ دهیم. یا اگر برای استثناء درخواست می کنید، بعد از اینکه توصیه نامه را از پزشک یا تجویز کننده شما دریافت کردیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریعتر باشد، نتیجه سریعتر به شما اعلام می گردد.

- اگر نتوانیم به این مهلت مقرر برسیم، درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، نهاد مستقل بررسی تصمیم ما را بررسی می کند.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه شما خواسته اید مثبت** باشد، باید طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا توصیه نامه پزشک یا تجویزکننده به درخواست شما پاسخ دهیم.
- **اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی** باشد، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ **منفی** و نحوه درخواست تجدید نظر در مورد تصمیم ما را برای شما توضیح می دهد.

مهلت های درخواست برای "تصمیم پوشش استاندارد" در مورد پرداخت هزینه داروئی که قبلاً خریداری کرده اید

- ما باید تا 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان، نتیجه را به شما اعلام کنیم.
- اگر نتوانیم به این مهلت مقرر برسیم، درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، نهاد مستقل بررسی تصمیم ما را بررسی می کند.
- **اگر پاسخ ما برای بخشی از درخواستتان یا همه آن مثبت** باشد، ظرف 14 روز تقویمی هزینه را به شما پرداخت خواهیم کرد.
- **اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی** باشد، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ **پاسخ** و نحوه درخواست تجدید نظر در مورد تصمیم ما را برای شما توضیح می دهد.

بخش 6.5: تجدید نظر مرحله 1 برای داروهای بخش D

- برای شروع تجدید نظر باید شما، پزشک، یا ارائه کننده دیگر یا نماینده تان با ما تماس بگیرد.
- اگر برای تجدید نظر معمول درخواست می دهید، می توانید درخواست خود را بصورت کتبی بفرستید. همچنین می توانید برای درخواست تجدید نظر با ما از طریق شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید.
- اگر می خواهید تجدید نظر سریع درخواست کنید، می توانید بصورت کتبی یا تلفنی با ما تماس بگیرید.
- درخواست تجدید نظر خود را **ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ** اعلامیه ای که در مورد تصمیم برای شما ارسال کردیم بدهید. اگر به دلیل قانع کننده ای مهلت تعیین شده را از دست دادید، باز هم می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای مثال، نمونه هائی از دلایل قانع کننده عبارت است از: دچار بیماری شدید بوده اید، یا اینکه ما اطلاعات غلط درباره مهلت درخواست تجدید نظر به شما داده باشیم.
- درخواست یک نسخه از اطلاعات مربوط به تجدید نظر، از حقوق قانونی شما است. با بخش خدمات اعضاء با شماره **1-855-705-8823**تماس گرفته و یک نسخه درخواست کنید.

اگر مایلید، پزشک یا دیگر تجویزکنندگان یا خودتان می توانید برای پشتیبانی از تجدید نظر اطلاعات بیشتری برای ما ارسال نمائید.

در یک نگاه: چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 1 ارسال کنم

شما، پزشک یا تجویز کننده شما یا نماینده شما می توانید درخواست خود را به طور کتبی نوشته و برای ما ارسال یا فکس کنید. می توانید تلفنی درخواست تجدید نظر کنید.

- **ظرف مدت 60 روز تقویمی** از تاریخ تصمیم گیری تجدید نظر خود را ارسال کنید. اگر به دلیل قانع کننده ای مهلت تعیین شده را از دست دادید، باز هم می توانید درخواست تجدید نظر کنید.
- شما، پزشک معالج شما، تجویزکننده دارو و یا نماینده شما می تواند به ما تلفن و درخواست تجدید نظر سریع کند.
- این فصل را مطالعه کنید تا مطمئن شوید که برای تصمیم سریع واجد شرایط هستید! برای کسب اطلاعات مربوط به مهلت زمانی تصمیم گیری ها نیز این بخش را مطالعه کنید.

عبارت قانونی برای تجدید نظر به برنامه درمانی در مورد تصمیم پوشش داروی بخش D **"تشخیص مجدد"** برنامه درمانی است.

اگر سلامت شما در خطر است، درخواست "تجدید نظر سریع" کنید

- اگر درخواست تجدید نظر شما درباره داروئی است که هنوز دریافت نکرده اید، خود شما، پزشک یا هر تجویزکننده دیگر باید تصمیم بگیرید که آیا به "تجدید نظر سریع" نیاز هست یا خیر.
- شرایط لازم برای "تجدید نظر سریع" همانند "درخواست تصمیم گیری سریع" در بخش 6.4 در صفحه 154 است.

برنامه ما درخواست تجدید نظر شما را بررسی کرده تصمیم ما را به شما اعلام می کند

- ما به دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش را بررسی می کنیم. ما به این موضوع توجه می کنیم که آیا همه مقررات را در هنگام دادن پاسخ **منفی** به درخواست شما مراعات کرده ایم. ممکن است برای اطلاعات بیشتر با شما، پزشک یا دیگر تجویز کنندگان تماس بگیریم. شخصی که بررسی می کند با کسی که تصمیم ابتدائی را گرفته تفاوت دارد.

عبارت قانونی برای "تجدید نظر سریع "**تجدید نظر تسریع شده**" می باشد.

مهلت مقرر "تجدید نظر سریع"

- اگر با مهلت مقرر سریع موافقت کرده باشیم، ظرف مدت 72 ساعت از دریافت درخواست تجدید نظر، و حتی در صورت نیاز به سرعت بیشتر به دلیل سلامت شما، زودتر پاسخگو خواهیم بود.
- اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به مرحله 2 روال تجدید نظر ها خواهیم فرستاد. در مرحله 2، نهاد مستقل بررسی به درخواست تجدید نظر شما رسیدگی می کند.
- **اگر پاسخ ما به درخواست تجدید نظر شما برای بخشی از درخواستتان یا همه آن مثبت** باشد، ظرف 72 ساعت از دریافت تجدید نظر، ما باید پوشش شما را تأیید کنیم.
- **اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی** باشد، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ **منفی** را برای شما توضیح می دهد.

مهلت مقرر "تجدید نظر معمول"

- اگر مهلت مقرر معمول را مد نظر قرار داده باشیم، ظرف مدت 7 روز تقویمی از دریافت درخواست تجدید نظر، و حتی در صورت نیاز به سرعت بیشتر به دلیل سلامت شما، زودتر پاسخگو خواهیم بود. مگر اینکه شما از ما بخواهید که مبلغ دارویی که خریده را به شما بپردازیم. اگر شما از ما بخواهید که مبلغ دارویی که خریده اید را به شما بپردازیم، ما باید به شما ظرف مدت 14 روز تقویمی بعد از درخواست شما، به شما پاسخ دهیم. اگر سلامت شما در خطر است، درخواست "تجدید نظر سریع" کنید.
- اگر نتوانیم در 7 روز تقویمی تصمیم گیری کنیم، یا ظرف مدت 14 روز اگر از ما خواسته اید که مبلغ دارویی که خریده اید را به شما پرداخت کنیم، درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، نهاد مستقل بررسی به درخواست تجدید نظر شما رسیدگی می کند.
- **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد:**
  - اگر درخواست شما برای پوشش را تأیید کنیم باید هر چه سریعتر برای حفظ سلامت شما و نهایتا 7 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست تجدید نظر شما، یا ظرف مدت 14 روز اگر از ما خواسته اید که مبلغ دارویی که خریده اید را به شما پرداخت کنیم، پوشش مورد نیاز را فراهم کنیم.
  - اگر درخواست شما برای بازپرداخت هزینه داروئی را که قبلا خریداری کرده اید بپذیریم، ظرف 30 روز از زمان دریافت درخواست تجدید نظر شما، مبلغ مربوطه را پرداخت خواهیم کرد.
- **اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید منفی** باشد، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ منفی و نحوه درخواست تجدید نظر در مورد تصمیم ما را برای شما توضیح می دهد.

بخش 6.6: تجدید نظر مرحله 2 برای داروهای بخش D

اگر پاسخ ما به تمام یا بخشی از تجدید نظر شما **منفی** باشد، سپس می توانید تصمیم بگیرید که آیا این تصمیم را قبول کنید یا تجدید نظر دیگری را درخواست کنید. اگر تصمیم بگیرید که به تجدید نظر مرحله 2 بروید، نهاد بررسی مستقل (IRE) تصمیم ما را بررسی خواهد کرد.

- اگر می خواهید که IRE پرونده شما را بررسی کند، درخواست تجدید نظر شما باید به طور کتبی باشد. نامه ای که برای اعلام نتیجه تجدید نظر مرحله 1 برای شما می فرستیم، روند درخواست تجدید نظر مرحله 2 را شرح می دهد.
- هنگامیکه به IRE درخواست تجدید نظر می دهید، ما پرونده شما را برای آنها ارسال خواهیم کرد. شما حق دارید که با بخش خدمات اعضاء با شماره **1-855-705-8823** تماس گرفته و یک نسخه از پرونده خود را درخواست کنید.
- شما حق دارید اطلاعات دیگر را برای حمایت از تجدید نظر خود به IRE بدهید.
- IRE یک سازمان مستقل تحت استخدام مدیکر می باشد. این نهاد به این برنامه مرتبط نیست و یک سازمان دولتی نیز نمی باشد.
- بررسی کنندگان در IRE به همه اطلاعات مربوط به تجدید نظر شما با دقت توجه خواهند کرد. این سازمان برای شما نامه ای می فرستد و تصمیم خود را اعلام می کند.

در یک نگاه: چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 2 را ارائه کنم

اگر مایلید که نهاد مستقل بررسی به پرونده شما رسیدگی کند، درخواست شما باید بصورت کتبی باشد.

- **ظرف مدت 60 روز تقویمی** از تاریخ تصمیم گیری درخواست تجدید نظر خود را ارسال کنید. اگر به دلیل قانع کننده ای مهلت تعیین شده را از دست دادید، باز هم می توانید درخواست تجدید نظر کنید.
- شما، پزشک معالج شما، تجویزکننده دارو و یا نماینده شما می تواند درخواست تجدید نظر مرحله 2 را ارئه کنید.
- این فصل را مطالعه کنید تا مطمئن شوید که برای تصمیم سریع واجد شرایط هستید! برای کسب اطلاعات مربوط به مهلت زمانی تصمیم گیری ها نیز این بخش را مطالعه کنید.

عبارت قانونی برای درخواست تجدید نظراز IRE در مورد یک داروی بخش D "**تشخیص مجدد**" است.

مهلت مقرر "تجدید نظر سریع" در مرحله 2

- اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، از نهاد بررسی مستقل (IRE) برای "تجدید نظر سریع" درخواست کنید.
- اگر IRE با "تجدید نظر سریع" موافقت کند، باید پاسخی را ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما به تجدید نظر مرحله 2 شما بدهد.
- اگر IRE به بخش یا همه آنچه درخواست می کنید پاسخ **مثبت** بدهد، ما باید پوشش داروئی را ظرف 24 ساعت بعد از دریافت تصمیم تصویب کرده یا به شما بدهیم.

مهلت مقرر "تجدید نظر معمول" در مرحله 2

- اگر یک تجدید نظر معمول در مرحله 2 دارید، نهاد بررسی مستقل (IRE) باید ظرف 7 روز تقویمی بعد از دریافت تجدید نظر شما ، یا ظرف مدت 14 روز اگر از ما خواسته اید که مبلغ دارویی که خریده اید را به شما پرداخت کنیم، به تجدید نظر مرحله 2 شما پاسخ دهد.
- اگر IRE به بخش یا همه آنچه درخواست می کنید پاسخ مثبت بدهد، ما باید پوشش داروئی را ظرف 72 ساعت بعد از دریافت تصمیم تصویب کرده یا به شما بدهیم.
- اگر IRE درخواستی را برای بازپرداخت هزینه داروئی که قبلاً خریداری کرده اید تصویب کند، ما هزینه آنرا ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم ارسال خواهیم کرد.

در صورت عدم موافقت نهاد بررسی مستقل با درخواست تجدید نظر مرحله 2 چه باید کرد؟

پاسخ **منفی** یعنی نهاد بررسی مستقل (IRE) با تصمیم ما در مورد عدم تصویب درخواست شما موافقت می کند. به این تصمیم اصطلاح "تأیید تصمیم قبلی" اطلاق می شود. همچنین آنرا "رد درخواست تجدید نظر" می نامند.

اگر می خواهید به تجدید نظر مرحله 3 بروید، داروهائی که درخواست می کنید باید یک ارزش دلاری حداقل داشته باشند. اگر مبلغ دلاری کمتر از مقدار حداقل است، نمی توانید به تجدید نظر ادامه دهید. اگر مبلغ دلاری به اندازه کافی بالا بود، می توانید درخواست تجدید نظر مرحله 3 بکنید. نامه ای که از IRE دریافت می کنید مبلغ دلاری لازم برای ادامه روال تجدید نظر را به شما خواهد گفت.

بخش 7: درخواست پوشش دادن زمان بستری بیشتر در بیمارستان

وقتی در بیمارستان بستری می شوید، حق شماست که از همه خدمات بیمارستانی که تحت پوشش ماست و برای تشخیص و درمان بیماری یا جراحت شما لازم است، بهره مند شوید.

در زمان بستری شما در بیمارستان، پزشک و دیگر کارکنان بیمارستان شما را برای روزی آماده می کنند که قرار است از بیمارستان مرخص شوید. همچنین مراقبتهای مورد نیاز شما پس از ترخیص نیز برنامه ریزی می شود.

- روزی که از بیمارستان مرخص می شوید "تاریخ ترخیص" نام دارد.
- پزشک یا دیگر کارکنان به شما خواهند گفت که تاریخ ترخیص شما چه روزی است.

اگر معتقدید که زودتر از موعد ترخیص می شوید، می توانید برای تمدید زمان بستری در بیمارستان درخواست کنید. این بخش چگونگی چنین درخواستی را شرح می دهد.

بخش 7.1: آگاهی از حق و حقوق مدیکرخود

طی دو روز پس از بستری شدن در بیمارستان، یک کارشناس پرونده یا پرستار اعلامیه ای تحت عنوان پیامی مهم از مدیکر درباره حقوق تان به شما خواهد داد. اگر چنین نامه ای را دریافت نکردید، می توانید از هر یک از کارکنان بیمارستان آنرا درخواست کنید. در صورت نیاز به کمک لطفاً با بخش خدمات مشتریان با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته نیز می توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

فصل 9: اگر مشکلی یا شکایتی دارید چکار کنید
(تصمیمات، درخواست تجدید نظر و شکایات مربوط به پوشش)

این اعلامیه را به دقت بخوانید و اگر هر قسمت آن را متوجه نمی شوید سؤال کنید. این پیام مهم اطلاعاتی در مورد حقوق شما به عنوان بیمار بستری را بیمارستان به شما ارائه می کند، از جمله حقوق شما برای:

- دریافت خدمات تحت پوشش مدیکر در طول اقامت در بیمارستان و بعد از آن. این حق شما است که بدانید این خدمات چه هستند، چه کسی هزینه آن را می پردازد، و چگونه می توان به این خدمات دسترسی یافت.
- مشارکت در هرگونه تصمیماتی که در مورد طول مدت اقامت بیمارستانی شما گرفته میشود.
- آگاهی از اینکه هرگونه مشکلات که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.
- درخواست تجدید نظر اگر فکر می کنید که خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده اید.

باید نامه دریافت شده از مدیکر را امضاء کنید تا تأیید کند که آنرا دریافت کرده اید و آنچه درباره حقوق شما نوشته شده را متوجه شده اید. امضاء این اعلامیه بدین معنی نیست که شما با تاریخ ترخیصی که پزشک شما یا پرسنل بیمارستان احتمالاً به شما گفته اند موافق هستید.

نسخه امضاء شده را برای خود نگه دارید تا اطلاعات مربوطه را در صورت لزوم داشته باشید.

- برای مشاهده یک نسخه از این اعلامیه از قبل، با بخش خدمات مشتریان با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته نیز می توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.
- شمامی توانید این اعلامیه را به صورت آنلاین در https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html نیز مشاهده کنید.
- در صورت نیاز به کمک با بخش خدمات اعضاء یا مدیکر در شماره های فوق تماس بگیرید.

بخش 7.2: تجدید نظر مرحله 1 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

اگر می خواهید خدمات بستری بیمارستانی شما را برای مدت بیشتری پوشش دهیم، باید درخواست تجدید نظر کنید. سازمان بهبود کیفیت تجدید نظر مرحله 1 را بررسی می کند که مشخص کند آیا تاریخ احتمالی ترخیص شما از لحاظ پزشکی متناسب است. سازمان بهبود کیفیت در کالیفرنیا Livanta می باشد.

برای درخواست تجدید نظر برای تغییر تاریخ ترخیص خود با Livanta به شماره 1-877-588-1123 (یا 1-855-887-6668 برای کاربران TTY) تماس بگیرید.

فورا تماس بگیرید!

از ترک بیمارستان و تا قبل از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید. پیامی مهم از سوی Medicare در مورد حقوق شما حاوی اطلاعاتی در مورد نحوه دسترسی به سازمان بهبود کیفیت است.

در یک نگاه: چگونه میتوانید برای تغییر تاریخ ترخیص درخواست تجدید نظر مرحله 1 بدهید

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره 1-877-588-1123 تماس گرفته و برای "بررسی سریع" درخواست کنید.

پیش از ترک بیمارستان و پیش از تاریخ پیش بینی شده ترخیصتان به ما تلفن کنید.

- اگر قبل از ترک کردن تماس بگیرید، در طول مدتی که برای دریافت تصمیم در مورد تجدید نظر خود از سازمان بهبود کیفیت منتظر می شوید، به شما اجازه داده می شود که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده بدون اینکه برای آن هزینه ای پرداخت کنید، در بیمارستان باقی بمانید.
- اگر برای درخواست تجدید نظر تماس نگیرید و تصمیم بگیرید که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده در بیمارستان اقامت کنید، ممکن است لازم باشد همه هزینه های مراقبت بیمارستانی را بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده پرداخت کنید.
- اگر مهلت برای تماس با سازمان بهبود کیفیت در مورد تجدید نظر شما سپری شود، می توانید مستقیماً از برنامه خود درخواست تجدید نظر کنید. برای جزئیات بیشتر، به بخش 7.4 صفحه 164 مراجعه نمائید.

تلاش ما این است که شما بدانید چه اقدامی باید بکنید و چه مهلت مقرری وجود دارد.

- **اگر به به کمک نیاز دارید برای آن درخواست کنید.** اگر پرسشی داشتید یا نیاز به کمک دارید با بخش خدمات مشتریان با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. همچنین می توانید با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه بهداشتی (HICAP) با شماره 1-800-424-0222 تماس گرفته یا با برنامه بازرس Cal MediConnect با شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

سازمان بهبود کیفیت چیست؟

این سازمان متشکل از گروهی از پزشکان و دیگر متخصصین رشته های پزشکی است که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می کنند. این کارشناسان جزئی از برنامه ما نیستند. آنها توسط مدیکر استخدام شده اند تا کیفیت خدمات ارائه شده به افراد تحت پوشش مدیکر را کنترل کرده و بهبود دهند.

درخواست "بررسی سریع"

شما باید از سازمان بهبود کیفیت برای "**بررسی سریع**" قبل از. ترخیص خود درخواست کنید. درخواست برای "بررسی سریع" بدین معنی است که شما از سازمان می خواهید که از مهلت های سریع به جای استفاده از مهلت های استاندارد استفاده کند.

عبارت قانونی برای "بررسی سریع" "**بررسی فوری**" می باشد.

در طول بررسی سریع چه اتفاقی می افتد؟

- بررسی کنندگان سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده تان می پرسند که چرا فکر می کنید که پوشش شما باید پس از تاریخ ترخیص پیش بینی شده ادامه پیدا کند. لزومی ندارد که پاسخی بصورت کتبی آماده کنید ولی اگر تمایل دارید مانعی برای آن وجود ندارد.
- بررسی کنندگان به پرونده پزشکی شما مراجعه کرده با پزشکتان تماس می گیرند و همه اطلاعات مربوط به بستری شما را بررسی می کنند.
- تا ظهر روز بعد از دریافت نتیجه از بررسی کنندگان، نامه ای دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص پیش بینی شده شما را اعلام خواهد کرد. در این نامه برای شما توضیح داده خواهد شد که چرا پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می کنیم که تاریخ مذکور برای ترخیص شما مناسب است.

عبارت قانونی برای این توضیح کتبی "**اعلامیه مشروح ترخیص**" می باشد. شما می توانید توسط تماس با بخش خدمات اعضاء به شماره **1-855-705-8823** برای یک نمونه درخواست کنید. همچنین می توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با(1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TDD/ TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا می توانید اعلامیه نمونه را به صورت آنلاین در https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html مشاهده کنید

اگر پاسخ مثبت باشد چطور؟

- اگر سازمان بهبود کیفیت به تجدید نظر شما پاسخ **مثبت** بدهد، ما باید خدمات بیمارستانی شما را تا زمانیکه ضرورت پزشکی داشته باشند پوشش دهیم.

اگر پاسخ منفی باشد چطور؟

- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدید نظر شما پاسخ **منفی** بدهد، یعنی اینکه تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب می باشد. اگر چنین اتفاقی بیافتد، ما پوشش دادن خدمات بستری در بیمارستان شما را از ظهر آن روز پس از آن که سازمان بهبود کیفیت تصمیم خود را اعلام کند متوقف خواهیم کرد.
- اگر سازمان بهبود کیفیت پاسخ **منفی** بدهد و شما تصمیم بگیرید در بیمارستان بمانید، آنگاه باید هزینه ادامه ماندن خود در بیمارستان را پرداخت کنید. هزینه مراقبت بیمارستانی که شاید ملزم به پرداخت آن شوید از ظهر روز بعد از ارائه پاسخ سازمان بهبود کیفیت به شما شروع می شود
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدید نظر شما را رد کند و شما بعد از تاریخ ترخیص پیش بینی شده تان در بیمارستان بمانید، می توانید تجدید نظر مرحله 2 را طبق توضیحات داده شده در بخش بعد درخواست کنید.

بخش 7.3: تجدید نظر مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدید نظر شما را رد کند و شما بعد از تاریخ ترخیص پیش بینی شده تان در بیمارستان بمانید، می توانید تجدید نظر مرحله 2 را درخواست کنید. باید با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و درخواست بررسی مجدد کنید.

ظرف **60 روز تقویمی** بعد از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت پاسخ **منفی** به تجدید نظر مرحله 1 شما داده است برای بررسی مرحله 2 درخواست کنید. فقط در صورتی می توانید درخواست بررسی کنید که بعد از تاریخ پایان پوشش در بیمارستان مانده باشید.

سازمان بهبود کیفیت در کالیفرنیا Livanta می باشد. می توانید با Livanta توسط شماره زیرتماس بگیرید: 1-877-588-1123 (یا برای کاربران 1-855-887-6668 TTY).

در یک نگاه: چگونه برای تغییر تاریخ ترخیص درخواست تجدید نظر مرحله 2 داد

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره 1-877-588-1123 تماس گرفته و برای یک "بررسی دیگر" درخواست کنید.

- بررسی کنندگان درسازمان بهبود کیفیت بار دیگر بدقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدید نظر شما را بررسی می کنند.
- تا 14 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست بررسی دوم، بررسی کنندگان سازمان بهبود کیفیت، نظر خود را اعلام خواهند کرد.

اگر پاسخ مثبت باشد چه اتفاقی می افتد؟

- ما باید سهم خود از هزینه های مراقبت بیمارستانی که از ظهر روز بعد از تاریخ تصمیم تجدید نظر اول دریافت کردید را پرداخت کنیم. ما ملزم خواهیم بود که کماکان تا زمانی که لازم است در بیمارستان بستری باشید، شما را پوشش دهیم.
- شما باید کماکان سهم خود را بپردازید و محدودیت هائی برای پوشش شما وجود دارد.

اگر پاسخ منفی باشد چه اتفاقی می افتد؟

این پاسخ به این معنی است که سازمان بررسی کیفیت با تصمیم مرحله 1 موافق است و آنرا تغییر نمی دهد. این نامه به شما خواهد گفت که اگر تمایل به درخواست تجدید نظر دارید چه اقدامی می توانید بکنید.

اگر سازمان بررسی کیفیت تجدید نظر مرحله 2 شما را رد کند، شما ملزم خواهید بود که تمام هزینه بستری خود پس از تاریخ ترخیص پیش بینی شده را پرداخت نمائید.

بخش 7.4: اگر پیش از زمان مهلت مقرر درخواست تجدید نظر نداده باشید، چه کاری می توانید بکنید؟

اگر پیش از زمان مهلت مقرر درخواست تجدید نظر ندهید، راه دیگری برای تجدید نظر مرحله 1 و 2 وجود دارد به نام تجدید نظر جایگزین. ولی دو مرحله نخستین این نوع تجدید نظر متفاوت است.

تجدید نظر مرحله 1 جایگزین برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

اگر پیش از زمان مهلت مقرر به سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدید نظر ندهید، می توانید به ما درخواست "بررسی سریع" ارسال کنید. بررسی سریع نوعی تجدید نظر است که از مهلت مقرر سریع تبعیت می کند نه از مهلت مقرر معمول.

- در زمان این بررسی همه اطلاعات زمان بستری شما را مورد بررسی قرار می دهیم. تا دریابیم آیا تصمیم اتخاذ شده درباره زمان ترخیص شما از بیمارستان منصفانه بوده است و از قوانین موجود تبعیت کرده است یا خیر.
- برای پاسخگویی به این بررسی، از مهلت مقرر سریع استفاده می کنیم نه از مهلت مقرر معمول. این بدان معنی است ما تصمیم خود را ظرف 72 ساعت بعد از درخواست شما برای "بررسی سریع" به شما ارائه خواهیم کرد.
- **اگر پاسخ ما به درخواست بررسی سریع شما مثبت باشد**، این بدان معنی خواهد بود که با شما برای اقامت طولانی تر در بیمارستان بعد از ترخیص موافق هستیم. خدمات بیمارستانی شما را تا زمانی که از نظر پزشکی نیاز باشد پوشش خواهیم داد.

در یک نگاه: چگونه درخواست تجدید نظر جایگزین مرحله 1 ارسال کنم

با شماره خدمات اعضاء تماس گرفته و برای "بررسی سریع" تاریخ ترخیص بیمارستان خود درخواست کنید.

ظرف 72 ساعت به شما پاسخ خواهیم داد.

- همچنین بدین معنی است که ما موافقت می کنیم سهم هزینه های خود را برای مراقبتی که بعد از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می کند دریافت کرده اید بازپرداخت کنیم.
- **اگر به بررسی سریع شما پاسخ منفی بدهیم**, یعنی اینکه تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب می باشد. پوشش خدمات بیمارستانی شما در همان روزی که اعلام کرده بودیم پایان می یابد.
  - اگر بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده خود در بیمارستان باقی بمانید، **ممکن است لازم باشد که هزینه کامل** بیمارستانی که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده دریافت کرده اید را پرداخت کنید.
- برای اینکه مطمئن شویم همه مقررت را هنگام دادن پاسخ **منفی** به تجدید نظر سریع شما مراعات کردیم، تجدید نظر شما را برای "نهاد بررسی مستقل" ارسال خواهیم کرد. در این صورت پرونده شما بطور خودکار به تجدید نظر مرحله 2 فرستاده می شود.

عبارت قانونی برای "بررسی سریع" یا "تجدید نظر سریع"، "**تجدید نظر تسریع شده**" می باشد.

تجدید نظر جایگزین مرحله 2 ، برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

ما اطلاعات مربوط به تجدید نظر مرحله 2 شما را ظرف 24 ساعت از تاریخ اعلام تصمیم مرحله 1 ما برای نهاد بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. اگر معتقدید که ما این یا هر مهلت مقرری را رعایت نمی کنیم، می توانید در این مورد شکایت کنید. بخش 10 در صفحه 173 نحوه اقامه شکایت را توصیف می کند.

در طول تجدید نظر مرحله 2، IRE تصمیمی گرفته شده هنگام پاسخ **منفی** دادن به "بررسی سریع" شما را بررسی می کند. این سازمان تصمیم می گیرد که آیا ما باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا نه.

در یک نگاه: چگونه درخواست تجدید نظر جایگزین مرحله 2 ارسال کنم

لازم نیست که شما هیچ اقدامی بکنید. برنامه شما بطور خودکار درخواست تجدید نظر شما را به سازمان بررسی مستقل می فرستد.

- IRE یک "بررسی سریع" از تجدید نظر شما را انجام می دهد. بررسی کنندگان ظرف 72 ساعت به شما پاسخ خواهند داد.
- IRE یک سازمان مستقل تحت استخدام مدیکر می باشد. این نهاد به برنامه ما مرتبط نیست و یک سازمان دولتی نیز نمی باشد.
- بررسی کنندگان در IRE به همه اطلاعات مربوط به تجدید نظر ترخیص از بیمارستان شما با دقت توجه خواهند کرد.
- اگر IRE به تجدید نظر شما پاسخ **مثبت** بدهد، آنوقت ما باید سهم خود از هزینه های مراقبت بیمارستانی که از تاریخ ترخیص تعیین شده شما دریافت کرده اید را پرداخت کنیم. ما باید به پوشش دادن خدمات بیمارستانی شما نیز تا زمانیکه ضرورت پزشکی داشته باشد ادامه دهیم.
- گر IRE به تجدید نظر شما پاسخ **منفی** بدهد، بدین معنی است که با ما موافق هستند که تاریخ ترخیص تعیین شده توسط بیمارستان برای شما از لحاظ پزشکی مناسب بوده است.

- نامه ای که از IRE دریافت می کنید به شما خواهد گفت که اگر می خواهید به بررسی ادامه داده شود چکار کنید. این نامه برای شما توضیح خواهد داد که چگونه تجدید نظر مرحله 3 را که توسط قاضی انجام می شود، درخواست کنید.

بخش 8: اگر فکر می کنید که خدمات مراقبت های خانگی، مراقبت های پرستاری تخصصی، یا مراکز جامع مراکز توانبخشی (CORF) شما زودتر از زمان مناسب پایان می یابد، چه باید کرد

این بخش فقط برای انواع خدمات زیر می باشد:

- خدمات مراقبت های بهداشتی در منزل.
- مراقبت های پرستاری تخصصی در مراکز پرستاری تخصصی.
- مراقبت های توانبخشی که در مراکز توانبخشی سرپایی (CORF) مورد تأیید مدیکر دریافت می کنید. معمولا به این معنی است که برای بیماری یا تصادف درمان می شوید یا اینکه در دوره نقاهت بعد از عمل جراحی بزرگ هستید.
  - برای هر یک از این نوع خدمات شما از این حق برخوردار هستید که تا زمانی که پزشک مناسب بداند این خدمات تحت پوشش بیمه قرار بگیرند.
  - در صورت تصمیم به توقف در پوشش هر یک از این خدمات، ما باید پیش از توقف پوشش این خدمات به شما اطلاع دهیم. هنگامیکه پوشش شما برای مراقبت ها خاتمه پیدا کند، به پرداخت هزینه مراقبت شما خاتمه خواهیم داد.

اگر معتقدید که پوشش شما زودتر از موقع پایان می یابد، **می توانید برای تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید.** این بخش چگونگی چنین درخواستی را شرح می دهد.

بخش 8.1: اگر پوشش شما در حال اتمام باشد، ما از قبل به شما اطلاع خواهیم داد

قبل از اینکه به پرداخت هزینه مراقبت شما خاتمه دهیم، از حداقل دو روز قبل به شما اعلامیه خواهیم داد. به این اعلامیه عدم پوشش مدیکر گفته می شود.

- اطلاعیه کتبی که به شما داده می شود تاریخ اتمام پوشش شما را اعلام می کند.
- این اطلاعیه کتبی چگونگی روند تجدید نظر را نیز برای شما توضیح می دهد.

شما یا شخصی به نمایندگی شما باید اطلاعیه کتبی را امضاء کند تا دریافت آن قابل اثبات باشد. امضای اطلاعیه بدین معنی **نیست** که با برنامه موافقید که زمان متوقف کردن دریافت مراقبت ها فرا رسیده است.

هنگامیکه پوشش شما خاتمه پیدا کرد، ما پرداخت را متوقف خواهیم کرد.

بخش 8.2: تجدید نظر مرحله 1 برای ادامه مراقبت ها

اگر فکر می کنید که خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه می دهیم، می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. این بخش چگونگی این درخواست را شرح می دهد.

فصل 9: اگر مشکلی یا شکایتی دارید چکار کنید
(تصمیمات، درخواست تجدید نظر و شکایات مربوط به پوشش)

قبل از شروع تجدید نظر، با آنچه باید انجام دهید و مهلت های مربوطه آشنا شوید.

- **مهلت ها را فراموش نکنید.** مهلت مقرر مهم است. مطمئن شوید مهلت های مربوط به کارهائی که باید انجام دهید را درک کرده و آنها را مراعات می کنید. مهلت هائی نیز وجود دارند که برنامه ما باید مراعات کند. (اگر معتقدید که ما این یا هر مهلت مقرر دیگر را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. بخش 10 در صفحه 173 نحوه اقامه شکایت را توصیف می کند.)
- **در صورت نیاز به کمک درخواست کنید.** در هر زمان اگر سؤالاتی دارید یا به کمک نیاز دارید لطفاً با خدمات اعضاء از طریق شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. یا با برنامه امداد بیمه درمانی ایالتی (HICAP) خود با شماره **1-800-434-0222** یا **1-714-560-0424** تماس بگیرید.

در طول تجدید نظر مرحله 1، سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدید نظر شما را بررسی کرده و تصمیم خواهد گرفت که آیا تصمیمی که ما گرفتیم را تغییر بدهد یا خیر. سازمان بهبود کیفیت در کالیفرنیا Livanta می باشد. می توانید با Livanta با این شماره تماس بگیرید: 1-877-588-1123. اطلاعات مربوط به دادن درخواست تجدید نظر به سازمان بهبود کیفیت نیز در" اعلامیه عدم پوشش مدیکر" موجود می باشد. این همان اعلامیه ایست که موقع اعلام توقف پوشش مراقبت ها دریافت کردید.

در یک نگاه: چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 1 برای ادامه درمان ارسال کنم

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره 1-877-588-1123تماس گرفته و برای "بررسی سریع" درخواست کنید.

پیش از ترک سازمان یا مرکز درمانی و پیش از تاریخ پیش بینی شده ترخیصتان به ما تلفن کنید.

سازمان بهبود کیفیت چیست؟

این سازمان متشکل از گروهی از پزشکان و دیگر کارشناسان رشته های پزشکی است که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می کنند. این کارشناسان جزئی از برنامه ما نیستند. آنها توسط مدیکر استخدام شده اند تا کیفیت خدمات ارائه شده به اشخاص تحت پوشش مدیکر را کنترل کرده و بهبود دهند.

چه چیزی را باید درخواست کنید؟

درخواست "تجدید نظر سریع" کنید. این یک بررسی مستقل است که ببیند از لحاظ پزشکی برای ما جایز است که به پوشش خدمات شما خاتمه دهیم یا خیر.

مهلت تماس با این سازمان چقدر است؟

- شما نباید دیرتر از ظهر روز بعد از دریافت اطلاعیه کتبی ما مبنی بر توقف پوشش درمانی شما با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید.
- اگر به مهلت تماس با سازمان بهبود کیفیت برای ارسال درخواست تجدید نظر نرسید، می توانید درخواست خود را مستقیما به ما بفرستید. برای آگاهی از جزئیات این روش دیگردرخواست تجدید نظر به بخش 8.4 در صفحه 170 مراجعه کنید.

عبارت قانونی برای اعلامیه کتبی **"اعلامیه عدم پوشش مدیکر"** می باشد. برای دریافت یک نسخه نمونه، با خدمات اعضاء به شماره **1-855-705-8823** یا در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TDD/TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا می توانید یک نسخه را به صورت آنلاین در https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html مشاهده کنید

در زمان بررسی سازمان بهبود کیفیت چه کاری انجام می شود؟

- بررسی کنندگان سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده تان می پرسند که چرا فکر می کنید که پوشش شما باید پس از تاریخ ترخیص پیش بینی شده شما ادامه پیدا کند. لزومی ندارد که پاسخی بصورت کتبی آماده کنید ولی اگر تمایل دارید مانعی وجود ندارد.
- هنگامیکه برای تجدید نظر درخواست می کنید، برنامه باید نامه ای به شما و سازمان بهبود کیفیت بنویسد که توضیح می دهد به چه دلیل خدمات شما باید خاتمه پیدا کنند.
- بررسی کنندگان همچنین پرونده پزشکی شما را مطالعه کرده با پزشکتان تماس می گیرند و اطلاعات ارسال شده از سوی برنامه ما را نیز بررسی می کنند.
- **ظرف یک روز از زمانی که بررسی کنندگان همه اطلاعات مورد نیاز خود را جمع آوری کنند، تصمیم خود را اعلام می کنند.** شمانامه ای دریافت خواهید کرد که در آن تصمیم اتخاذ شده برایتان توضیح داده می شود.

عبارت قانونی برای نامه ای که دلیل خاتمه خدمات شما را توضیح می دهد **"توضیح مشروح عدم پوشش" می باشد.**

اگر پاسخ بررسی کنندگان مثبت باشد چه اتفاقی می افتد؟

- اگر بررسی کنندگان به تجدید نظر پاسخ **مثبت** بدهند، ما ملزم هستیم تا زمانی که از نظر پزشکی لازم است خدمات تحت پوشش شما را تقبل کنیم.

اگر پاسخ بررسی کنندگان منفی باشد چه اتفاقی می افتد؟

- اگر پاسخ ارائه کنندگان به تجدید نظر شما **منفی** باشد، آنوقت پوشش شما درتاریخی که به شما گفتیم خاتمه پیدا خواهد کرد. ما پرداخت سهمیه خود از هزینه های خدمات شما را متوقف خواهیم کرد.
- اگر تصمیم بگیرید که دریافت خدمات مراقبتی در منزل، مراکز پرستاری حرفه ای، یا مراکز توانبخش سرپایی جامع (CORF) را پس از تاریخ متوقف شدن پوشش خود ادامه بدهید، باید هزینه کامل آن را خودتان پرداخت کنید.

بخش 8.3: تجدید نظر مرحله 2 برای ادامه مراقبت ها

اگر سازمان بهبود کیفیت به تجدید نظر شما پاسخ **منفی** داد **و** شما تصمیم بگیرید که به دریافت مراقبت بعد از خاتمه پوشش برای مراقبت ادامه دهید، می توانید یک تجدید نظر مرحله 2 را اقامه کنید.

در طول تجدید نظر مرحله 2، سازمان بهبود کیفیت نگاه دیگری به تصمیم گرفته شده در مرحله 1 خواهد داشت. اگر بگویند که با تصمیم مرحله 1 موافق هستند، شما باید هزینه کامل مراقبت بهداشتی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپائی (CORF) را بعد از تاریخی که به شما گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد، پرداخت کنید.

سازمان بهبود کیفیت در کالیفرنیا Livanta می باشد. می توانید با Livanta به این شماره تماس بگیرید: 1-877-588-1123. **ظرف 60 روز تقویمی** بعد از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت پاسخ منفی به تجدید نظر مرحله 1 شما داده است برای بررسی مرحله 2 درخواست کنید. فقط در صورتی می توانید درخواست بررسی کنید که بعد از تاریخ پایان پوشش در بیمارستان مانده باشید.

در یک نگاه: چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 2 برای تمدید طول درمان ارسال کنم

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره 1-877-588-1123 تماس گرفته و برای یک "بررسی دیگر" درخواست کنید.

پیش از ترک سازمان یا مرکز درمانی و پیش از تاریخ پیش بینی شده ترخیصتان به ما تلفن کنید.

- بررسی کنندگان سازمان بهبود کیفیت بار دیگر بدقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدید نظر شما را بررسی می کنند.
- سازمان بهبود کیفیت ظرف 14 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست شما تصمیم گیری می کند.

اگر پاسخ سازمان بررسی مثبت باشد چه اتفاقی می افتد؟

- ما باید سهم هزینه های خود را برای مراقبتی که از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می کند دریافت کرده اید را بازپرداخت کنیم. ما باید خدمات درمانی را تا زمانی که نیاز پزشکی وجود داشته باشد پوشش دهیم.

اگر پاسخ سازمان بررسی منفی باشد چه اتفاقی می افتد؟

- به این معنی است که با تصمیم مرحله 1 خود موافقند و آنرا تغییر نمی دهند.
- نامه ای دریافت خواهید کرد که به شما خواهد گفت در صورت تمایل به ادامه بررسی چه اقدامی می توانید بکنید. این نامه برای شما توضیح خواهد داد که چگونه تجدید نظر مرحله 3 را که توسط قاضی انجام می شود،درخواست کنید.

بخش 8.4: اگر پیش از زمان مهلت مقرر مرحله 1، درخواست تجدید نظر ندهید چه باید کرد؟

اگر پیش از زمان مهلت مقرر درخواست تجدید نظر ندهید، راه دیگری برای تجدید نظر مرحله 1 و 2 وجود دارد به نام تجدید نظر جایگزین. ولی دو مرحله نخستین این نوع تجدید نظر متفاوت است.

تجدید نظر مرحله 1 جایگزین برای ادامه خدمات

اگر پیش از زمان مهلت مقرر به سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدید نظر ندهید، می توانید به ما درخواست "بررسی سریع" ارسال کنید. بررسی سریع نوعی تجدید نظر است که از مهلت مقرر سریع تبعیت می کند نه از مهلت مقرر معمول.

- ما در طول این بررسی تمام اطلاعات مربوط به مراقبت های بهداشتی در خانه، مراقبت های مرکز پرستاری تخصصی یا مراقبت هائی که در یک مرکز خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) که دریافت می کنید را بررسی خواهیم کرد. بررسی می کنیم که آیا تصمیم گرفته شده درباره زمان اتمام پوشش شما منصفانه بوده است و از قوانین موجود تبعیت کرده است یا نه.
- برای پاسخگویی به این بررسی، از مهلت مقرر سریع استفاده می کنیم نه از مهلت مقرر معمول. ظرف 72 ساعت از زمان درخواست شما برای "بررسی سریع" تصمیم خود را به شما اعلام خواهیم کرد.
- **اگر پاسخ** برای بررسی سریع **مثبت** باشد، بدین معنی است که ما با ادامه پوشش خدمات شما تا زمانیکه ضرورت پزشکی داشته باشد موافقت می کنیم.
- همچنین بدین معنی است که ما موافقت می کنیم سهم هزینه های خود را برای مراقبتی که از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می کند دریافت کردید بازپرداخت کنیم.
- **اگر پاسخ** سازمان بررسی به درخواست تجدید نظر شما **منفی** باشد، بدین معنی است که توقف پوشش خدماتی که دریافت می کردید از لحاظ نیاز پزشکی صحیح بوده است. پوشش درمانی تان از روزی که به شما اعلام شود، قطع خواهد شد.

در یک نگاه: چگونه درخواست تجدید نظر جایگزین مرحله 1 ارسال کنم

با بخش خدمات اعضای ما تماس گرفته و برای "بررسی سریع" درخواست کنید.

ما تصمیم خود را ظرف 72 ساعت به شما خواهیم داد.

اگر پس از تاریخ اعلام شده اتمام پوششتان کماکان از خدمات استفاده کنید، **باید هزینه کامل این خدمات را شخصاً بپردازید.**

برای اینکه مطمئن شویم همه مقررت را هنگام پاسخ **منفی** دادن به تجدید نظر سریع شما مراعات کردیم، تجدید نظر شما را برای "نهاد بررسی مستقل" ارسال خواهیم کرد. در این صورت پرونده شما بطور خودکار به تجدید نظر مرحله 2 فرستاده می شود.

عبارت قانونی برای "بررسی سریع" یا "تجدید نظر سریع"، **"تجدید نظر تسریع شده"** می باشد.

تجدید نظر جایگزین مرحله 2 برای ادامه خدمات

ما اطلاعات مربوط به تجدید نظر مرحله 2 شما را ظرف 24 ساعت از تاریخ تصمیم مرحله 1 برای نهاد بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. اگر معتقدید که ما این مهلت یا هر مهلت مقرری را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. بخش 10 در صفحه 173 نحوه اقامه شکایت را توصیف می کند.

در طول تجدید نظر مرحله 2، IRE تصمیمی که در هنگام پاسخ منفی دادن به "بررسی سریع" شما گرفتیم را بررسی می کند. این سازمان تصمیم می گیرد که آیا ما باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا نه.

- IRE یک "بررسی سریع" از تجدید نظر شما انجام می دهد. بررسی کنندگان ظرف 72 ساعت به شما پاسخ خواهند داد.
- IRE یک سازمان مستقل تحت استخدام مدیکر می باشد. این نهاد به برنامه ما مرتبط نیست و یک سازمان دولتی نیز نمی باشد.
- بررسی کنندگان در IRE به همه اطلاعات مربوط به تجدید نظر شما با دقت توجه خواهند کرد.
- **اگر پاسخ IRE به تجدید نظر شما مثبت** باشد، آنوقت باید سهم خود از هزینه های مراقبت را به شما بازپرداخت کنیم. ما باید به پوشش دادن خدمات شما نیز تا زمانیکه ضرورت پزشکی داشته باشد ادامه دهیم.
- **اگر پاسخ IRE به تجدید نظر شما منفی** باشد، بدین معنی است که با ما موافق هستند که توقف پوشش خدمات از لحاظ پزشکی مناسب بوده است.

در یک نگاه: چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 2 برای تمدید طول درمان ارسال کنم

لازم نیست که شما هیچ اقدامی بکنید. برنامه شما بطور خودکار درخواست تجدید نظر شما را به سازمان بررسی مستقل می فرستد

نامه ای که از IRE دریافت می کنید به شما خواهد گفت که اگر می خواهید به بررسی ادامه داده شود چکار کنید. این نامه جزئیات مربوط به رفتن به مرحله 3 تجدید نظر را توضیح می دهد که توسط یک قاضی رسیدگی می شود.

بخش 9: درخواست تجدید نظر بعد از مرحله 2

بخش 9.1: گام های بعد برای دریافت خدمات و وسایل مدیکر

اگر پاسخ مراحل 1 و 2 درخواست تجدید نظر برای خدمات یا وسایل مدیکر هر دو منفی باشد، حق درخواست مراحل بیشتری از تجدید نظررا دارید. نامه ای که از نهاد مستقل بررسی دریافت خواهید کرد به شما خواهد گفت که اگر تمایل به ادامه روند بررسی دارید چه اقدامی می توانید انجام دهید.

مرحله 3 تجدید نظر توسط قاضی قوانین اداری (ALJ) انجام می شود. کسی که برای درخواست تجدید نظر مرحله 3 تصمیم می‌گیرد یا ALJ است یا وکیل دادگستری .اگر می خواهید ALJ پرونده شما را بررسی کند، اقلام یا خدمات

پزشکی که درخواست می کنید باید به میزان یک حداقل مبلغ دلاری باشد. اگر مبلغ نقدی مربوطه کمتر از مقدار حداقل باشد، نمی توانید درخواست تجدید نظر دهید. اگر مبلغ نقدی به اندازه کافی بالا باشد، می توانید از ALJ یا وکیل دادگستری تجدید نظر کنید.

اگر با نظر ALJ یا وکیل دادگستری موافق نیستید، می توانید به شورای تجدید نظر Medicare مراجعه کنید. پس از این مرحله، حق این را دارید که از یک دادگاه فدرال بخواهید تجدید نظر شما را بررسی کند.

اگر در هر یک از مراحل روال تجدید نظر به کمک نیاز دارید، می توانید با برنامه بازرس کل Cal MediConnect با شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

بخش 9.2: گام های بعد برای دریافت خدمات و وسایل مدیکل

اگر تجدید نظر شما در مورد خدمات یا اقلامی می باشد که تحت پوشش مدیکل هستند، حق درخواست تجدید نظرهای دیگری دارید.اگر با تصمیم بازرسی ایالتی موافق نیستید و می خواهید قاضی دیگری آنرا بررسی کند، می توانید برای رسیدگی مجدد درخواست کنید و/یا جویای بررسی توسط قاضی شوید.

برای درخواست رسیدگی مجدد یک درخواست (نامه) را به نشانی زیر ارسال کنید:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

این نامه باید ظرف 30 روز بعد از دریافت تصمیم شما ارسال شود. این مهلت در صورت وجود دلیل مناسب برای داشتن تأخیر تا 180 روز قابل تمدید است.

در درخواست خود برای رسیدگی مجدد، تاریخی که تصمیم خود را دریافت کردید و دلیل اینکه رسیدگی مجدد بایستی تصویب شود را ذکر کنید. اگر مایلید که شواهد بیشتری ارائه دهید، درباره این شواهد توضیح دهید و ذکر کنید که چرا در مراحل پیشین این شواهد ارائه نشده است و چگونه این شواهد می توانند تصمیم بررسی کنندگان را تغییر دهند. می توانید برای دریافت راهنمائی با خدمات حقوقی تماس بگیرید.

همچنین می توانید ظرف مدت یک سال از دریافت تصمیم، از یک دادگاه عالی درخواست بررسی حقوقی کنید (بر اساس آیین نامه دادرسی مدنی بخش 1094.5). دادخواست خود را در دادگاه عالی کانتی که پاسخ شما در آن گرفته شده، ثبت نمائید. می توانید این دادخواست را بدون درخواست رسیدگی حضوری ثبت نمائید. هزینه ای برای تشکیل پرونده نیاز نیست. اگر در نهایت دادگاه به نفع شما رای دهد، هزینه ها و دستمزد وکلای شما تا حد معقول به شما قابل پرداخت است.

اگر با تصمیم جلسه تجدید نظر موافق نباشید دیگر امکان تجدید نظر بعدی وجود ندارد ولی می توانید درخواست بررسی قضایی کنید.

بخش 10: چگونه می توان شکایت کرد

درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد؟

روال شکایت تنها برای انواع خاصی از مشکلات استفاده می شود، از قبیل مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار و خدمات مشتری. در اینجا مثالهائی در موردمشکلات خاصی که با روند شکایت پیگیری می شوند می بینید.

شکایت درباره کیفیت

- از کیفیت درمان خود راضی نیستید، مانند درمان شما در بیمارستان.

شکایت درباره رعایت حریم خصوصی

- شما معتقد هستید که شخصی حقوق حریم خصوصی شما را رعایت نکرده است، یا اطلاعات خصوصی شما را در اختیار دیگران گذاشته است.

شکایت درباره خدمات یا رفتار نامطلوب

- یکی از ارائه کنندگان خدمات سلامتی یا کارکنان به شما بی احترامی کرده است.
- کارکنان OneCare Connect با شما بدرفتاری کردند.
- احساس می کنید شما را از پوشش درمانی بیرون می رانند.

شکایات مربوط به در دسترس بودن

- به علت موانع فیزیکی نمی توانید به خدمات ومراکز درمانی در مطب پزشک یا ارائه کنندگان دیگر دسترسی پیدا کنید.
- ارائه کننده شما امکانات معقول مورد نیاز مانند مترجم زبان اشاره آمریکائی در اختیار شما قرار نمی دهد.

شکایت درباره مدت انتظار

- برای گرفتن نوبت دچار مشکل شده اید و یا باید برای نوبت مدت زمان بسیاری صبر کنید.
- پزشکان، داروسازان یا سایر متخصصین بهداشتی یا پرسنل خدمات اعضاء یا سایر پرسنل برنامه مدت طولانی شما را در انتظار نگاه داشته اند.

شکایت درباره پاکیزگی

- معتقدید که درمانگاه، مطب پزشک، یا بیمارستان به حد کافی پاکیزه نیست.

شکایت درباره مشکلات مربوط به زبان

- پزشک یا دیگر ارائه کنندگان در زمان معاینه شما از مترجم استفاده نکرده اند.

شکایت درباره مکاتبات با ما

- معتقدید که ما فراموش کرده ایم نامه یا یادآوری که باید برای شما می فرستادیم را ارسال کنیم.

در یک نگاه: چگونه می توان شکایت کرد

شما می توانید یک شکایت داخلی نزد برنامه ما و/ یا یک شکایت خارجی با سازمانی که به برنامه ما وابسته نیست بدهید.

برای برنامه شکایت داخلی با بخش خدمات اعضاء تماس گرفته یا برای ما نامه بفرستید.

سازمان های مختلفی وجود دارند که به شکایت های بیرونی رسیدگی می کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر بخش 10.2 در صفحه 175 را مطالعه کنید.

- معتقدید که اطلاعات کتبی که برای شما فرستاده ایم پیچیده و مشکل هستند.

شکایات مربوط به سر وقت بودن اقدامات ما در رابطه با تصمیمات یا تجدید نظر های پوششی

- عقیده دارید که اجازه می دهیم مهلت هایمان برای اتخاذ تصمیم پوشش یا پاسخگویی به تجدید نظر سپری شوند.
- معتقدید که پس از دریافت پاسخ مطلوب درباره میزان پوشش یا تجدید نظر، ما مهلت های تأیید و تحویل خدمات را رعایت نمی کنیم و یا به موقع هزینه های شما را بازپرداخت نمی کنیم.
- شما معتقدید که پرونده تان را به موقع به نهاد مستقل بررسی نفرستاده ایم.

عبارت قانونی قانونی برای "شکایت" **"نارضایتی"** است.
عبارت قانونی برای "اقامه شکایت" **"تسلیم نارضایتی"** است.

آیا شکایت ها انواع مختلفی دارند؟

بله. . شما می توانید یک شکایت داخلی و/یا شکایت خارجی بکنید. شکایت داخلی به برنامه ما داده می شود و توسط برنامه بررسی خواهد شد. شکایت خارجی به سازمانی تسلیم و توسط آنها بررسی می شود که ارتباطی با برنامه ما ندارند. اگر برای تسلیم شکایت خارجی و/یا داخلی نیاز به کمک داشتید، با برنامه بازرس Cal MediConnect از طریق شماره 1-855-501-3077 کمک بگیرید.

بخش 10.1: شکایت های داخلی

برای تسلیم یک شکایت داخلی با بخش خدمات اعضاء با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. می توانید هر زمان که مایل بودید شکایت کنید مگر اینکه درباره یک داروی بخش D باشد. برای شکایات مربوط به داروهای بخش D باید آنها را **ظرف 60 روز تقویمی** بعد از مشکلی که در مورد آن می خواهید شکایت کنید تسلیم نمائید.

- اگر کار دیگری وجود دارد که لازم است انجام دهید، خدمات اعضاء به شما خواهد گفت.
- همچنین می توانید شکایت خود را بصورت کتبی برای ما بفرستید. اگر شکایت خود را بصورت کتبی برای ما بفرستید، ما نیز بصورت کتبی به شما پاسخ خواهیم داد.
- شکایات مربوط به مدیکربخش D باید طی 60 روز پس از بروز مسئله ای مورد شکایت انجام شوند. انواع شکایات دیگر را می توانید در هر زمان تسلیم کنید.
- ما نامه ای طی 5 روز پس از دریافت شکایت شما برایتان ارسال خواهیم کرد تا دریافت آن را تأیید کنیم و بعد شما طی 30 روز بعد از دریافت شکایت توسط ما ، نتیجه شکایت را دریافت خواهید کرد.
- اگر شکایت شما به این دلیل است که ما درخواست شما را برای "تعیین سریع میزان پوشش" یا "تجدید نظر سریع" را رد کرده ایم، ما بطور خودکار برای شما "شکایت سریع" در نظر می گیریم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می دهیم. ا گر مشکلی اضطراری سبب بروز خطر فوری و جدی برای سلامتی شما گردد، می توانید درخواست "شکایت سریع" کنید و ما طی 72 ساعت به شما پاسخگو خواهیم بود.

عبارت قانونی برای "شکایت سریع" **"نارضایتی تسریع شده"** می باشد.

در صورت امکان، پاسخ شما را با سرعت خواهیم داد. اگر برای شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در زمان گفتگوی تلفنی به شما پاسخگو باشیم. اگر وضعیت سلامت شما طوری است که نیاز به پاسخ سریع داشته باشید، می توانیم به شما پاسخ سریع بدهیم.

- ما ظرف 30 روز تقویمی به اکثر شکایت ها پاسخ می دهیم. اگر بخاطر نیاز به اطلاعات بیشتر نتوانیم ظرف 30 روز تقویمی تصمیم گیری کنیم، کبتاً موضوع را به شما اعلام خواهیم کرد. ما همچنین گزارش پیشرفت و زمان تخمینی دریافت پاسخ را به شما اعلام خواهیم کرد.
- اگر شکایت شما به این دلیل است که ما درخواست شما برای "تعیین سریع میزان پوشش" یا "تجدید نظر سریع" را رد کرده ایم، ما بطور خودکار برای شما "شکایت سریع" در نظر می گیریم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می دهیم.
- اگر بدین دلیل شکایت می کنید که ما وقت زیادی برای اتخاذ تصمیم پوشش یا رسیدگی به تجدید نظر صرف کرده ایم، به طور خودکار "شکایت سریع" به شما می دهیم و شکایت شما را ظرف 24 ساعت پاسخ خواهیم داد.

اگر ما با بخشی یا کل شکایت شما **مخالف باشیم،** این مسئله را همراه با دلایل خود به شما اطلاع خواهیم داد. در پاسخ به شما اعلام می کنیم که با شکایت شما موافقیم یا نه.

بخش 10.2: شکایت های خارجی

می توانید با مدیکر شکایت خود را در میان بگذارید

همچنین می توانید شکایت خود را برای مدیکر ارسال کنید. فرم شکایت مدیکر را می توانید از این سایت دریافت نمائید: https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

مدیکر شکایات شما را جدی می گیرد و از این اطلاعات برای کمک در بهبود کیفیت برنامه مدیکر استفاده خواهد کرد.

اگر نظر یا نگرانی دارید یا اگر احساس می کنید که برنامه به مشکل شما توجه نمی کند، لطفاً با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

می توانید با مدیکل شکایت خود را در میان بگذارید

برنامه بازرس Cal MediConnect نیز به حل و فصل مشکلات از یک موضع بیطرف کمک می کند تا اطمینان حاصل شود اعضای ما همه خدمات تحت پوششی که لازم است ارائه کنیم را دریافت می کنند. برنامه بازرس Cal MediConnect با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا برنامه های درمانی ارتباطی ندارد.

شماره تلفن برنامه بازرس Cal MediConnect 1-855-501-3077, می باشد. این خدمات رایگان هستند.

می توانید شکایات را به دفتر حقوق مدنی تسلیم کنید

اگر تصور می کنید با شما عادلانه رفتار نشده است می توانید به دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) سازمان خدمات بهداشتی و انسانی (Department of Health and Human Services) شکایت کنید. بعنوان مثال می توانید درباره دسترسی های ویژه معلولین یا دسترسی به خدمات زبان شکایت کنید. شماره تلفن دفتر حقوق مدنی 1-800-368-1019 می باشد. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین می توانید برای کسب اطلاعات بیشتر به https://www.hhs.gov/ocr/index.html مراجعه نمایید.

برای تماس با دفتر محلی حقوق مدنی:

سازمان بهداشت و خدمات انسانی

1-800-368-1019 (TTY **1-800-537-7697**)

همچنین ممکن است تحت قانون معلولین آمریکا و سازمان حقوق مدنی کالیفرنیا نیز حقوقی داشته باشید.شما می توانید برای درخواست کمک با برنامه بازرس Cal MediConnect تماس بگیرید. شماره تلفن این برنامه 1-855-501-3077 می باشد.

می توانید نزد سازمان بهبود کیفیت شکایت کنید

هنگامیکه شکایت شما در مورد کیفیت مراقبت است نیز دو گزینه دارید:

- اگر ترجیح می دهید، می توانید شکایت خود در مورد کیفیت مراقبت را مستقیماً به سازمان بهبود کیفیت (بدون نیاز به تسلیم شکایت به ما) تسلیم کنید.
- یا می توانید شکایت خود را به ما و در عین حال به سازمان بهبود کیفیت تسلیم کنید. اگر به سازمان بهبود کیفیت شکایت کنید، نهایت کوشش خود را برای رضایت شما خواهیم کرد.

سازمان بهبود کیفیت گروهی از پزشکان و دیگر کارکنان رشته های پزشکی هستند که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می کنند و توسط مدیکر استخدام شده اند تا کیفیت خدمات ارائه شده به مردم تحت پوشش مدیکر را کنترل کرده و بهبود دهند. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بهبود کیفیت، به فصل 2 مراجعه کنید.

سازمان بهبود کیفیت در کالیفرنیا Livanta می باشد. 1-877-588-1123 شماره تلفن Livanta می باشد.

فصل 10 : خاتمه عضویت شما در برنامه Cal MediConnect

مقدمه

این فصل اطلاعاتی در مورد روش هائی را که می توانید به عضویت خود در برنامه Cal MediConnect خاتمه دهید و گزینه های پوشش بهداشتی شما بعد از ترک برنامه درمانی را توصیف می کند. اگر برنامه درمانی ما را ترک کنید هنوز برای مزایای مدیکر و مدیکل واجد شرایط خواهید بود. کلمات کلیدی و معانی آنها را در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا به ترتیب حروف الفبا مشاهده خواهید کرد.

فهرست

A. چه هنگامی میتوانید به عضویت خود در برنامه Cal MediConnect ما خاتمه دهید 178

B. چگونه میتوانید به عضویت خود در برنامه Cal MediConnect خاتمه دهید 179

C. چگونه میتوانید خدمات مدیکل و مدیکر را بطور جداگانه دریافت کنید. 179

C1. نحوه دریافت خدمات مدیکر 179

C2. نحوه دریافت خدمات مدیکل 182

D. تا زمانی که عضویت شما در برنامه OneCare Connect خاتمه پیدا نکرده، به دریافت خدمات و داروها از طریق برنامه درمانی ما ادامه خواهید داد 182

E. شرایط دیگری که طی آن عضویت شما خاتمه پیدا میکند 182

F. ما به هیچ دلیلی که مربوط به سلامتی شما باشد نمی توانیم از شما درخواست کنیم که برنامه Cal MediConnect را ترک کنید 184

G. در صورتیکه به عضویت شما در برنامه درمانی خود خاتمه دادیم شما حق دارید از ما شکایت کنید. 184

H. از کجا می توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید؟. 184

A. چه هنگامی میتوانید به عضویت خود در برنامه Cal MediConnect ما خاتمه دهید

شما میتوانید در هرزمانی که مایل باشید با عضویت در یک برنامهMedicare Advantage دیگر و یا تغییر به مدیکر اصلی به عضویت خود پایان دهید.

عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست تغییر برنامه تان را دریافت کنیم پایان میابد. به عنوان مثال: اگر ما درخواست شما را در روز 18 ژانویه دریافت کنیم، در روز 31 ژانویه پوشش شما توسط برنامه پایان خواهد یافت. پوشش جدید شما اولین روز ماه بعد شروع میشود (در این مثال روز اول فوریه).

هنگامی که عضویت خود در Cal MediConnect را پایان دهید، کماکان برای خدمات مدیکل خود عضو CalOptima خواهید بود. همچنین می توانید گزینه های عضویت خود در مدیکررا هنگامیکه عضویت خود را در برنامه Cal MediConnect ما خاتمه می دهید انتخاب کنید.

اگر برنامه ما را ترک کنید میتوانید اطلاعاتی در موارد زیر دریافت کنید:

- گزینه های مدیکر در جدول صفحه 180.
- خدمات مدیکل در صفحه 182.

به روش های زیر می توانید اطلاعات بیشتری را در مورد نحوه خاتمه دادن به عضویت خود دریافت کنید:

- تماس با خدمات مشتریان به شماره **1-855-705-8823**
- با برنامه کمکهای بیمه درمانی دولتی (SHIP), برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) با شماره 1-800-434-0222، روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح تا 5 بعد از ظهرتماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتریا پیدا کردن دفتر محلی HICAP به وبسایت http://www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.
- با برنامه بازرس Cal MediConnect با شماره 1-855-501-3077، روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 9 صبح تا 5 بعد از ظهرتماس بگیرید. کاربران TTY میتوانند با شماره 1-855-847-7914 تماس حاصل نمایند
- با Medicare از طریق شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE در طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس حاصل نمایند.

توجه کنید: اگر شما در یک برنامه مدیریت داروها عضو هستید ممکن است قادر به تغییر برنامه نباشید. لطفا برای اطلاعات بیشتر در مورد برنامه های مدیریت دارویی به فصل 5 مراجعه نمایید.

B. چگونه میتوانید به عضویت خود در برنامه Cal MediConnect خاتمه دهید

اگر تصمیم به خاتمه دادن عضویت خود در OneCare Connect گرفتید:

- با بخش خدمات مشتریان به شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید؛ یا
- با مدیکر از طریق شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، در طی 24 ساعت شبانه روز و7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY (اشخاصی که ناشنوا بوده یا معلولیت گویائی دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. هنگامیکه با 1-800-MEDICARE تماس می گیرید، می توانید همچنین در برنامه درمانی یا داروئی مدیکر دیگری عضو شوید. اطلاعات بیشتر در مورد دریافت خدمات مدیکرهنگامیکه برنامه درمانی ما را ترک می کنید در جدول صفحه 180 موجود است.

C. چگونه میتوانید خدمات مدیکل و مدیکر را بطور جداگانه دریافت کنید

اگر از OneCare Connect خارج شوید و عضو برنامه Medicare Advantage نشوید، می توانید به دریافت جداگانه خدمات مدیکر ومدیکل بازگردید.

C1. نحوه دریافت خدمات مدیکر

شما گزینه ای در مورد نحوه دریافت مزایای مدیکر خود خواهید داشت. شما سه گزینه برای دریافت خدمات مدیکر خود دارید. با انتخاب یکی از این گزینه ها، شما به طور خودکار عضویت خود را در برنامه Cal MediConnect خاتمه خواهید داد:

1. می توانید به این ترتیب تغییر دهید: **به یک برنامه خدمات بهداشتی و درمانی مدیکر، مانند برنامه Medicare Advantage یا برنامه های جامع ویژه سالخوردگان (PACE) اگر واجد شرایط باشید**	**طرز عمل:** به منظور ثبت نام در برنامه درمانی (Medicare-only) میتوانید در طول 24 ساعت شبانه روز و7 روز هفته با مدیکر به شماره 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای اطلاعات مربوط به PACE با شماره 1-855-921-PACE (1-855-921-7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • در روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح تا 5 بعد از ظهر،با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود به سایت زیر مراجعه کنید http://www.aging.ca.gov/HICAP/. هنگامیکه پوشش برنامه درمانی جدید شما شروع شود به طور خودکاراز عضویت OneCare Connect خارج خواهید شد.

2. می توانید به این ترتیب تغییر دهید: **مدیکر اصلی با یک برنامه مجزای داروهای نسخه ای مدیکر**	**طرز عمل:** میتوانید درطول 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با مدیکر به شماره1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-877-486-2048تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • در روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح تا 5 بعد از ظهر،با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) به شماره1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود به سایت زیر مراجعه کنید http://www.aging.ca.gov/HICAP/. هنگامیکه پوشش مدیکر اصلی شما شروع شود به طور خودکاراز عضویت OneCare Connect خارج خواهید شد.
3. می توانید به این ترتیب تغییر دهید: **مدیکراصلی بدون برنامه مجزای داروهای نسخه ای مدیکر** **تذکر:** اگر به مدیکراصلی تغییر دهید و دریک برنامه مجزای داروهای نسخه ای عضو نشوید، ممکن است مدیکر شما را در یک برنامه داروئی عضو کند، مگر اینکه شما به مدیکراطلاع دهید که نمی خواهیدعضو شوید. تنها زمانی باید پوشش داروهای نسخه ای را حذف کنید که پوشش داروئی را از منبع دیگری مانند کارفرما یا اتحادیه کارگری دریافت کنید. اگر در مورد نیاز به پوشش داروئی سؤالاتی دارید، با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 در روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود به سایت زیرمراجعه کنید http://www.aging.ca.gov/HICAP/.	**طرز عمل:** در طول 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با مدیکر به شماره1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-877-486-2048تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • در روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح تا 5 بعد از ظهر،با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود به سایت زیر مراجعه کنید http://www.aging.ca.gov/HICAP/. هنگامیکه پوشش مدیکر اصلی شما شروع شود به طور خودکاراز عضویت OneCare Connect خارج خواهید شد.

لطفاً در صورت داشتن هرگونه سؤال، درطی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره **1-855-705-8823**با OneCare Connect تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1-800-735-2929تماس حاصل نمایند. این تماس رایگان می باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر به** وب سایت **www.caloptima.org/onecareconnect** مراجعه نمائید.

C2. نحوه دریافت خدمات مدیکل

اگر برنامه OneCare Connect ما را ترک کنید، به دریافت خدمات مدیکل خود از طریق CalOptima ادامه خواهید داد.

خدمات مدیکل شما بیشتر خدمات و حمایت های طولانی مدت و مراقبتهای سلامت رفتاری را شامل می شود.

هنگامیکه به عضویت خود در برنامه Cal MediConnect خاتمه می دهید، یک کارت عضویت جدید، یک کتابچه راهنمای اعضای جدید و یک فهرست داروخانه های جدید برای پوشش مدیکل خود را دریافت خواهید کرد.

D. تا زمانی که عضویت شما در برنامه OneCare Connect خاتمه پیدا نکرده، به دریافت خدمات و داروها از طریق برنامه درمانی ما ادامه خواهید داد

اگر OneCare Connect را ترک کنید، ممکن است قدری طول بکشد تا عضویت شما خاتمه پیدا کرده و پوشش مدیکر و مدیکل جدید شما شروع شود. در طول این مدت، به دریافت مراقبت درمانی و داروهای خود از برنامه درمانی ما ادامه خواهید داد.

- **برای پیچیدن نسخه های خود باید از داروخانه های شبکه ما استفاده کنید.** معمولاً داروهای نسخه ای شما فقط در صورتی پوشش داده می شوند که آنها را از یکی از داروخانه عضو شبکه تهیه کرده باشید.
- **اگر در روزی که عضویت شما خاتمه پیدا می کند در بیمارستان بستری شوید، اقامت شما در بیمارستان معمولاً تا زمانیکه ترخیص شوید تحت پوشش Cal MediConnect خواهد بود.** این موضوع حتی زمانیکه پوشش درمانی شما قبل از ترخیص شدن شروع می شود صادق خواهد بود.

E. شرایط دیگری که طی آن عضویت شما خاتمه پیدا میکند

در این شرایط خاص OneCare Connect باید عضویت شما در برنامه درمانی را خاتمه دهد:

- اگر وقفه ای در پوشش مدیکر بخش A و بخش B شما وجود دارد.
- اگر دیگر واجد شرایط دریافت مدیکل نباشید. برنامه درمانی ما برای اشخاصی می باشد که واجد شرایط مدیکر و مدیکل هستند. اگر به تشخیص ایالت کالیفرنیا صلاحیت خود برای دریافت مدیکل را از دست بدهید، برنامه OneCare Connect به پوشش خدمات درمانی و داروهای شما برای 2 ماه بعد از از دست دادن شرایط مدیکل ادامه خواهد داد. اگر تا دو ماه واجد صلاحیت نشوید ما موظف هستیم که به عضویت شما خاتمه دهیم.
- اگر از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید
- اگر از منطقه خدماتی ما برای بیش از شش ماه دور هستید.

- اگر نقل مکان کنید یا به مسافرت طولانی بروید، لازم است با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید تا مطمئن شوید محلی که به آن نقل مکان یا مسافرت می کنید در حوزه خدمات رسانی برنامه درمانی ما باشد.

- اگر بدلیل ارتکاب به جرم به زندان بروید.
- اگر در مورد بیمه دیگری که برای داروهای نسخه ای دارید دروغ بگویید یا از ارائه اطلاعات خودداری کنید.
- اگر شهروند (سیتیزن) ایالات متحد آمریکا نیستید و یا بطور قانونی در آمریکا اقامت ندارید.

برای عضویت در برنامه ما، شما باید شهروند (سیتیزن) ایالات متحد آمریکا باشید و یا بطور قانونی در آمریکا اقامت داشته باشید. در صورتی که واجد شرایط عضویت در برنامه ما نباشید مراکز خدمات مدیکر و مدیکل به ما اطلاع میدهند. اگر شرایط خاص را نداشته باشید ما عضویت شما را لغو میکنیم.

اگر دیگر واجد شرایط مدیکل نیستید یا شرایط شما طوری تغییر کرده است که دیگر واجد شرایط Cal MediConnect نمی باشید، ممکن است بتوانید به دریافت مزایای خود از طریق Cal MediConnect برای دو ماه دیگر ادامه دهید. این زمان اضافی به شما اجازه می دهد تا درصورتی که تصور می کنید هنوز واجد شرایط هستید، اطلاعات مربوط به تشخیص صلاحیت خود را تصحیح کنید. شما یک نامه از ما دریافت خواهید کرد که درباره تغییر صلاحیت شما توضیح داده و دستورالعمل هائی برای تصمیم اطلاعات تعیین صلاحیت در اختیار شما قرار می دهد.

- برای اینکه عضو OneCare Connect باقی بمانید، باید دوباره تا آخرین روز دو ماه مهلت واجد صلاحیت گردید.
- اگر تا آخرین روز دو ماه مهلت واجد شرایط نشدید، عضویت شما در OneCare Connect لغو خواهد شد.

ما تنها زمانی می توانیم به دلایل زیر شما را مجبور به ترک برنامه درمانی کنیم که ابتدا از طرف مدیکر و مدیکل اجازه داشته باشیم:

- اگر عمداً در هنگام ثبت نام در برنامه درمانی ما، اطلاعات اشتباه به ما بدهید و آن اطلاعات بر روی واجد شرایط بودن شما برای برنامه درمانی ما تأثیر داشته باشد.
- اگر دائما به روشی عمل کنید که باعث اختلال شده و ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای برنامه درمانی ما را با مشکلاتی مواجه کند.
- اگر به شخص دیگری اجازه بدهید که برای دریافت مراقبت پزشکی از کارت شناسائی شما استفاده کند.

- اگر به این دلیل عضویت شما را لغو کنیم، مدیکر می تواند از طریق بازرس عمومی درمورد شما تحقیق کند.

F. ما به هیچ دلیلی که مربوط به سلامتی شما باشد نمی توانیم از شما درخواست کنیم که برنامه Cal MediConnect را ترک کنید

اگر احساس می کنید به دلیلی که مربوط به سلامتی می شود از شما خواسته شده که برنامه درمانی ما را ترک کنید، باید **با مدیکر** از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

همچنین باید با **برنامه بازرس Cal MediConnect** به شماره 1-855-501-3077، روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 9 صبح تا 5 بعد از ظهرتماس بگیرید. کاربران TTY میتوانند با شماره 1-855-847-7914 تماس حاصل نمایند.

G. در صورتیکه به عضویت شما در برنامه درمانی خود خاتمه دادیم شما حق دارید از ما شکایت کنید

اگر به عضویت شما در برنامه Cal MediConnect خاتمه دادیم، باید دلایل خود را به طور کتبی برای خاتمه عضویت به شما بگوئیم. همچنین بایستی توضیح دهیم که چگونه می توانید در مورد تصمیم ما برای خاتمه عضویت شما شکایت کنید. همچنین می توانید برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تسلیم شکایت به فصل 9 مراجعه کنید.

H. از کجا می توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید؟

اگر سؤالی دارید یا مایلید اطلاعات بیشتری را در مورد هنگامیکه می توانیم به عضویت شما در Cal MediConnect خاتمه دهیم دریافت کنید، می توانید:

- با بخش خدمات اعضاء با شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید.
- با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) ، روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح تا 5 بعد از ظهراز طریق شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. به منظوردریافت اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP به وبسایت http://www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.
- همچنین باید با برنامه بازرس Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077، روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعات 9 صبح تا 5 بعد از ظهرتماس بگیرید. کاربران TTY میتوانند با شماره 1-855-847-7914 تماس حاصل نمایند.
- با مدیکربا شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) طی 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روزتماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس حاصل نمایند.

فصل 11: اعلامیه های قانونی

مقدمه

این فصل شامل اعلامیه های قانونی است که مربوط به عضویت شما درOneCare Connect میشود. کلمات کلیدی و معانی آنها را میتوانید به ترتیب الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضاء پیدا کنید.

فهرست

A. اعلامیه در مورد قوانین 186

B. اعلامیه در مورد عدم تبعیض..... 186

C. اعلامیه در باره مدیکر به عنوان دومین پرداخت کننده و مدیکل به عنوان آخرین چاره پرداخت 186

A. اعلامیه در مورد قوانین

قوانین بسیاری به این کتابچه راهنمای اعضاء مربوط می شوند. این قوانین ممکن است حتی اگر در این کتابچه راهنما گنجانده نشده یا توصیف نشده باشند بر روی حقوق و مسئولیت های شما تأثیر داشته باشند. قوانین اصلی که به این کتابچه راهنما مربوط می شوند شامل قوانین فدرال در مورد برنامه های مدیکر و مدیکل می باشند.قوانین فدرال و ایالتی دیگری نیز ممکن است در این مورد صدق کنند.

B. اعلامیه در مورد عدم تبعیض

هر شرکت یا سازمانی که با مدیکر و مدیکل همکاری دارد باید از قوانینی که از شما در برابر تبعیض و برخورد ناعادلانه حمایت میکند تبعیت نماید. تبعیت کند. ما هرگز به دلیل سن، ادعا در تجربه، رنگ پوست ، عقیده ، نژاد، شواهد بیمه، اطلاعات ژنتیک، موقعیت جغرافیایی در محدوده ارائه خدمات، وضعیت سلامت، سابقه پزشکی، معلولیت روانی یا جسمی، ملیت، مذهب یا جنسیت به صورت متفاوتی با شما رفتار نمیکنیم.

- اگر اطلاعات بیشتر لازم دارید یا در مورد تبعیض یا برخورد ناعادلانه نگرانی دارید:با سازمان خدمات بهداشتی و انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین می توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از سایت http://www.hhs.gov/ocr بازدید کنید.
- یا میتوانید با دفتر حقوق مدنی محلی خود در اداره خدمات اجتماعی اورنج کانتی توسط شماره 1-714-438-8877 تماس بگیرید. همچنین برای اطلاعات بیشتر به http://ssa.ocgov.com/about/services/contact/complaints/rights/ مراجعه نمایید

اگر دچار معلولیتی هستید یا برای دریافت خدمات مراقبتهای درمانی و مراجعه به ارائه دهندگان به کمک نیاز دارید با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر شکایتی در مورد مسائلی مانند دسترسی به ویلچیر دارید با خدمات مشتریان برای کمک تماس بگیرید.

C. اعلامیه در باره مدیکر به عنوان دومین پرداخت کننده و مدیکل به عنوان آخرین چاره پرداخت

گاهی اوقات شخص یا نهاد دیگری باید ابتدا هزینه خدماتی که در اختیار شما قرار می دهیم را پرداخت کند. برای مثال، اگر در یک سانحه رانندگی درگیر باشید یا اگر سر کار مصدوم شوید، بیمه یا پوشش خسارت پرداختی به کارمندان باید ابتدا هزینه را پرداخت کند.

ما حق و مسئولیت داریم که هزینه خدمات تحت پوشش مدیکر را که مدیکر پرداخت کننده اولیه آنهانیست مطالبه کنیم.

برنامه Cal Mediconnect از قوانین و مقررات ایالتی و فدرال مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث برای خدمات مراقبت درمانی به ذینفعان پیروی می کند. ما همه اقدامات منطقی برای اطمینان از اینکه برنامه مدیکل آخرین چاره برای پرداخت باشد رابه کار خواهیم گرفت.

فصل 12 : تعریف واژه های مهم

مقدمه

این بخش شامل کلمات کلیدی و معانی آنها است که در کتابچه خدمات اعضا استفاده شده. واژه ها به ترتیب حروف الفبای انگلیسی در فهرست آمده اند. اگر کلمه خاصی را پیدا نمیکنید و یا به اطلاعات بیشتری در مورد معانی کلمه احتیاج دارید لطفاً با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

فعالیت های زندگی روزمره (ADL): کارهائی که اشخاص به طور روزمره انجام می دهند، از قبیل غذا خوردن، استفاده از دستشوئی، لباس پوشیدن، حمام گرفتن یا مسواک زدن.

کمک دریافت شده در حین انتظار: شما می توانید در حین انتظار برای تصمیم در مورد بررسی مجدد مرحله 1 یا دادرسی عادلانه ایالتی، به دریافت مزایای خود ادامه دهید (برای کسب اطلاعات بیشتربه فصل 9 مراجعه کنید). این ادامه پوشش "کمک دریافت شده در حین انتظار" خوانده می شود.

مرکز جراحی سرپائی: مرکزی که جراحی سرپائی را به بیمارانی ارائه می کند که به مراقبت بیمارستانی نیاز نداشته و انتظار نمی رود که به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

بررسی مجدد: روشی برای شما تا در صورتیکه فکر می کنید اشتباهی را مرتکب شده ایم برعلیه آن عملکرد اعتراض کنید. شما می توانید برای تغییر یک تصمیم پوششی درخواست بررسی مجدد کنید. فصل 9 بررسی مجدد را توصیف می کند که شامل چگونگی درخواست بررسی مجدد می شود.

سلامت رفتاری: یک عبارت جامع که به بهداشت روانی و اختلالات مربوط به اعتیاد اشاره می کند.

داروی مارک دار: یک داروی نسخه ای که توسط همان شرکتی که آنرا ساخته و فروخته می شود.داروهای مارک دار(تجاری) حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک توسط شرکت های داروئی دیگری تهیه و فروخته می شوند.

Cal MediConnect: برنامه ای که مزایای مدیکر و مدیکل را با هم در یک برنامه درمانی ارائه می کند. شما یک کارت شناسایی اعضاء برای همه مزایای خود دارید.

برنامه مراقبتی: به "برنامه مراقبتی فردی" مراجعه کنید.

خدمات انتخابی برنامه مراقبت (خدمات CPO): خدمات اضافی که انتخابی و تحت برنامه مراقبت فردی شما (ICP) ارائه میشوند. این خدمات برای جایگزینی خدمات طولانی مدت و پشتیبانیهایی که شما از طرف مدیکل دریافت میکنید در نظر گرفته نشده اند.

گروه مراقبتی: به "گروه مراقبتی چند منظوره" مراجعه کنید.

مرحله پوشش وضعیت بحرانی: مرحله ای از مزایای داروئی بخش D که برنامه درمانی کل هزینه داروهای شما را تا آخر سال پرداخت می کند. ما این مرحله را زمانی شروع می کنیم که شما به مرز$6,350 هزینه هائی که شخصاً برای داروهای نسخه ای خود پرداخت می کنید رسیده باشید.

مراکز خدمات مدیکر و مدیک ا ید (CMS) : سازمان فدرال مسئول مدیکر. فصل 2 نحوه تماس با CMS را توصیف می کند.

خدمات محلی برای افراد بزرگسال (CBAS): برنامه خدمات برپایه مرکز درمانی بیماران سرپائی که مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان(تراپی)، مراقبت شخصی، کارآموزی و حمایت خانوادگی/مراقب، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را به اعضای واجد شرایط عرضه می کند.

شکایتها: یک اظهاریه کتبی یا شفاهی که مشکل یا نگرانی شما در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش برای شما را بیان میکند. میتواند شامل هرگونه نگرانی مربوط به کیفیت خدمات و کیفیت مراقبت، ارائه کنندگان شبکه ما یا داروخانه های شبکه ما باشد. عنوان رسمی برای "درخواست شکایت"، "تسلیم نارضایتی" است.

مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپائی (CORF): مرکزی که به طورعمده خدمات توانبخشی را برای بعد از بیماری، سانحه یا جراحی عمده ارائه می کند. این مرکز خدمات گوناگونی را ارائه می کند، از جمله ورزش درمانی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس درمانی، شغل درمانی ، گفتار درمانی و خدمات ارزیابی محیط خانه.

سهم بیمه شده: یک مبلغ ثابت که به عنوان سهم هزینه های خود هربار که داروهای نسخه ای خاصی را دریافت می کنید پرداخت می نمایید. برای مثال، ممکن است $2 یا $5 برای داروی نسخه ای بپردازید.

تقسیم هزینه: مبالغی که هنگام دریافت برخی داروهای نسخه ای خاص پرداخت می کنید. تقسیم هزینه شامل سهم بیمه شده می شود.

گروه بندی تقسیم هزینه: گروهی از داروها که سهم بیمه شده مشترک دارند. هر داروئی در فهرست داروهای تحت پوش (فهرست دارویی) در یکی از سه گروه بندی تقسیم هزینه قرار دارد. به طور کلی، هر چقدر گروه بندی تقسیم هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای دارو بیشتر است.

تصمیم در مورد پوشش: تصمیم در مورد مزایایی که تحت پوشش توسط ماهستند: شامل تصمیمات مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی می شود که برای خدمات بهداشتی شما پرداخت خواهیم کرد. فصل 9 نحوه درخواست از ما برای تصمیم پوششی را توضیح می دهد.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که ما برای همه داروهای نسخه ای تحت پوشش و داروهای بدون نسخه (OTC) دربرنامه درمانی استفاده می کنیم.

خدمات تحت پوشش: عبارت کلی که ما برای همه خدمات مراقبت درمانی، خدمات و حمایت های طولانی مدت، لوازم، داروهای نسخه ای و بدون نسخه، وسائل و سایر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی استفاد میکنیم.

آموزش تطابق فرهنگی: آموزشی که دستورالعملهای اضافی به ارائه دهندگان مراقبتهای درمانی میدهد تا آنها سوابق، ارزشهاو اعتقادات شما را بهتر درک کنند و خدمات را با احتیاجات جامعه، فرهنگ و زبان شما تطبیق دهند.

خدمات اعضاء: بخشی در برنامه درمانی ما است که مسئول پاسخگوئی به سؤالات شما در مورد عضویت، مزایا، نارضایتی ها و درخواست بررسی مجدد می باشد. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تماس با بخش خدمات اعضاء به فصل 2 مراجعه کنید.

نرخ روزانه تقسیم هزینه: نرخی که ممکن است هنگامیکه پزشک شما مقدارکمتراز ذخیره یک ماه کامل از داروهای خاصی را برای شما تجویز می کند، استفاده شود و شما ملزم به پرداخت سهم بیمه شده هستید. نرخ روزانه تقسیم هزینه، سهم بیمه شده تقسیم بر تعداد روزها در ذخیره ماهانه می باشد.

برای مثال: اگر سهم بیمه شده شما برای ذخیره یک ماه دارو $1.30 است و ذخیره یک ماه در برنامه درمانی شما 30 روز است. بدین معنی که هنگامیکه نسخه خود را دریافت میکنید برای هر روز ذخیره، $0.04 پرداخت می کنید. اگر شما ذخیره 7 روز دارو را دریافت کنید سهم پرداختی شما کمی بیش از $0.04 در روز ضربدر 7 روز است که مساوی $0.30 میشود.

سازمان خدمات مراقبت درمانی (DHCS): سازمان ایالتی در کالیفرنیا که برنامه مدیک اید (که در کالیفرنیا مدیکل خوانده می شود) را مدیریت می کند و عموماً در این کتابچه راهنما به عنوان "ایالت" به آن اشاره شده است.

لغو عضویت: روال خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه درمانی ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب خود شما) باشد.

ردیف داروها: گروهای داروها در فهرست دارویی. داروهای ژنریک، تجاری و بدون نسخه OTC از مثالهای ردیف داروها میباشند. هر دارو در فهرست داروها در یکی از سه ردیف قرار دارد.

وسیله پزشکی بادوام (DME) : اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می کند. برای مثال: صندلی چرخدار، عصا، تشکهای مخصوص، تجهیزات لازم برای بیماران دیابتی و تخت بیمارستانی تجویز شده توسط پزشک برای استفاده در منزل، پمپ تزریق وریدی، دستگاه تولید صدای تکلم، لوازم اکسیژن، اسپری ها و واکر.

وضعیت اضطراری: یک وضعیت اضطراری پزشکی زمانیست که شما یا شخص دیگری که اطلاعاتی در حد متوسط در مورد بهداشت و پزشکی دارد، عقیده دارید که علائم پزشکی شما به توجه پزشکی فوری نیاز دارند تا از مرگ، از دست دادن عضوی از بدن یا از دست دادن عملکرد بخشی از بدن پیشگیری شود. علائم پزشکی ممکن است یک مصدومیت جدی یا درد شدید باشد.

مراقبت های اضطراری: خدمات تحت پوشش که توسط ارائه کننده کارآموزده برای ارائه خدمات اضطراری ارائه می شوند و برای مداوای یک فوریت پزشکی یا سلامت رفتاری لازم هستند.

استثنا: اجازه دریافت پوشش برای داروئی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت های خاص.

کمک اضافی: برنامه مدیکر که به اشخاص کم درآمد و دارای منابع محدود ، هزینه داروهای نسخه ای مدیکر بخش D را کمتر میکند . کمک اضافی همچنین "یارانه کم درآمدی" یا "LIS" خوانده می شود.

داروی ژنریک: یک داروی نسخه ای که برای استفاده به جای داروی مارک دار به تصویب دولت فدرال رسیده باشد. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی مارک دار(تجاری) را دارد. معمولاً ارزان تر بوده و تأثیر مشابه به داروی مارک دار را دارد.

شکایت: شکایتی که در مورد ما یا یکی از ارائه کنندگان یا داروخانه های شبکه ما تسلیم می کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت یا کیفیت خدمات ارائه شده توسط برنامه سلامتی شما می شود.

برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP): برنامه ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی طرفانه را در مورد Medicare ارائه می کند. فصل 2 نحوه تماس با HICAP را توضیح میدهد.

برنامه درمانی: سازمانی می باشد که از پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه کنندگان خدمات بلند مدت و سایر ارائه کنندگان تشکیل شده است. این سازمان کارشناسان هماهنگی مراقبت های شخصی (PCC) را نیز در استخدام دارد که به شما درمدیریت همه ارائه دهندگان و خدمات کمک می کنند. این اشخاص با همکاری با یکدیگرمراقبت مورد نیاز شما را ارائه می کنند.

ارزیابی خطر سلامتی: بررسی تاریخچه پزشکی بیمار و عارضه کنونی. از این ارزیابی برای شناسائی وضعیت سلامتی بیمار و اینکه چطور در آینده ممکن است تغییر کند استفاده می شود.

امدادگر مراقبت بهداشتی در خانه: شخصی که خدماتی را فراهم می کند که به مهارت های یک پرستار یا درمانگر جواز دار نیاز ندارد، از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام گرفتن، استفاده از دستشوئی، لباس پوشیدن یا انجام ورزش های تجویز شده). امدادگردان مراقبت بهداشتی در خانه جواز پرستاری نداشته و درمان ارائه نمی کنند.

آسایشگاه بیماران رو به مرگ: برنامه ای که مراقبت و حمایت را در اختیار اشخاصی قرار می دهد که بیماری لاعلاج دارند تا به آنها کمک شود زندگی راحتی داشته باشند. تشخیص بیماری لاعلاج بدان معنی است که شخص یک بیماری لاعلاج دارد و شش ماه یا کمتر از زندگی وی باقی مانده است.

- یک عضو که تشخیص بیماری لاعلاج برای وی داده شده است حق دارد آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب کند.
- گروهی از متخصصین و مراقبت دهندگان آموزش دیده مراقبت کاملی که شامل نیازهای جسمانی، احساسی، اجتماعی و معنوی می شود را ارائه میدهند.
- OneCare Connect باید فهرستی از ارائه کنندگان آسایشگاه بیماران رو به مرگ در منطقه جغرافیائی شما را در اختیارتان قرار دهد.

صورتحساب غلط/ نامناسب: وضعیتی که در طی آن ارائه دهنده خدمات(مانند پزشک یا بیمارستان) صورتحسابی بیش از هزینه اشتراک برنامه برای خدمات را برای شما میفرستد. در زمان دریافت خدمات و خرید دارو کارت عضویت OneCare Connect را ارائه نمایید. اگر صورتحسابی دریافت کردید که متوجه آن نمیشوید با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- از آنجا که که OneCare Connect همه مخارج خدمات شما را پرداخت میکند شما هیچگونه سهم هزینه ای ندارید. ارائه دهندگان نباید برای شما صورتحساب ارسال نمایند

برنامه مراقبت اختصاصی (ICP یا برنامه مراقبتی): برنامه ای برای خدماتی که دریافت می کنید و نحوه دریافت آنها. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری، و خدامت و حمایت های طولانی مدت شود.

مرحله اولیه پوشش: مرحله قبل از اینکه مجموع هزینه های شخصی بخش D شما به $6,350 برسد. این هزینه شامل مبلغی که شما پرداخت کردید ، آنچه برنامه برای شما پرداخت کرده است و یارانه کم درآمدی میشود. شما این مرحله را در هنگام تهیه اولین نسخه خود در سال شروع می کنید. در این مرحله، برنامه بخشی از مخارج داروهای شما را پرداخت می کند و شما نیز سهم خود را پرداخت خواهید کرد.

بیمار بستری: عبارت مورد استفاده هنگامیکه به طور رسمی در بیمارستان برای خدمات پزشکی تخصصی پذیرفته شده باشید. اگر به طور رسمی پذیرفته نشده باشید، ممکن است به عنوان یک بیمار سرپائی به جای بیماری بستری محسوب شوید حتی اگر برای تمام شب بستری شوید.

گروه مراقبتی میان رشته ای (ICT یا گروه مراقبتی): گروه مراقبتی ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین بهداشتی باشد که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان آمادگی دارند. گروه مراقبتی شما برای ایجاد برنامه مراقبتی نیز به شما کمک خواهد کرد.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروئی): فهرستی از داروهای نسخه ای و غیر نسخه ای (OTC) تحت پوشش برنامه درمانی. برنامه درمانی داروهای موجود در این فهرست را با همکاری پزشکان و داروسازان انتخاب می کند. فهرست داروئی حاوی اطلاعاتی در مورد هرگونه مقرراتی می باشد که لازم است برای دریافت داروهای خود از آنها پیروی کنید. فهرست داروئی گاهی اوقات "مجموعه داروئی" خوانده می شود.

خدمات و حمایت های طولانی مدت (LTSS): خدمات و حمایت های طولانی مدت که به بهبود عارضه پزشکی طولانی مدت کمک می کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می کنند که در خانه خودتان بمانید و لازم نباشد که به آسایشگاه یا بیمارستان بروید. LTSS شامل خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS)، برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP)، خدمات محلی برای افراد بزرگسال (CBAS)، و مراکز پرستاری/مراکز مراقبتی نیمه حاد (NF/SCF) می شود.

یارانه کم درآمدی (LIS): به "کمک اضافی" مراجعه کنید.

مدیکل (Medi-Cal): نام برنامه مدیک اید در ایالت کالیفرنیا می باشد. مدیکل توسط ایالت اداره شده و هزینه آن توسط ایالت و دولت فدرال تأمین می گردد.

- این برنامه به اشخاصی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می کند تا هزینه خدمات و حمایت های بلند مدت و هزینه های پزشکی خود را پرداخت کنند.
- همچنین خدمات اضافی وبرخی از داروهائی که توسط مدیکر پوشش داده نمی شود را تحت پوشش قرار می دهد.
- برنامه مدیک اید در ایالتهای مختلف متفاوت است اما اگر واجد شرایط مدیکر و مدیک اید باشید اکثر هزینه درمانی شما پرداخت میشود.
- برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تماس با مدیکل به فصل 2 مراجعه کنید.

برنامه های Medi-Cal: برنامه هائی که تنها مزایای مدیکل را پوشش می دهند، از قبیل خدمات و حمایت های طولانی مدت، لوازم پزشکی و حمل و نقل. مزایای مدیکرجدا هستند.

ملزومات پزشکی: این عبارت خدمات، لوازم و داروهای لازمی را توصیف می کند که برای پیشگیری، شناسایی و یا درمان بیماریها وحفاظت از سلامت به شما ارائه میشود. این شامل مراقبتهایی است که متواند از بستری شدن شما در بیمارستان یا خانه سالمندان جلوگیری کند .همچنین به این معنی است که این خدمات، لوازم و داروها مطابق بااستانداردهای پذیرفته شده در علم پزشکی هستند.

مدیکر(Medicare) : برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص 65 سال به بالا، بعضی اشخاص زیر 65 سال با معلولیت های خاص و اشخاصی که در مرحله نهائی بیماری کلیوی هستند (نارسائی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد) نیز تحت پوشش قرار میگیرند. اشخاص عضو مدیکرمی توانند پوشش درمانی خود را از طریق مدیکر اصلی یا برنامه مراقبت های هماهنگ دریافت کنند (به "برنامه درمانی" مراجعه کنید).

(Medicare Advantage Plan) برنامه مزیتهای مدیکر: یکی از برنامه های مدیکر که به نام " مدیکر بخش C" یا " MA Plans" نیز شناخته میشود و برنامه را از طریق شرکتهای خصوصی ارائه میدهد. مدیکر به این کمپانیها برای پوشش مزایای مدیکر شما پرداخت میکند.

خدمات تحت پوشش مدیکر: خدمات تحت پوشش مدیکر بخش A و بخش B. همه برنامه های درمانی که شامل برنامه درمانی ما نیز میشود باید همه خدماتی که تحت پوشش مدیکر بخش A و بخش B هستند را پوشش دهند.

ثبت نام شده در مدیکر و مدیکل (واجد شرایط دوجانبه): شخصی که برای پوشش توسط مدیکرو مدیکل واجد شرایط است. ثبت نام شده مدیکر و مدیکل "ذینفع واجد شرایط دوجانبه" نیز خوانده می شود.

مدیکر بخش A: برنامه مدیکر که بیشتر نیازهای ضروری بیمارستانی، مرکز پرستاری تخصصی، مراقبت بهداشتی در خانه و مراقبت قبل از مرگ را پوشش می دهد.

مدیکر بخش B: برنامه مدیکر که خدمات (از قبیل تست های آزمایشگاهی، جراحی و ویزیت پزشکان) و لوازم (از قبیل صندلی چرخدار و واکر) که برای مداوای بیماری یا عارضه ضرورت پزشکی دارند را تحت پوشش قرار می دهد. مدیکر بخش B بسیاری خدمات پیشگیری کننده و معاینات تشخیصی را نیز پوشش می دهد.

مدیکر بخش C: برنامه مدیکر که به شرکت های بیمه درمانی خصوصی اجازه می دهد مزایای مدیکر را از طریق Medicare Advantage Plan ارائه کنند.

مدیکر بخش D: برنامه مزایای داروهای نسخه ای مدیکر. (ما این برنامه را به طور مختصر "بخش D" می خوانیم.) بخش D داروهای نسخه ای بیماران سرپائی، واکسن ها و برخی لوازمی که تحت پوشش مدیکر بخش A یا بخش B یا مدیکل نیستند را پوشش می دهد. OneCare Connect شامل مدیکر بخش D می شود.

داروهای مدیکر بخش D: داروهائی که می توانند تحت پوشش مدیکر بخش D باشند. کنگره مخصوصاً گروه های خاصی از داروها را از پوشش داروهای بخش D حذف کرده است. مدیکر ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

عضو (عضو برنامه درمانی ما یا عضو برنامه): شخصی که با عضویت در مدیکر و مدیکل برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده و در برنامه درمانی ما ثبت نام شده و عضویت وی توسط مراکز خدمات مدیکر و مدیکل (CMS) و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

کتابچه راهنمای اعضاء و توضیح اطلاعات: این مدرک به همراه فرم عضویت و هرگونه مطالب الصاقی، یا سایر اسناد پوشش اختیاری انتخاب شده که پوشش شما و آنچه ما باید انجام دهیم، حقوق شما و آنچه شما به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما باید انجام دهید را توصیف می کند.

برنامه خدمات چند منظوره برای سالمندان (MSSP): برنامه ای که خدمات خانگی و محلی (HCBS) را در اختیار اشخاص واجد شرایط مدیکل که 65 سال به بالا و دچار معلولیت میباشند قرار می دهد تا جایگزینی برای استقرار در آسایشگاه باشد.

داروخانه عضو شبکه: داروخانه ای که قبول کرده نسخه ها را برای اعضای برنامه درمانی ما بپیچد. ما بدین خاطر به آنها "داروخانه های شبکه" می گوئیم که موافقت کرده اند با برنامه درمانی ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، نسخه های شما تنها در صورتی پیچیده می شوند که به یکی از داروخانه های شبکه ما مراجعه کنید.

ارائه کننده عضو شبکه: "ارائه کننده" یک عبارت عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر اشخاصی استفاده می کنیم که خدمات و مراقبت به شما ارائه می کنند. این عبارت شامل بیمارستانها، آژانسهای بهداشت در خانه، درمانگاهها و سایر مکان هائی نیز می شود که خدمات مراقبت درمانی، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت های طولانی مدت را در اختیار شما قرار می دهند.

- این ارائه کنندگان دارای گواهینامه بوده و تحت جواز مدیکر و دولت ایالتی برای ارائه خدمات مراقبت درمانی می باشند.
- ما این ارائه کنندگان را هنگامی "ارائه کنندگان شبکه" می خوانیم که موافقت کنند با برنامه درمانی همکاری کرده و دستمزد ما را دریافت کنند و هیچگونه مبلغ اضافی را از اعضای ما مطالبه نکنند.
- شما تا زمانی که عضو برنامه ما هستید باید برای دریافت خدمات تحت پوشش به ارائه کنندگان عضو شبکه مراجعه کنید. ارائه کنندگان شبکه "ارائه کنندگان برنامه درمانی" نیز خوانده می شوند.

خانه یا مرکز پرستاری سالمندان: محلی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می کند که نمی توانند در خانه خودشان مراقبت دریافت کنند ولی لزومی نیز ندارد که در بیمارستان باشند.

بازرس: دفتری در ایالت شما که به عنوان نماینده شما اقدام میکند. این دفتر به پرسشهای شما پاسخ داده و اگر مشکل یا شکایتی دارید میتوانند شما را راهنمایی کنند. خدمات بازرس رایگان هستند. شما میتوانید اطلاعات بیشتری در مورد بازرس برنامه Cal MediConnect در فصل 2 و 9 این کتابچه پیدا کنید.

تعیین سازمانی: هنگامیکه برنامه درمانی یا یکی از ارائه کنندگان مربوطه آن در مورد تحت پوشش بودن خدمات یا نحوه پرداخت برای خدمات تحت پوشش تصمیمی را اتخاذ می کند به آن تعیین سازمانی می گویند. تعیین سازمانی دراین کتابچه راهنما "تعیین پوششی" خوانده می شوند. فصل 9، نحوه درخواست از ما برای تعیین پوششی را توضیح می دهد.

مدیکر اصلی (مدیکر استاندارد یا مدیکر هزینه در مقابل خدمات): مدیکر اصلی توسط دولت ارائه می شود. تحت مدیکر اصلی ، خدمات مدیکر توسط پرداخت به پزشکان، بیمارستان ها و سایر ارائه کنندگان مراقبتی به میزانی که توسط کنگره وضع شده تحت پوشش قرار می گیرند.

- می توانید نزد هر پزشک، بیمارستان یا ارائه کننده مراقبت درمانی دیگری که مدیکر را قبول می کند بروید. مدیکر اصلی شامل دو بخش می باشد. بخش A (بیمه بیمارستانی) و بخش B (بیمه پزشکی)
- مدیکر اصلی در همه جای ایالات متحده در دسترس می باشد.
- اگر نمی خواهید که در برنامه درمانی ما باشید، می توانید مدیکر اصلی را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه ای که موافقت نکرده با برنامه درمانی ما برای هماهنگ سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای برنامه درمانی ما همکاری کند. بیشتر داروهائی که از داروخانه های خارج از شبکه دریافت می کنید تحت پوشش برنامه درمانی ما نمی باشند مگر اینکه شرایط خاصی موجود باشد.

ارائه کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه کننده ای که تحت استخدام، مالکیت یا سازمان برنامه درمانی ما نبوده و برای ارائه خدمات به اعضای برنامه درمانی ما تحت قرارداد نیست. فصل 3، ارائه کنندگان یا مراکز خارج از شبکه را توصیف می کند.

هزینه هائی که شخصاً پرداخت می کنید: شرایط تقسیم هزینه برای اعضاء تا بخشی از خدمات یا داروهائی را که درخواست می کنند را پرداخت کنند، شرایط "هزینه هائی که شخصاً پرداخت می کنید" نیز خوانده می شود. به تعریف "تقسیم هزینه" فوق مراجعه کنید.

داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه را میتوانید بدون نسخه نوشته شده توسط کارشناسان درمانی تهیه کنید.

بخش A: به "مدیکر بخش A" مراجعه کنید.

بخش B: به " مدیکر بخش B" مراجعه کنید.

بخش C: به " مدیکر بخش C" مراجعه کنید.

بخش D: به " مدیکر بخش D" مراجعه کنید.

داروهای بخش D: به "داروهای مدیکر بخش D" مراجعه کنید.

کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی (PCC): یک شخص اصلی که با شما، برنامه درمانی و ارائه کنندگان مراقبتی شما همکاری کرده تا اطمینان حاصل شود مراقبت مورد نیاز خود را دریافت می کنید.

اطلاعات سلامتی خصوصی (اطلاعات محرمانه سلامتی)(PHI) : اطلاعات در مورد سلامت شما مانند، نام شما، آدرس، شماره سوشیال سکیرتی، ملاقات با پزشک و سوابق درمان. برای دریافت اطلاعات در مورد اینکه OneCare Connect چگونه از اطلاعات شما محافظت میکند و چگونه PHI شما را به اشتراک میگذارد و همچنین حقوق شما در باره PHI لطفاً به اطلاعیه محرمانگی OneCare Connect مراجعه نمایید.

ارائه کننده مراقبت های درمانی اصلی (PCP): ارائه کننده مراقبت های درمانی اصلی شما شامل پزشک یا ارائه کننده دیگری می شود که برای اکثرمشکلات سلامتی ابتدا نزد وی می روید. وی از اینکه مراقبت لازم برای حفظ سلامتی خود را دریافت کنید اطمینان حاصل میکند.

- وی ممکن است با پزشکان و ارائه کنندگان مراقبت درمانی دیگری در مورد مراقبت از شما مشورت کند یا شما را به آنها ارجاع کند.
- در بسیاری برنامه های درمانی مدیکر، شما باید قبل از اینکه نزد هر ارائه کننده مراقبت درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائه کننده مراقبت های درمانی اصلی خود بروید.
- برای کسب اطلاعات در مورد دریافت مراقبت از ارائه کنندگان مراقبت درمانی اصلی به فصل 3 مراجعه کنید.

اجازه قبلی: قبل از اینکه بتوانید خدمات یا داروهای خاصی را دریافت کنید و یا با ارائه دهنده خارج از شبکه ملاقات کنید به اجازه از طرف OneCare Connect نیاز دارید. OneCare Connect ممکن است بدون دریافت مجوز داروها و خدمات را تحت پوشش قرار ندهد.

برخی خدمات پزشکی شبکه تنها زمانی تحت پوشش هستند که پزشک شما یا ارائه کننده عضو شبکه دیگری اجازه قبلی را از برنامه درمانی ما یا ارائه کننده تعیین شده دریافت کند.

- خدمات تحت پوششی که به اجازه قبلی نیاز دارند در جدول مزایای فصل 4، مشخص شده اند.

برخی داروها تنها در صورتی تحت پوشش هستند که از ما اجازه قبلی دریافت کنید.

- داروهای تحت پوششی که به اجازه قبلی نیاز دارند در فهرست داروهای تحت پوشش علامت زده شده اند.

برنامه های مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (PACE): برنامه ای که مزایای مدیکر و مدیکل را به طور مشترک برای اشخاص 55 ساله به بالا که نیاز به مراقبت بیشتری دارند تا در خانه خودشان زندگی کنند، پوشش می دهد.

پروتزها و ارتزها: این تجهیزات پزشکی توسط پزشک یا یک ارائه کننده مراقبت های بهداشتی و درمانی سفارش داده می شوند. شامل ولی نه محدود به ساپورت بازو، کمر و گردن؛ اندام های مصنوعی؛ چشم های مصنوعی؛ و تجهیزات مورد نیاز برای جایگزین کردن یک بخش داخلی یا کارکرد بدنی، شامل لوازم استومی و درمان های تغذیه تزریقی و روده ای میباشند.

سازمان بهبود کیفیت (QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت برای اشخاصی که عضو مدیکر هستند کمک می کنند. حقوق این اشخاص را دولت فدرال پرداخت می کند تا مراقبت ارائه شده به بیماران را کنترل کرده و بهبود دهند. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تماس با QIO برای ایالت شما به فصل 2 مراجعه کنید.

محدودیت مقدار: محدودیت در مقدار داروئی که می توانید دریافت کنید. محدودیت ممکن است مقدار داروئی باشد که برای هر نسخه پوشش می دهیم.

ارجاع: به این معنی است که قبل از ملاقات با ارائه دهنده ای که PCP شما نیست، ارائه دهنده مراقبتهای اولیه(PCP) شما باید تاییدیه بدهد. اگر تاییدیه دریافت نکنید امکان دارد که OneCare Connect خدمات را پوشش ندهد. به منظور ملاقات با برخی از متخصصین احتیاجی به ارجاع ندارید، مثلاً متخصص سلامت بانوان. شما میتوانید در فصل 3 اطلاعات بیشتری در مورد ارجاع پیدا کنید و در فصل 4 در مورد خدماتی که احتیاج به ارجاع دارند مطالعه کنید.

خدمات توانبخشی: مداوائی که برای کمک به شما در بهبود از بیماری، سانحه یا جراحی عمده دریافت می کنید. برای کسب اطلاعات در مورد خدمات توانبخشی به فصل 4 مراجعه نمائید.

حوزه خدمات رسانی: یک منطقه جغرافیائی که برنامه درمانی اعضاء را در صورت محدود سازی عضویت براساس محل زندگی اشخاص، می پذیرد. برای برنامه های درمانی که پزشکان و بیمارستان هائی را که می توانید استفاده کنید محدود می کنند نیز معمولاً منطقه ای می باشد که می توانید خدمات عادی (غیراضطراری) را دریافت کنید. فقط اشخاصی که در حوزه خدمات رسانی ما اقامت دارند میتوانند عضو OneCare Connect شوند.

سهم هزینه: بخشی از هزینه های مراقبت درمانی شما که ممکن است لازم باشد قبل از اینکه مزایای Cal MediConnect قابل اجرا شوند درهرماه پرداخت کنید. میزان سهم هزینه شما به نسبت درآمد و منابع مالی شما متفاوت است.

مرکز پرستاری تخصصی (SNF): یک مرکز پرستاری با کارکنان و لوازمی برای ارائه مراقبت های پرستاری تخصصی، ودر بیشتر موارد، خدمات توانبخشی تخصصی و سایر خدمات بهداشتی مربوطه.

مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF): مراقبت های پرستاری تخصصی و خدمات توانبخشی تخصصی ارائه شده به صورت ادامه دار، روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. مثال های مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی شامل فیزیوتراپی یا تزریقات درون رگی (IV) می شود که پرستار رسمی یا پزشک می تواند ارائه کند.

متخصص: پزشکی می باشد که مراقبت درمانی را برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن ارائه می کند.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک شما یا ارائه کننده دیگری درخواستی برای خدمات مدیکل ارائه کند که ما تصویب نکنیم یا به پرداخت هزینه خدمات مدیکل که قبلاً دریافت کرده اید ادامه ندهیم، شما حق دارید که برای دادرسی ایالتی درخواست کنید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم.

درمان مرحله ای: مقررات پوشش که لازم می داند قبل از اینکه داروی مورد درخواست شما را پوشش دهیم ابتدا داروی دیگری را امتحان کنید.

درآمد مکمل برنامه خدمات اجتماعی (SSI): مزایای ماهانه که خدمات اجتماعی به اشخاصی پرداخت می کند که درآمد و منابع مالی محدود داشته و معلول، نابینا یا 65 ساله به بالا هستند. مزایای SSI مشابه مزایای تأمین اجتماعی نیستند.

مراقبت فوری: نوعی مراقبت می باشد که برای یک بیماری، مصدومیت یا عارضه ناگهانی دریافت می کنید که اضطراری نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. می توانید مراقبت فوری لازم را در صورتی از ارائه کنندگان خارج شبکه دریافت کنید که ارائه کنندگان شبکه موجود نبوده یا نتوانید به آنها دسترسی پیدا کنید.

خدمات اعضای OneCare Connect

تلفن تماس	**1-855-705-8823** با این شماره طی 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روزتماس بگیرید. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می کنیم.
TTY	**1-800-735-2929** 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. این تماس رایگان است.
فکس	1-714-246-8711
مکاتبه	OneCare Connect Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
وبسایت	**www.caloptima.org/onecareconnect**

505 City Parkway West | Orange, CA 92868
www.caloptima.org

در صورتی که پرسشهایی دارید و یا برای دریافت خدمات بهداشتی خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با دفتر خدمات مشتریان CalOptima's OneCare Connect از طریق شماره تلفن رایگان **1-855-705-8823** ، 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 **1-800-735-2929** تماس بگیرند. همچنین می توانید از وبسایت ما به آدرس www.caloptima.org/onecareconnect دیدن کنید.

PRI-030-271 F (09/19)