CA H3038-003

2024

کتابچه راهنمای اعضا

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-D-SNP) به‌عنوان یکی از طرح‌های Medicare Medicaid Plan

کالیفرنیا H3038-003

ارائهٔ خدمات به شهرستان‌های زیر: لس‌آنجلس، ریورساید، سن‌برناردینو و سن‌دیگو

قابل‌اجرا از تاریخ 1 ژانویه تا 31 دسامبر 2024

MOLINA HEALTHCARE

کتابچه راهنمای اعضا Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

از تاریخ 01/01/2024 تا تاریخ 12/31/2024

پوشش سلامت و دارویی شما به‌موجب طرح Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

کتابچه راهنمای اعضا مقدمه

این کتابچه راهنمای اعضا، که تحت‌عنوان «شواهد پوشش» نیز شناخته می‌شود، اطلاعاتی را دربارۀ پوششی که به‌موجب طرح ما تا 12/31/2024 دریافت می‌کنید، ارائه می‌دهد. در این کتابچه درباره خدمات مراقبت‌های درمانی و بهداشتی، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد)، پوشش داروهای تجویزی و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت توضیحاتی ارائه شده است. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در **«فصل 12»** کتابچه راهنمای اعضای شما آمده است.

این کتابچه یک مدرک قانونی مهم به‌شمار می‌رود. لطفاً آن را در مکان امنی نگهداری کنید.

وقتی در این کتابچه راهنمای اعضا می‌گوییم «ما،» «به ما،» «مالِ ما،» یا «طرح ما» منظورمان از ما Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) است.

این سند به‌صورت رایگان به زبان‌های اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، و ویتنامی در دسترس است.

از طریق تماس با بخش «خدمات اعضا» با شماره‌ای که در پایین این صفحه آمده است می‌توانید این سند را به‌صورت رایگان در قالب‌های دیگری مانند چاپ درشت، خط بریل و/یا فایل‌های صوتی دریافت کنید. برقراری تماس رایگان است.

می‌توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید، برای شما ارسال کنیم. به این امر درخواست دائمی گفته می‌شود. ما درخواست شما را به‌صورت دائمی ثبت می‌کنیم تا لازم نباشد که برای هر بار ارسال اطلاعات به شما، به‌طور جداگانه درخواست کنید.

جهت دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی، لطفاً از طریق شماره‌تلفن 5555-541 (800)، شماره‌تلفن TTY: 711، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی با ایالت تماس بگیرید و پروندۀ خود را به زبان دلخواه به‌روزرسانی کنید. برای دریافت این سند در قالب جایگزین، لطفاً با بخش خدمات اعضا با شماره‌تلفن 4627-665 (855)، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید. یک نماینده می‌تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند. همچنین می‌توانید با مدیر پرونده خود برای دریافت کمک و راهنمایی در مورد درخواست‌های دائمی تماس بگیرید.

We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at. Someone that speaks language can help you. This is a free service. Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, Vietnamese, and any additional languages required by the state.

Spanish:

- Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a los servicios de un intérprete, llámenos al *(855) 665-4627 TTY: 711. Una persona que habla inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano o vietnamita puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.*

Arabic:

- نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم *(855) 4627-665* وبالنسبة لمستخدمي هاتف *TTY*، فيمكنهم الاتصال على: 711. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث الإنجليزية، أو الإسبانية، أو العربية، أو الأرمينية، أو الكمبودية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الفرنسية، أو الفرنسية الكريولية، أو الهندية، أو الهمونجية أو الإيطالية أو الألمانية أو اليابانية أو الكورية أو اللتوانية أو لغة المين أو البولندية أو البرتغالية أو البنجابية أو الروسية أو التاجولوجية أو التايلندية أو الأوكرانية أو الفيتنامية. تقدم هذه الخدمة مجانا.

Armenian:

- Մենք տրամադրում ենք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու ցանկացած հարցի առողջապահական կամ դեղերին առնչվող մեր ապահովագրական պլանների վերաբերյալ: Բանավոր թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարեք մեզ *(855) 665-4627 TTY: 711 հեռախոսահամարով: Անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կիմերերեն, չինարեն, պարսկերեն, ֆրանսերեն, ֆրանսիական կրեոլ, հինդի, մոնգորերեն, իտալերեն, գերմաներեն, ճապոներեն, կորեերեն, լաոսերեն, մյան, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբի, ռուսերեն, տագալոգ, սիամերեն, ուկրաիներեն կամ վիետնամերեն խոսող յուրաքանչյուր ոք կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:*

Cambodian:

- យើងមានសេវាផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកកាន់យើងតាមលេខ *(855) 665-4627 TTY: 711*។ *នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស្پ៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី បារាំង បារាំងក្រេអូល ហិណ្ឌូ ម៉ុង អ៊ីតាលី អាល្លឺម៉ង់ ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម្យ៉ាន ប៉ូឡូញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុនចាប៊ី រុស្ស៊ី តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន ឬជៀតណាម អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។*

Chinese:

- 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，聯絡我們即可，請撥打 *(855) 665-4627 TTY: 711。講英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、漢語、波斯語、法語、法語克里奧爾語、北印度語、苗語、意大利語、德語、日語、韓語、老撾語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加拉族語、泰語、烏克蘭語或越南語的人員可以為您提供幫助。這是免費的服務。*

Farsi:

- ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر پرسشی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهیکافی است از طریق شماره *TTY (855) 665-4627:* 711 با ما تماس بگیریدفردی که به زبان انگلیسی، اسپانیایی، عربی ارمنی، کامبوجی، چینی ،فارسی ،فرانسوی کریول فرانسوی هندی همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی کره ای لائوسی ،مین لهستانی پرتغالی ،پنجابی ،روسی ،تاگالوگ ،تایلندی اوکراینی یا ویتنامی صحبت میکند میتواند به شما کمک کند این خدمات رایگان است.

French:

- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. Pour profiter de ce service, il suffit de nous appeler au *(855) 665-4627 TTY: 711. Un interlocuteur maîtrisant l'anglais, l'espagnol, l'arabe, l'arménien, le cambodgien, le chinois, le farsi, le français, le créole français, l'hindi, le hmong, l'italien, l'allemand, le japonais, le coréen, le laotien, le mien, le polonais, le portugais, le punjabi, le russe, le tagalog, le thaïlandais, l'ukrainien ou le vietnamien pourra vous aider. Ce service est gratuit.*

Creole:

- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt jis rele nou nan *(855) 665-4627 TTY: 711. Yon moun ki pale Anglè, Espanyòl, Arab, Amenyen, Kanbòdj, Chinwa, Farsi, Fransè, Fransè Kreyòl, Hindi, Hmong, Italyen, Alman, Japonè, Koreyen, Laosyen, Mien, Polonè, Pòtigè, Punjabi, Ris, Tagalog, Thai, Ukrainian, oswa Vyetnamyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.*

Hindi:

- हमारे स्वास्थ्य या औषधि योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें *(855) 665-4627 TTY: 711 पर कॉल करें। अंग्रेजी, स्पेनिश, अरबी, अर्मेनियाई, कम्बोडियाई, चीनी, फ़ारसी, फ़्रेंच, फ़्रेंच क्रियोल, हिंदी, हमोंग, इतालवी, जर्मन, जापानी, कोरियाई, लाओटियन, मीन, पोलिश, पुर्तगाली, पंजाबी, रूसी, टैगालोग, थाई, यूक्रेनी, या वियतनामी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।*

Hmong:

- Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv thiab tshuaj kho mob.Kom tau txais tus kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm *(855) 665-4627 TTY: 711. Muaj tus neeg hais lus Askiv, Xab Pees Niv, AsLas Npiv, Asme Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Lis, Fab Kis, Fab Kis KesLaus, His Du, Hmoob, Is Tas Lij, Yias Lab Mas, Nyiv Pooj, Kaus Lim, Nplog, Co, Paus Lis, Pos Tus Kej, Pa Ca Npi, Lav Xias, Ta Ka Lov, Thaib, Yus Khees los sis Nyab Laj los pab koj.Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.*

Italian:

- Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per usufruire di un interprete, ci chiami al numero *(855) 665-4627 supporto telescrivente: 711. Una persona che parla inglese, spagnolo, arabo, armeno, cambogiano, cinese, farsi, francese, creolo francese, hindi, hmong, italiano, tedesco, giapponese, coreano, laotiano, mien, polacco, portoghese, punjabi, russo, tagalog, tailandese, ucraino o vietnamita la aiuterà. Il servizio è gratuito.*

German:

- Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetschdienstleistungen, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach an unter *(855) 665-4627 TTY: 711. Jemand, der Englisch, Spanisch, Arabisch, Armenisch, Kambodschanisch, Chinesisch, Farsi, Französisch, Französisch-Kreolisch, Hindi, Hmong, Italienisch, Deutsch, Japanisch, Koreanisch, Laotisch, Mien, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Russisch, Tagalog, Thai, Ukrainisch oder Vietnamesisch spricht, kann Ihnen helfen. Diese Dienstleistung ist kostenlos.*

Japanese:

- 当社の医療保険や処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の方は、*(855) 665-4627までお電話ください。TTY: 711。英語またはスペイン語、アラビア語、アルメニア語、カンボジア語、中国語、ペルシャ語、フランス語、クレオール語、ヒンディー語、モン語、イタリア語、ドイツ語、日本語、韓国語、ラオス語、ミエン語、ポーランド語、ポルトガル語、パンジャブ語、ロシア語、タガログ語、タイ語、ウクライナ語、ベトナム語を話せる者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。*

Korean:

- 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 의약품 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 *(855) 665-4627 TTY: 711로 전화하십시오. 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 프랑스어 크리올어, 힌디어, 몽족어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 펀자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.*

Laotian:

- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ *(855) 665-4627 TTY: 711. ມີຜູ້ທີ່ເວົ້າໄດ້ ພາສາອັງກິດ, ສະເປນ, ອາຣັບ, ອາເມນຽນ, ກໍາປູເຈຍ, ຈີນ, ຟາຊີ, ຝຣັ່ງ, ຝຣັ່ງ ເຄຣໂອ, ຮິນດູ, ມົ້ງ, ອິຕາລີ, ເຍຍລະມັນ, ຍີ່ປຸ່ນ, ເກົາຫຼີ, ລາວ, ມຽນ, �โปแลน, ปอกตุยกาน, ปันจาบี, ລັດເຊຍ, ตากาลอก, ไท, ອຸແກຣນ ຫຼື ຫວຽດນາມ ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ*

Mien:

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a’ fai ndie nyei sou-gorn.Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv *(855) 665-4627 TTY: 711.Ninh liepc maaih mienh haih gorngv ang gitv waac, Spanish waac, Arabic waac, Armenian waac, Cambodian waac, Janx-kaeqv waac, Farsi waac, French waac, French Creole waac, Hindi waac, Janx-ba’ miuh waac, Italian waac, German waac, Janx yi-bernv waac, Korean waac, Janx-laauv waac, Mienh waac, Polish waac, Portuguese waac, Punjabi waac, Russian waac, Tagalog waac, Janx-taiv waac, Ukrainian waac, a’ fai janx Vietnam waac liouh tengx faan waac bun meih.Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnangv.*

Polish:

- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia lekowego. Aby skorzystać z usługi tłumacza ustnego, proszę do nas zadzwonić pod numer *(855) 665-4627, z telefonów tekstowych: 711. Ktoś posługujący się językiem angielskim, hiszpańskim, arabskim, armeńskim, kambodżańskim, chińskim, perskim, francuskim, kreolskim, hindi, hmong, włoskim, niemieckim, japońskim, koreańskim, laotańskim, mien, polskim, portugalskim, pendżabskim, rosyjskim, tagalskim, tajskim, ukraińskim albo wietnamskim może Ci pomóc. Ta usługa jest bezpłatna.*

Portuguese:

- Disponibilizamos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, entre em contato conosco pelo telefone *(855) 665-4627 TTY: 711. Você pode ser auxiliado por alguém que fale inglês, espanhol, árabe, armênio, cambojano, chinês, farsi, francês, crioulo francês, hindi, hmong, italiano, alemão, japonês, coreano, laosiano, iu mien, polonês, português, punjabi, russo, tagalo, tailandês, ucraniano ou vietnamita. Esse é um serviço gratuito.*

Punjabi:

- ساڈی صحت یا ڈرگ منصوبے دے حوالے نال تہاڈے کسے وی سوالاں دا جواب دین لئی ساڈے مترجم دیاں مفت سروسز موجود نیں۔ مترجم حاصل کرن لئی سانوں *(855) 665-4627 TTY: 711* تے کال کرو۔ کوئی وی انگریزی، ہسپانوی، عربی، آرمینیائی، کمبوڈین، چینی، فارسی، فرانسیسی، کیرول، ہندی، ہمونگ، اطالوی، جرمن، جاپانی، کوریائی، لاؤسی، مین، پولش، پرتگالی، پنجابی، روسی، تگالوگ، تھائی، یوکرینی، یا ویتنامی بولن آلا تہاڈی مدد کر سکدا اے۔ ایہہ اک مفت سروس اے۔

Russian:

- Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру *(855) 665-4627, телетайп: 711. Вам поможет сотрудник, владеющий английским, испанским, арабским, армянским, кхмерским, китайским, фарси, французским, гаитянским креольским, хинди, хмонг-мьенским, итальянским, немецким, японским, корейским, лаосским, мьен, польским, португальским, пенджабским, русским, тагальским, тайским, украинским или вьетнамским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.*

Tagalog:

- Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng interpreter na makakasagot sa anumang tanong na maaaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter tumawag lang sa *(855) 665-4627 TTY: 711. Matutulungan ka ng isang taong nakakapagsalita ng English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Tagalog, Thai, Ukrainian, o Vietnamese. Isa itong libreng serbisyo.*

Thai:

- เรามีบริการล่ามให้บริการคุณฟรีสำหรับการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและแผนยาของเรา หากต้องการล่ามสามารถโทรหาเราได้ที่*(855) 665-4627 TTY: 711. สำหรับคนที่พูดภาษาอังกฤษ สเปน อารบิก อาร์เมเนีย กัมพูชา จีน ฟาร์ซี ฝรั่งเศส ครีโอลฝรั่งเศส ฮินดี ม้ง อิตาลี เยอรมัน ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เมี่ยน โปแลนด์ โปรตุเกส ปัญจาบ รัสเซีย ตากาล็อก ไทย ภาษายูเครนหรือภาษาเวียดนาม เราสามารถช่วยคุณได้ นี่เป็นบริการฟรีสำหรับคุณ*

Ukrainian:

- Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, який допоможе відповісти на будь-які запитання про наш план медичного страхування або план покриття ліків. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером *(855) 665-4627, телетайп: 711. Вам може допомогти людина, яка розмовляє англійською, іспанською, арабською, вірменською, кхмерською, китайською, фарсі, французькою, гаїтянською креольською, гінді, хмонг, італійською, німецькою, японською, корейською, лаоською, м'єн, польською, португальською, пенджабською, російською, тагальською, тайською, українською або в'єтнамською мовами. Ця послуга надається безкоштовно.*

Vietnamese:

- Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số *(855) 665-4627 TTY: 711. Sẽ có người nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina hoặc tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.*

فهرست مطالب

فصل 1: شروع به کار به‌عنوان یک عضو 11

فصل 2: شماره‌تلفن‌ها و منابع مهم 22

فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و سایر خدمات تحت‌پوشش شما 39

فصل 4: جدول مزایا 61

فصل 5: دریافت داروهای تجویزی سرپایی خود از طریق 118

فصل 6: آنچه برای داروهای تجویزی Medicare و Medicaid Medi-Cal خود پرداخت می‌کنید 135

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم‌مان از صورت‌حساب خدمات یا داروهای تحت‌پوشش 145

فصل 8: حقوق قانونی و مسئولیت‌های شما 151

فصل 9. اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه) از چه طریقی باید اقدام کنید 168

فصل 10: پایان دادن به عضویت‌تان در طرح ما 214

فصل 11: اطلاعیه‌های قانونی 221

فصل 12: تعاریف واژه‌های مهم 224

سلب مسئولیت‌ها

- پوشش Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) نوعی پوشش خدمات بهداشتی و درمانی مشروط به‌نام «حداقل پوشش ضروری» است. این پوشش از الزامات مسئولیت مشترک فردی براساس «مقررات محافظت از بیمار» و «قوانین مراقبت‌های پزشکی مقرون‌به‌صرفه(ACA)» پیروی می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد الزامات مسئولیت مشترک افراد به وب‌سایت خدمات درآمد داخلی یا به اختصار (IRS، Internal Revenue Service) در این نشانی مراجعه کنید: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.
- طرح Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) یک طرح بهداشتی و درمانی است که با Medicare و همچنین با برنامه ایالتی Medicaid قرارداد دارد. ثبت‌نام در Molina Medicare Complete Care Plus بستگی به تمدید قرارداد دارد.
- واجدشرایط بودن برای Model Benefit یا RI Programs ذیل مدل طراحی بیمهٔ مبتنی بر ارزش (VBID) تضمین نمی‌شود و درصورتی‌که واجدشرایط بودن شرکت‌کنندگان هدف برای Model Benefits یا RI Programs تضمین نشود یا امکان تعیین آن قبل از یک سال دورهٔ طرح وجود نداشته باشد، پس از عضویت در طرح توسط MAO و بر مبنای معیارهای مرتبط، مثل تشخیص‌های بالینی، معیارهای واجدشرایط بودن و شرکت در برنامه‌های مدیریت وضعیت بیماری تعیین می‌شود.
- طرح MediCare این طرح Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) را به‌منظور ارائهٔ این مزایا و یا مزایای پرداخت‌مشترک/بیمهٔ‌اشتراکی کم‌هزینه‌تر به‌عنوان بخشی از برنامه طراحی بیمهٔ مبتنی بر ارزش تأیید کرده است. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد راه‌های جدیدی را بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند.

اطلاعیه عدم تبعیض

Molina Healthcare (Molina) از همه قوانین حقوق مدنی فدرال قابل‌اجرا پیروی می‌کند، و بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، ملیت، قومیت، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمانی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا تمایلات جنسی، افراد را مستثنی نکرده و یا رفتار متفاوت با آن‌ها ندارد.

اگر تصور می‌کنید Molina بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، ملیت، قومیت، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمانی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا تمایلات جنسی تبعیضی قائل شده است، می‌توانید شکایت کنید از طریق:

هماهنگ‌کنندهٔ حقوق مدنی
200 Oceangate Long Beach, CA 90802
تلفن: شماره‌تلفن 3889-606 (866) روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی
شماره‌تلفن TTY: 711
فکس: 0610-499 (562)
ایمیل: civil.rights@MolinaHealthcare.com

می‌توانید شکایت را شخصاً یا توسط پست، فکس یا ایمیل ارائه کنید. اگر برای طرح شکایت به کمک نیاز دارید، هماهنگ‌کنندهٔ حقوق مدنی برای کمک به شما در دسترس است.

همچنین می‌توانید شکایت حقوق مدنی را از طریق تلفن، به‌صورت کتبی یا الکترونیکی به California Department of Health Care Services، بخش Office of Civil Rights ارائه دهید:

Deputy Director, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019 (800) 537-7697 (202) 619-3818 OCRMail@hhs.gov
www.hhs.gov/ocr

برای دریافت فرم‌های شکایت به این وب‌سایت مراجعه کنید: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

اگر تصور می‌کنید که Molina شما را به دلیل نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت مورد تبعیض قرار داده است، از طریق پورتال دفتر شکایات حقوق مدنی که در وب‌سایت زیر قابل‌دسترسی است، می‌توانید شکایت حقوق مدنی خود را به‌صورت الکترونیکی نزد وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات‌متحده، دفتر حقوق مدنی ثبت کنید:

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
یا از طریق پست به نشانی زیر ارسال کنید یا با شماره‌تلفن زیر تماس بگیرید:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201
800–537–7697 (TDD) یا 1–800–868–1019
فرم‌های شکایت در این وب‌سایت در دسترس هستند:
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

فصل 1: شروع به کار به‌عنوان یک عضو

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی دربارهٔ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) است؛ نوعی طرح بهداشتی و درمانی که همهٔ خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد، و همهٔ خدمات Medicare و Medi-Cal شما، و عضویت‌تان در آن را هماهنگ می‌کند. این فصل همچنین دربارهٔ نوع انتظاراتی که باید از طرح داشته باشید و اطلاعات دیگری که از ما دریافت خواهید کرد، توضیحاتی را ارائه می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به‌ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچهٔ راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. به طرح ما خوش آمدید 12

B. اطلاعات مربوط به Medicare و MediCall 12

B1. Medicare 12

B2. Medi-Cal 12

C. مزایای طرح ما 13

D. منطقه خدمات طرح ما 14

E. چه چیزی شما را واجدشرایط عضویت در طرح بهداشتی و درمانی می‌کند 14

F. وقتی که برای اولین‌بار عضو طرح بهداشتی و درمانی ما می‌شوید چه انتظاراتی باید داشته باشید 14

G. تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما 16

G1. تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی 16

G2. طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی 16

H. هزینه‌های ماهانهٔ شما برای Molina Medicare Complete Care Plus 16

H1. هزینهٔ ماهانهٔ طرح 16

H2. هزینهٔ ماهانهٔ بخش B طرح Medicare 17

H3. هزینهٔ ماهانهٔ مزایای تکمیلی اختیاری 17

I. کتابچه راهنمای اعضای شما 17

J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید 17

J1. کارت شناسایی اعضای شما 18

J2. *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* *18*

J3. فهرست داروهای تحت‌پوشش 20

J4. *توضیح مزایا* *20*

K. به‌روز نگه‌داشتن سابقهٔ عضویت‌تان 21

K1. حفظ حریم خصوصی مرتبط با اطلاعات بهداشتی و درمانی شخصی (PHI) 21

A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که واجدشرایط هر دو برنامه هستند، ارائه می‌دهد. طرح ما متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات بلندمدت و پشتیبانی‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت رفتاری و دیگر ارائه‌دهندگان است. همچنین مدیران پرونده و تیم‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را برای کمک به شما در زمینهٔ مدیریت ارائه‌دهندگان و خدمات‌تان در نظر گرفته‌ایم. همگی این افراد با همکاری یکدیگر، مراقبت‌های موردنیاز شما را ارائه می‌کنند.

ما در Molina Healthcare درک می‌کنیم که هرکدام از اعضا نیازهای متفاوت و جداگانه‌ای دارند. به همین دلیل است که Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) مزایای Medicare و Medi-Cal شما را در یک طرح تلفیق کرده است تا بتوانید کمک‌های شخصی‌سازی‌شده را دریافت کنید و آرامش‌خاطر بیشتری داشته باشید.

Molina Healthcare بیش از 35 سال پیش با هدف ارائهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باکیفیت به افراد بیشتر، خصوصا افرادی که بیشترین نیاز را به چنین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دارند، تأسیس شد. از آغاز تاکنون، Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) نیازهای اعضای خود را در اولویت قرار داده است و تا امروز به انجام این رویه ادامه داده‌ایم

به Molina Healthcare خوش آمدید. خانواده بزرگ شما.

B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

برنامه Medicare برنامه بیمه درمانی دولت فدرال برای افراد زیر است:

- افرادی با سن 65 سال یا بیشتر،
- برخی افراد با سن کمتر از 65 سال که ناتوانی‌های خاصی دارند، و
- افرادی که به مشکلات حاد کلیوی (نارسایی کلیه) مبتلا هستند.

B2. طرح Medi-Cal

برنامه Medi-Cal در ایالت California، Medi-Cal نامیده می‌شود. طرح Medi-Cal توسط ایالت اداره می‌شود و هزینه آن از طرف دولت ایالتی و دولت فدرال پرداخت می‌شود. طرح Medi-Cal به افراد با درآمدها و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه‌های خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) و هزینه‌های پزشکی را بپردازند. این طرح همچنین سایر خدمات و داروهایی را که تحت‌پوشش Medicare نیستند، نیز تحت‌پوشش قرار می‌دهد.

هر ایالتی در مورد این موارد تصمیم می‌گیرد:

- چه مواردی به‌عنوان درآمد و منابع مالی محسوب می‌شوند،
- چه کسی واجدشرایط است،
- چه خدماتی تحت‌پوشش است، و
- هزینه خدمات.

ایالت‌ها می‌توانند در مورد نحوه اداره برنامه‌هایشان تصمیم بگیرند اما مقررات دولت فدرال باید رعایت شود.

Medicare و ایالت کالیفرنیا طرح ما را تأیید کرده‌اند. شما می‌توانید از خدمات Medicare و Medi-Cal از طریق طرح ما برخوردار شوید تازمانی‌که:

- ما این طرح را ارائه می‌کنیم، و
- Medicare و ایالت کالیفرنیا به ما امکان ادامه ارائه این طرح را می‌دهند.

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

C. مزایای طرح ما

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

ما کمک خواهیم کرد مزایای Medicare و Medi-Cal شما همکاری بهتری داشته باشند و برای شما بهتر عمل کنند. برخی از این مزایا عبارت‌اند از:

- شما می‌توانید در مورد **اکثر نیازهای** مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود با ما همکاری کنید.
- شما یک تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دارید که به آن‌ها کمک می‌کنید امور را سر و سامان دهند. تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما می‌تواند شامل خود شما، ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، پزشکان، پرستاران، مشاوران یا دیگر متخصصین امر سلامت باشد.
- شما به یک مدیر پرونده دسترسی خواهید داشت. مدیر پرونده فردی است که با شما و با طرح ما و همچنین با تیم مراقبت‌های شما همکاری می‌کند تا یک طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تنظیم کنید.
- شما می‌توانید مراقبت‌های خود را با کمک تیم مراقبت و مدیر پرونده هدایت کنید.
- تیم مراقبت و مدیر پرونده با شما همکاری می‌کنند تا طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی متناسب با نیازهای درمانی شما طراحی شود. تیم مراقبت کمک می‌کند تا خدمات موردنیاز شما هماهنگ شوند. برای مثال، تیم مراقبت شما اطمینان حاصل می‌کند که:
  - پزشکان شما از کلیه داروهای مورد استفاده شما آگاه هستند تا اطمینان حاصل شود که داروهای صحیح را دریافت خواهید کرد و آن‌ها می‌توانند عوارض جانبی احتمالی حاصل از داروها را کم کنند.
  - نتایج آزمایش شما در صورت لزوم با همه پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان شما به اشتراک گذاشته می‌شود.

پیوستن اعضای جدید به طرح Molina Medicare Complete Care Plus: در بیشتر موارد، شما در اولین روز از ماه پس از درخواست ثبت‌نام در Molina Medicare Complete Care Plus برای مزایای Medicare خود در Molina Medicare Complete Care Plus ثبت‌نام خواهید کرد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Molina Medicare Complete Care Plus دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. درصورتی‌که سؤالی دارید لطفاً از طریق شماره‌تلفن 4627-665 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711 با ما تماس بگیرید.

D. منطقهٔ خدمات‌رسانی طرح ما

منطقهٔ خدمات‌رسانی ما شامل این شهرستان‌ها در ایالت کالیفرنیا است:

- شهرستان های لس آنجلس، سن دیگو، ریورساید و سن برددینو

فقط افرادی که در منطقهٔ خدمات‌رسانی ما زندگی می‌کنند می‌توانند به طرح ما ملحق شوند.

اگر به خارج از منطقهٔ خدمات‌رسانی ما نقل‌مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره تأثیرات نقل‌مکان به خارج از منطقهٔ خدمات‌رسانی ما، به **فصل 8** از کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.

E. چه چیزی شما را واجدشرایط عضویت در طرح می‌کند

تازمانی‌که شرایط زیر را داشته باشید برای عضویت در طرح ما واجدشرایط هستید:

- در منطقهٔ خدمات‌رسانی ما زندگی کنید (افراد زندانی حتی اگر از نظر فیزیکی در منطقهٔ جغرافیایی خدمات‌رسانی باشند به معنای این نیست که در اینجا زندگی می‌کنند) **و**
- در زمان عضویت سن‌تان 21 سال و یا بیشتر باشد، **و**
- هم بخش A از Medicare و هم بخش B از Medicare را داشته باشید، **و**
- شهروند ایالات‌متحده آمریکا باشید یا به‌صورت قانونی در ایالات‌متحده آمریکا حضور داشته باشید، **و**
- در حال حاضر واجدشرایط دریافت Medi-Cal باشید، **و**

اگر شرایط Medi-Cal را از دست بدهید اما انتظار برود که در طول 3 ماه دوباره واجدشرایط دریافت آن باشید، همچنان واجدشرایط طرح ما تلقی خواهید شد.

جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F. انتظارات شما هنگامی که برای اولین‌بار عضو طرح بهداشتی و درمانی ما می‌شوید

وقتی برای اولین‌بار به طرح ما ملحق می‌شوید، ظرف 90 روز قبل یا بعد از تاریخ مؤثر ثبت‌نام، ارزیابی ریسک بهداشت و سلامت (HRA) را دریافت می‌کنید.

ما باید یک HRA را برای شما تکمیل کنیم. این HRA مبنایی برای توسعه طرح مراقبتی شما است. ارزیابی HRA شامل سؤالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی، و سلامت رفتاری و عملکردی شما می‌باشد.

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

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

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

- شما، نماینده یا ارائه‌دهنده شما از ما می‌خواهید که به شما اجازه دهیم از ارائه‌دهنده فعلی خود استفاده کنید.
- ما تصدیق می‌کنیم که شما با یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا تخصصی، به‌استثنای برخی موارد، رابطه فعلی داشته‌اید. منظور ما از «رابطه فعلی» به این معنی است که شما در طول 12 ماه قبل از تاریخ عضویت اولیه خود در طرح ما حداقل یک‌بار برای ویزیت‌های غیر اورژانسی به یک ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.
  - ما با بررسی اطلاعات سلامت‌تان که در دسترس است و یا اطلاعاتی که شما به ما ارائه کرده‌اید، رابطه فعلی شما را تعیین می‌کنیم.
  - ما باید در طول 30 روز به درخواست شما پاسخ دهیم. شما همچنین می‌توانید از ما درخواست کنید تا سریع‌تر تصمیم‌گیری کنیم و ما باید ظرف 15 روز به شما پاسخ دهیم. اگر در معرض خطر آسیب‌دیدگی قرار دارید، ما باید در طول 3 روز به درخواست شما پاسخ دهیم.
  - شما یا ارائه‌دهنده خدمات شما باید مستندات مربوط به یک رابطه فعلی را نشان داده و در هنگام انجام درخواست توسط شما با شرایط خاصی موافقت کنید.

تذکر: شما می‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) برای حداقل 90 روز ارائه دهید، تا این‌که ما مجوز اجارهٔ جدید را صادر کنیم و از یکی از ارائه‌دهندگان شبکه بخواهیم تجهیزات اجاره‌ای را تحویل دهد. هرچند نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان حمل‌ونقل و سایر ارائه‌دهندگان کمکی ارائه دهید، همچنان می‌توانید برای خدمات حمل‌ونقل یا سایر خدمات کمکی که در طرح ما وجود ندارند، درخواست دهید.

پس از پایان دوره تداوم مراقبت باید از پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات در شبکه Molina Medicare Complete Care Plus که به گروه پزشکی ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های اولیه شما وابسته‌اند استفاده کنید، مگر این‌که با پزشک خارج از شبکه شما توافق کنیم. ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح بهداشتی و درمانی همکاری می‌کند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه (PCPs) در طرح بهداشتی و درمانی ما به انجمن‌های مستقل پزشکی (IPAs) و گروه‌های پزشکی وابستگی دارند. هنگامی‌که PCP خود را انتخاب می‌کنید، IPA یا گروه پزشکی وابسته خود را نیز انتخاب می‌کنید. این بدان معناست که PCP شما، شما را به متخصصین و خدمات IPA یا گروه پزشکی وابسته به خود ارجاع می‌دهد. IPA یا گروه پزشکی یک انجمن متشکل از PCPها و متخصصین است که برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هماهنگ‌شده به شما ایجاد شده است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، به فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G. تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما

G1. تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

یک تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌تواند به شما کمک کند تا مراقبت‌های موردنیاز خود را دریافت کنید. یک تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ممکن است شامل پزشک، مدیر پرونده یا سایر افراد مرتبط با بهداشت و درمان باشند که شما انتخاب می‌کنید.

مدیر پرونده، شخصی است که برای کمک به شما دررابطه‌با مدیریت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی موردنیاز شما آموزش دیده است. یک مدیر پرونده در هنگام ثبت‌نام در طرح ما به شما تخصیص داده می‌شود. این شخص همچنین شما را به منابع اجتماعی دیگری که ممکن است طرح ما را ارائه نکنند، ارجاع می‌دهد و با تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما برای هماهنگی مراقبت از شما همکاری خواهد کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره «مدیر پرونده» و تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود، با شماره‌تلفن‌های پایین صفحه با ما تماس بگیرید.

G2. طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما برای تدارک یک طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با شما همکاری خواهد کرد. یک طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، خدمات موردنیاز شما و نحوه دریافت آن‌ها را به شما و پزشکان‌تان اطلاع می‌دهد. این طرح شامل خدمات پزشکی، سلامت رفتاری، و خدمات پشتیبانی بلندمدت (LTSS) یا سایر خدمات شما می‌باشد.

طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما شامل این موارد می‌باشد:

- اهداف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما، **و**
- برنامه زمانی برای وقتی‌که باید خدمات موردنیاز خود را دریافت کنید.

تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما پس از ارزیابی HRA با شما ملاقات می‌کند. آن‌ها در مورد خدمات موردنیازتان با شما صحبت می‌کنند. آن‌ها همچنین در مورد خدماتی که ممکن است شما علاقه‌مند به دریافت آن‌ها باشید با شما صحبت می‌کنند. طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما بر اساس نیازها و اهداف شما ایجاد شده است. تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌تان با شما همکاری خواهد کرد تا حداقل هر سال طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود را به‌روزرسانی کنید.

H. هزینه‌های ماهانهٔ شما برای Molina Medicare Complete Care Plus

هزینه‌های شما ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- هزینهٔ ماهانهٔ طرح (بخش H1)
- هزینهٔ ماهانهٔ بخش B طرح Medicare (بخش H2)
- هزینهٔ ماهانهٔ مزایای تکمیلی اختیاری (بخش H3)

در برخی شرایط، هزینهٔ ماهانهٔ طرح‌تان ممکن است کمتر باشد.

H1. هزینهٔ ماهانهٔ طرح

به‌عنوان عضوی از طرح‌تان، باید هزینهٔ ماهانه‌ای را برای طرح پرداخت کنید. هزینهٔ ماهانهٔ طرح Molina Medicare Complete Care Plus برای سال 2024 برابر با $0 است.

H2. هزینهٔ ماهانهٔ بخش B طرح Medicare

بسیاری از اعضا ملزم به پرداخت هزینه‌های ماهانهٔ دیگری برای Medicare هستند

برخی از اعضا ملزم به پرداخت هزینه‌های ماهانهٔ دیگری برای Medicare هستند. همان‌طور که در بخش E در بالا شرح داده شده است، برای این‌که شرایط عضویت در طرح ما را داشته باشید، باید شرایط عضویت در طرح Medi-Cal و همچنین هر دو بخش A و B طرح Medicare را داشته باشید. طرح Medi-Cal هزینهٔ ماهانهٔ بخش A از Medicare (درصورتی‌که به‌صورت خودکار شرایط دریافت آن را نداشته باشید) و بخش B از Medicare اکثر اعضای Molina Medicare Complete Care Plus را پرداخت می‌کند.

اگر Medi-Cal هزینه‌های ماهانهٔ طرح Medicare شما را پرداخت نمی‌کند، برای این‌که همچنان عضو طرح بمانید باید خودتان هزینه‌های ماهانهٔ طرح Medicare خود را پرداخت کنید. این هزینه‌ها شامل هزینهٔ ماهانهٔ بخش B از Medicare نیز می‌شود. برای اعضایی که شرایط دریافت **هزینهٔ ماهانهٔ رایگان** بخش A از Medicare را ندارند، این هزینه‌ها همچنین ممکن است بخش A از Medicare را نیز شامل شود. علاوه‌براین، لطفاً با بخش خدمات اعضا یا مدیر پرونده‌تان تماس بگیرید، و این تغییر را به آن‌ها اطلاع دهید.

H3. هزینهٔ ماهانهٔ مزایای تکمیلی اختیاری

اگر برای «مزایای افزوده»، که «مزایای تکمیلی اختیاری» نیز نامیده می‌شود، ثبت‌نام کرده باشید، هر ماه باید هزینهٔ بیشتری را برای این مزایای اضافی بپردازید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 4، بخش E مراجعه کنید.

I. *کتابچه راهنمای اعضای شما*

کتابچه راهنمای اعضای شما بخشی از قرارداد ما با شما است. این امر بدان معنا است که ما باید از تمام قوانین موجود در این سند پیروی کنیم. اگر فکر می‌کنید که ما در موردی خلاف این قوانین عمل کرده‌ایم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید. برای کسب اطلاعات درباره تجدیدنظرها، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید، یا با شماره‌تلفن (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.

می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌تلفن‌های موجود در پایین صفحه، کتابچه راهنمای اعضا را درخواست کنید. همچنین می‌توانید به کتابچه راهنمای اعضا بر روی وب‌سایت ما به‌نشانی MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.

این قرارداد برای ماه‌هایی که از تاریخ **1/1/2024** تا **12/31/2024** عضو طرح ما می‌باشید، قابل‌اجرا است.

J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید

اطلاعات مهم دیگری که در اختیار شما قرار می‌دهیم شامل کارت شناسایی عضو، اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها، و اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به فهرست داروهای تحت‌پوشش است که به‌عنوان مجموعه *فهرست‌ها* نیز شناخته می‌شود.

J1. کارت شناسایی اعضای شما

در طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما، یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود، شامل خدمات LTSS، برخی خدمات سلامت رفتاری و داروهای تجویزی خواهید داشت. هنگام دریافت هرگونه خدمات یا داروهای تجویزی خود باید این کارت را نشان دهید. این یک نمونه از کارت شناسایی اعضا است:

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

تازمانی‌که یکی از اعضای طرح ما هستید، برای دریافت اکثر خدمات نیازی به استفاده از کارت قرمز، سفید و آبی رنگ Medicare یا کارت Medi-Cal خود ندارید. از این کارت‌ها را در محل امنی نگهداری کنید چون ممکن است بعداً به آن‌ها نیاز داشته باشید. اگر کارت Medicare خود را به‌جای کارت شناسایی اعضا نشان دهید، ارائه‌دهنده ممکن است به‌جای طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما برای Medicare صورت‌حساب را بفرستد و شما ممکن است صورت‌حسابی را دریافت نمایید. برای اطلاع از این‌که در صورت دریافت صورت‌حساب از ارائه‌دهنده‌های خدمات چه کاری باید انجام دهید، به **فصل 7** از *کتابچه راهنمای اعضای* خود مراجعه کنید.

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

J2. *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها*

فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها، فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های موجود در شبکه طرح ما را نشان می‌دهد. مادامی‌که عضو طرح ما هستید، باید از ارائه‌دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت‌پوشش استفاده کنید.

می‌توانید از طریق تماس با «خدمات اعضا» با شماره‌تلفن‌های موجود در پایین صفحه، *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* را (در قالب نسخه الکترونیکی یا نسخه چاپی) درخواست کنید. درخواست‌ها برای نسخه چاپی «فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها» در طول سه روز کاری برای شما ارسال می‌شود.

همچنین می‌توانید به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* به‌نشانی www.MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.

این راهنما، فهرستی از پزشکان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه (PCP)، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد که به‌عنوان عضو Molina Healthcare در اختیار شما قرار دارند. می‌توانید اطلاعات زیر را نیز در مورد پزشکان Molina Healthcare و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در فهرست ارائه‌دهندگان خود پیدا کنید:

- نام‌ها
- نشانی‌ها
- شماره‌تلفن‌ها
- زبان‌هایی که صحبت می‌کنند
- در دسترس بودن موقعیت‌های مکانی خدمات
- امتیازها / وابستگی‌های بیمارستانی
- گروه پزشکی

این نکته اهمیت دارد که بیماران بتوانند به‌آسانی به پزشکان مراجعه کنند و مطب‌های پزشکان هرگونه کمکی که برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی لازم است را ارائه کنند. اطلاعات دسترسی فیزیکی برای موارد زیر ذکرشده است:

- دسترسی پایه
- دسترسی محدود

ما در فهرست‌های ارائه‌دهندگان خود از نمادهای شاخص دسترسی‌پذیری زیر برای نشان دادن سایر مکان‌های دسترسی به دفتر ارائه‌دهندگان خدمات استفاده می‌کنیم:

- P = پارکینگ
- EB = ساختمان بیرونی
- IB = ساختمان داخلی
- W = اتاق انتظار
- R = سرویس بهداشتی
- E = اتاق معاینه
- T = میز معاینه
- S = ترازوی وزن‌کشی برای ویلچیر

همچنین اطلاعات مربوط به پذیرش بیماران جدید توسط ارائه‌دهنده (پزشکان، بیمارستان‌ها، متخصصین یا درمانگاه‌ها) در فهرست ارائه‌دهندگان یا به‌صورت آنلاین در وب‌سایت www.MolinaHealthcare.com/Medicare. موجود است.

تعریف ارائه‌دهندگان عضو شبکه

- ارائه‌دهندگان شبکه ما عبارت‌اند از:
  - پزشکان، پرستاران و دیگر متخصصین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که می‌توانید به‌عنوان اعضای طرح ما از آن‌ها استفاده کنید؛
  - درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها و دیگر مکان‌هایی که خدمات بهداشتی و درمانی را در طرح ما ارائه می‌کنند؛ **و**
  - خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)، خدمات سلامت رفتاری، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی در منزل، ارائه‌دهندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و دیگر ارائه‌دهندگان کالا و خدمات به شما از طریق Medicare یا Medi-Cal.

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

تعریف داروخانه‌های عضو شبکه

- داروخانه‌های شبکه، داروخانه‌هایی هستند که موافقت کرده‌اند داروهای تجویزی را به اعضای طرح ما ارائه کنند. با استفاده از *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* می‌توانید داروخانه شبکه موردنظر خود را انتخاب کنید.
  - به‌جز در طول مواقع اضطراری،اگر می‌خواهید که طرح ما به شما کمک کند هزینه داروهای تجویزی را بپردازید، باید داروهای تجویزی خود را از یکی از داروخانه‌های شبکه ما تهیه کنید.

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

J3. فهرست داروهای تحت‌پوشش

این طرح دارای *فهرست داروهای تحت‌پوشش* است. ما به اختصار به آن «فهرست دارو» می‌گوییم. این فهرست به شما می‌گوید که طرح ما کدام داروهای تجویزی را پوشش می‌دهد.

فهرست دارو همچنین به شما می‌گوید که آیا قوانین یا محدودیت‌هایی برای هر دارو وجود دارد یا خیر، مانند محدودیت در مقداری که می‌توانید دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.

ما هر سال اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به فهرست دارو را برای شما ارسال می‌کنیم اما بعضی از تغییرات ممکن است در طول سال رخ دهند. برای دریافت به‌روزترین اطلاعات در مورد داروهای تحت‌پوشش، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وب‌سایت ما که نشانی آن در پایین صفحه آمده است، دیدن کنید.

J4. توصیف مزایا

وقتی از مزایای داروهای تجویزی بخش D از Medicare خود استفاده می‌کنید، خلاصه‌ای را برایتان ارسال می‌کنیم تا از پرداخت‌های مربوط به داروهای تجویزی بخش D از Medicare خود مطلع شوید و آن‌ها را پیگیری کنید. به این خلاصه، *توصیف مزایا* (یا EOB) گفته می‌شود.

در توصیف مزایا (EOB) درباره مبلغ کل خرج‌شده توسط شما، یا خرج‌شده توسط دیگران از جانب شما برای داروهای تجویزی بخش D از Medicare خود و مبلغ کلی که ما برای هر کدام از داروهای تجویزی بخش D از Medicare شما در طول ماه پرداخت کرده‌ایم، توضیحاتی ارائه شده است. این EOB یک صورت‌حساب نیست. این EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید، ارائه می‌دهد: مانند افزایش قیمت آن‌ها و سایر داروهایی که با سهم هزینه کمتر موجود است. می‌توانید درباره این گزینه‌های کم‌هزینه‌تر با تجویزکننده داروی خود صحبت کنید. **فصل 6** از کتابچه راهنمای اعضای شما در مورد EOB و این‌که چگونه به شما کمک می‌کند پوشش دارویی خود را پیگیری کنید، اطلاعات بیشتری به شما می‌دهد.

شما همچنین می‌توانید برای EOB درخواست کنید. برای دریافت یک یک‌بار، با خدمات اعضا از طریق شماره‌تلفن‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

K. به‌روز نگه‌داشتن سابقه عضویت‌تان

با اطلاع دادن به ما از تغییرات در اطلاعاتتان، می‌توانید سابقه عضویت خود را به‌روز نگه دارید.

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

در موارد زیر فوراً به ما اطلاع دهید:

- تغییرات در نام، نشانی یا شماره‌تلفن‌تان؛
- تغییرات در مورد هرگونه پوشش بیمه درمانی دیگر، مثلاً از طرف کارفرمای شما، کارفرمای همسرتان، یا کارفرمای شریک زندگی شما، یا بیمه بیماری و از کارافتادگی کارگران؛
- هرگونه ادعاهای مسئولیت، مثل ادعاهای ناشی تصادف با اتومبیل؛
- پذیرش در آسایشگاه یا بیمارستان؛
- دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از یک بیمارستان یا بخش اورژانس؛
- تغییرات در مراقبت شما (یا هر کسی که مسئول مراقبت از شما است)؛ و،
- در صورت مشارکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی. (**تذکر:** لازم نیست در مورد یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که در آن هستید یا بخشی از آن هستید به ما اطلاع دهید، اما ما، شما را تشویق می‌کنیم که این کار را انجام دهید.)

در صورت بروز هرگونه تغییر در اطلاعات، با شماره‌تلفن‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید.

اعضا می‌توانند برای تغییر پزشک خود، به‌روزرسانی اطلاعات تماس‌شان، درخواست کارت شناسایی جدید، دریافت یادآوری‌های بهداشتی و درمانی دربارهٔ خدماتی که نیاز دارند، یا مشاهدهٔ سابقهٔ خدمات‌شان یک حساب آنلاین My Molina بسازند. برای ساخت یا دسترسی به حساب My Molina خود، به نشانی https://member.molinahealthcare.com مراجعه کنید.

K1. حفظ حریم خصوصی مرتبط با اطلاعات بهداشتی و درمانی شخصی (PHI)

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

فصل 2: شماره‌تلفن‌ها و منابع مهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس را برای منابع مهم در اختیار شما قرار می‌دهد که می‌تواند به شما کمک کند به سؤالات خود در مورد طرح ما و مزایای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود پاسخ دهید. همچنین می‌توانید از این فصل برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه تماس با مدیر پرونده خود و سایر افراد جهت دفاع از طرف شما استفاده کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به‌ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچهٔ راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. خدمات اعضا 23
B. مدیر پرونده شما 25
C. طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) 26
D. خط تلفن مشاوره پرستاری 28
E. خط بحران سلامت رفتاری 29
F. سازمان بهبود کیفیت (QIO) 29
G. طرح Medicare 30
H. طرح Medi-Cal 31
I. دفتر رسیدگی به شکایات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شده و سلامت روان Medi-Cal 32
J. خدمات اجتماعی شهرستان 33
K. طرح سلامت روان تخصصی شهرستان 34
L. اداره مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شده در کالیفرنیا 34
M. برنامه‌هایی جهت کمک به افراد در پرداخت هزینهٔ داروهای تجویزی‌شان 35
M1. کمک اضافی (Extra Help) 35
M2. برنامهٔ کمک دارویی بیماری ایدز (ADAP) 35
N. تأمین اجتماعی 35
O. هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن (RRB) 36
P. بیمهٔ گروهی یا سایر بیمه‌های اعطایی از سوی کارفرمایان 37
Q. سایر منابع 37
R. طرح دندان‌پزشکی Medi-Cal 38

A. خدمات اعضا

با شماره‌تلفن	4627-665 (855) تماس بگیرید. برقراری تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی فناوری‌های کمکی، ازجمله گزینه‌های خدمات خودمحور و پست صوتی، در روزهای تعطیل، بعد از ساعات کاری عادی و شنبه‌ها و یکشنبه‌ها در دسترس هستند. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای افرادی ارائه می‌دهیم که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند.
شماره‌تلفن TTY:	711. برقراری تماس رایگان است. این شماره‌تلفن برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره‌تلفن باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید. از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی.
فکس	**برای خدمات پزشکی:** فکس: 6186-507 (310) **برای خدمات (Rx) بخش D:** فکس: 1309-290 (866)
ارسال نامه	**برای خدمات پزشکی:** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **برای خدمات (Rx) بخش D:** 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
وب‌سایت	www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

- سؤالاتی درباره طرح
- سؤالاتی در مورد مطالبات یا صورت‌حساب
- تصمیمات دربارهٔ پوشش‌دهی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود
  - تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود به تصمیمی گفته می‌شود که دررابطه‌با این موارد گرفته می‌شود:
    - مزایا و خدمات تحت‌پوشش شما **یا**
    - مبلغی که ما برای خدمات بهداشتی و درمانی شما پرداخت می‌کنیم.
  - اگر در زمینهٔ تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود سؤالی دارید، با ما تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش‌دهی، **به فصل 9**، کتابچهٔ راهنمای *اعضا خود مراجعه کنید*.
- تجدیدنظرها دربارهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌تان

- درخواست تجدیدنظر یک درخواست رسمی از ما نسبت به بررسی تصمیمی است که درباره داروهای تحت‌پوشش شما گرفته‌ایم و این که اگر فکر می‌کنید تصمیم ما اشتباه است یا با آن مخالفتی دارید از ما بخواهید آن را تغییر دهیم.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، **به فصل 9** *کتابچه راهنمای اعضای* خود مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- شکایات دررابطه‌با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی
  - شما می‌توانید درباره ما یا هر ارائه‌دهنده‌ای شکایت کنید (ازجمله ارائه‌دهندگان درون شبکه یا خارج از شبکه). ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح ما کار می‌کند. همچنین می‌توانید دربارهٔ کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که دریافت می‌کنید به ما یا سازمان بهبود کیفیت (QIO) شکایت کنید (**به بخش F مراجعه کنید**).
  - از طریق این شماره‌تلفن می‌توانید با ما تماس بگیرید و شکایت خود را شرح دهید:4627-665 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی.
  - اگر نسبت به تصمیم‌گیری درباره پوشش طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود شکایت دارید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید (به بخش بالا مراجعه کنید).
  - شما می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین موجود در این نشانی استفاده کنید:www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. یا این‌که با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید تا راهنمایی دریافت کنید.
  - از طریق تماس با شماره‌تلفن 1-888-804-3536 می‌توانید نسبت به طرح ما در برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds Program شکایت کنید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایت در مورد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود، به **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- تصمیمات دربارهٔ پوشش‌دهی داروهای شما
  - تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی داروهای شما به تصمیمی گفته می‌شود که دررابطه‌با این موارد گرفته می‌شود:
    - مزایا و داروهای تحت‌پوشش شما **یا**
    - مبلغی که ما برای داروهای شما می‌پردازیم.
  - داروهایی که تحت‌پوشش Medicare نیستند، مانند داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص، ممکن است تحت‌پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وب‌سایت Medi-Cal Rx به‌نشانی (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره‌تلفن 2273-977-800 تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درخصوص تصمیمات پوشش‌دهی در مورد داروهای تجویزی خود، به **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- درخواست تجدیدنظر در مورد داروهای شما
  - درخواست تجدیدنظر راهی برای درخواست از ما برای تغییر تصمیم پوشش‌دهی است.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر در مورد داروهای تجویزی خود، به **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.*
- شکایات در مورد داروهای شما

- شما می‌توانید از ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این شامل شکایت در مورد داروهای تجویزی شما نیز می‌شود.
- اگر دربارهٔ تصمیمات گرفته‌شده در خصوص پوشش‌دهی داروهای تجویزی‌تان شکایتی دارید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (به بخش بالا مراجعه کنید.)
- شما می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین موجود در این نشانی استفاده کنید:www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. یا این‌که با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید تا راهنمایی دریافت کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ درخواست تجدیدنظر در مورد داروهای تجویزی خود، به **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید*.

- پرداخت برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یا داروهایی که قبلاً هزینه آن‌ها را پرداخت کرده‌اید

- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست بازپرداخت هزینه یا پرداخت صورت‌حساب دریافتی، به **فصل 7** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- اگر از ما درخواست پرداخت صورت‌حساب خود را داشته باشید و ما هر بخشی از درخواست شما را رد کنیم، می‌توانید نسبت به تصمیم‌گیری ما درخواست تجدیدنظر داشته باشید. به **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید*.

B. مدیر پرونده شما

مدیر پرونده Molina Medicare Complete Care Plus مخاطب اصلی شما است. این فرد کمک می‌کند تا تمام ارائه‌دهندگان و خدمات خود را مدیریت کنید و مطمئن شوید تا آنچه را که نیاز دارید، دریافت می‌کنید. در صورت نیاز و با تماس با مدیر پرونده یا خدمات اعضا، شما و/یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما ممکن است درخواست تغییر مدیر پرونده انتصابی را داشته باشید. علاوه‌براین، کارکنان Molina Medicare Complete Care Plus ممکن است بر اساس نیازهای شما (فرهنگی / زبانی / جسمی / سلامت رفتاری) یا موقعیت مکانی شما، تغییراتی را در تخصیص مدیر پرونده شما ایجاد کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

با شماره‌تلفن	4627-665 (855) تماس بگیرید. برقراری تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی فناوری‌های کمکی، ازجمله گزینه‌های خدمات خودمحور و پست صوتی، در روزهای تعطیل، بعد از ساعات کاری عادی و شنبه‌ها و یکشنبه‌ها در دسترس هستند. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمهٔ شفاهی رایگان را ارائه می‌دهیم.
شماره‌تلفن TTY:	711. برقراری تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی.
ارسال نامه به:	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
وب‌سایت	www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

برای دریافت کمک در موارد زیر، با «مدیر پرونده‌تان» تماس بگیرید:

- سؤالات درباره مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌تان
- سؤالات دربارهٔ نحوه دریافت خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روان و اختلال سوءمصرف مواد)
- سؤالات دربارهٔ مزایای دندان‌پزشکی
- سؤالات دربارهٔ حمل‌ونقل برای نوبت‌های پزشکی

خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) شامل خدمات بزرگ‌سالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS)، و آسایشگاه‌ها (NF) می‌شود.

در برخی‌مواقع می‌توانید دررابطه‌با نیازهای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و زندگی روزانه، کمک‌هایی دریافت کنید.

ممکن است این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات بزرگ‌سالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS)،
- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی توسط پرستار حرفه‌ای،
- فیزیوتراپی،
- کاردرمانی،
- گفتاردرمانی،
- خدمات اجتماعی پزشکی، **و**
- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خانگی.
- خدمات پشتیبانی در خانه (In-Home Supportive Services)، از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستان،
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات LTSS خود، می‌توانید با Molina Medicare Complete Care Plus با شماره‌تلفن 4627-665 (855) تماس بگیرید.

C. برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP، Health Insurance Counseling and Advocacy Program)

برنامه کمکی بیمهٔ درمانی ایالتی (SHIP)، در زمینه بیمه درمانی به افراد دارای Medicare به‌صورت رایگان مشاوره می‌دهد. در کالیفرنیا، SHIP برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) خوانده می‌شود. مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا در زمینه برطرف کردن مشکلاتتان تصمیم‌گیری کنید. HICAP دارای مشاورین آموزش‌دیده‌ای در همهٔ کشورها است و خدمات آن رایگان است.

HICAP با هیچ شرکت بیمه یا طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مرتبط نیست.

اطلاعات تماس	**شهرستان لس‌آنجلس:** شماره‌تلفن 4519-383 (213)، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 08:30 صبح تا 4:30 بعدازظهر به وقت محلی. **شهرستان‌های ریورساید و سن‌برناردینو:** (909)-256-8369 دوشنبه تا جمعه از 9 صبح تا 4 بعدازظهر به وقت محلی. **شهرستان سن‌دیگو:** 8772-565 (858)، دفتر – سن‌دیگو 0223-353 (760)، دفتر – ایمپریال
شماره‌تلفن TTY:	711. این شماره‌تلفن برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره‌تلفن باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.
ارسال نامه به	**شهرستان لس‌آنجلس:** مرکز حقوق مراقبت‌های بهداشتی و درمانی 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 **شهرستان‌های ریورساید و سن‌برناردینو:** اطلاعات HICAP 2280 Market Street, Ste. 140 Riverside, CA 92501 **شهرستان سن‌دیگو:** Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
وب‌سایت	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP

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

- سؤالات دربارهٔ Medicare
- مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما در مورد تغییر به طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جدید پاسخ داده و در موارد زیر به شما کمک کنند:
  - آگاهی کامل از حقوق‌تان،
  - آشنایی با گزینه‌های طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما،
  - ارائه شکایات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یا درمان شما، **و**
  - شفاف‌سازی مشکلات در ارتباط با صورت حساب‌های دریافتی شما.

D. خط تلفن مشاوره پرستاری

شما می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 365 روز سال با خط مشاوره پرستاری Molina Healthcare تماس بگیرید. این سرویس شما را با یک پرستار دارای صلاحیت در تماس قرار داده که دررابطه‌با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به زبان خودتان به شما مشاوره می‌دهد و شما را در مورد محلی که می‌توانید مراقبت‌های بهداشتی و درمانی موردنیاز خود را دریافت کنید، راهنمایی می‌کند. خط مشاوره پرستاری ما برای ارائه خدمات به تمامی اعضای Molina Healthcare در سرتاسر آمریکا در دسترس می‌باشد. خط تلفن مشاوره پرستاری یا Nurse Advice Line یک مرکز تماس مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد تأیید URAC است. مجوز URAC بدین معنی است که خط تلفن مشاوره با پرستار ما تعهدی جامع به کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، بهبود روال‌ها و کسب نتایج بهتر برای بیمار را نشان داده است. خط مشاوره پرستار ما همچنین توسط NCQA در بخش محصولات اطلاعات بهداشتی و درمانی (HIP، Health Information Products) برای خط اطلاعات بهداشتی و درمانی 24 ساعته و بدون تعطیلی‌مان تأیید شده است. NCQA مطابق با استانداردهای اطلاعات بهداشتی و درمانی NCQA مربوط به طرح‌های بهداشتی و درمانی طراحی شده است.

خط تلفن مشاوره با پرستار ایمنی شما را بررسی می‌کند، شما را با خدمات اورژانسی در تماس قرار می‌دهد، یک ارائه‌دهنده خدمات سلامت رفتاری و منابع اجتماعی لازم را پیدا می‌کند، و شما را به مدیر پرونده Molina Medicare Complete Care Plus ارجاع می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) با شماره‌تلفن 4627-665 (855) تماس بگیرید.

اگر فوراً به کمک نیاز دارید یا این‌که مطمئن نیستید چه کاری باید انجام دهید، باید با خط تلفن مشاوره با پرستار تماس بگیرید. اگر یک مورد اورژانسی دارید که ممکن است منجر به آسیب و مرگ شما یا دیگران شود، به بخش اورژانس نزدیکترین بیمارستان محل خود مراجعه کنید یا این‌که با 911 تماس بگیرید.

اگر دربارهٔ سلامت‌تان یا مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌تان سؤالی دارید می‌توانید با خط تلفن مشاوره پرستاری تماس بگیرید.

با شماره‌تلفن	8750-275 (888) تماس بگیرید، این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای افرادی ارائه می‌دهیم که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند.
شماره‌تلفن TTY:	711. برقراری تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره‌تلفن باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته

E. خط بحران سلامت رفتاری

اگر به مراقبت‌های سلامت روان فوری نیاز دارید، برای درخواست کمک می‌توانید با طرح سلامت روان شهرستان در شهرستان‌تان تماس بگیرید. علاوه‌براین، 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته می‌توانید برای حمایت بحرانی رایگان و محرمانه با شماره 988 تماس بگیرید یا پیامک دهید.

اطلاعات تماس	**برای شهرستان لس‌آنجلس:** دپارتمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس 1-800-854-7771 (خط مشاورهٔ شبانه‌روزی) - شماره‌تلفن TTY: 711 **برای شهرستان ریورساید:** سیستم بهداشت و درمان دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری 1-800-499-3008 **برای شهرستان سن‌برناردینو:** دپارتمان سلامت رفتاری شهرستان سن‌برناردینو 1-888-743-1478 (خط مشاورهٔ شبانه‌روزی) یا 1-800-968-2636 (خط مشاورهٔ شبانه‌روزی در زمینهٔ اختلال سوءمصرف مواد) **برای شهرستان سن‌دیگو:** خدمات سلامت رفتاری سن‌دیگو 1-888-724-7240 (خط مشاورهٔ مواقع بحرانی شبانه‌روزی) - شماره‌تلفن TTY: 711

F. سازمان بهبود کیفیت (QIO):

ایالت ما دارای سازمانی به نام Livanta است. این سازمان متشکل از گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است که به بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به اعضای Medicare کمک می‌کنند. Livanta با طرح ما ارتباطی ندارد.

اطلاعات تماس	(877) 588-1123
شماره‌تلفن TTY	711 این شماره‌تلفن برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره‌تلفن باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.
ارسال نامه به	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
وب‌سایت	https://livantaqio.com/en/states/california

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

- سؤالات درباره حقوق‌تان در زمینهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی
- در موارد زیر می‌توانید دررابطه‌با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که دریافت کرده‌اید، شکایت کنید:
  - اگر با کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مشکلی دارید،
  - اگر فکر می‌کنید که مدت‌زمان بستری شدن شما در بیمارستان بسیار زود در حال اتمام است، **یا**
  - فکر می‌کنید که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در خانه، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی آسایشگاه تخصصی یا خدمات مرکز توان‌بخشی جامع بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) بسیار زود در حال اتمام است.

G. Medicare

Medicare برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 ساله و بالاتر، بعضی از افراد زیر 65 سال دارای ناتوانی و افرادی با مشکلات کلیوی حاد (نارسایی کلیوی دائمی که در نتیجه آن به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز باشد) است.

سازمان فدرال مسئول Medicare، مراکز خدمات Medicare & Medicaid یا CMS است.

اطلاعات تماس	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس‌ها با این شماره‌تلفن در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته رایگان است.
شماره‌تلفن TTY	1-877-486-2048. برقراری تماس رایگان است. این شماره‌تلفن برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره‌تلفن باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.
وب‌سایت	www.medicare.gov این وب‌سایت رسمی Medicare است. جدیدترین اطلاعات مربوط به Medicare در این وب‌سایت در اختیار شما قرار می‌گیرد. این مرکز همچنین دارای اطلاعاتی در مورد بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان، پزشکان، آژانس‌های مراقبت بهداشتی در منزل، امکانات دیالیز، مراکز توان‌بخشی بیماران بستری و آسایشگاه‌ها است. که شامل وب‌سایت‌ها و شماره‌تلفن‌های مفید است. این وب‌سایت کتابچه‌ای دارد که مستقیماً از طریق کامپیوتر قابل چاپ است. اگر کامپیوتر ندارید، در کتابخانه محلی یا مرکز نگهداری افراد مسن ممکن است به شما کمک شود تا با استفاده از کامپیوتر موجود در این مراکز از این وب‌سایت دیدن کنید. یا می‌توانید از طریق شماره‌تلفن‌های فوق با Medicare تماس بگیرید و به آن‌ها بگویید که در جستجوی چه اطلاعاتی هستید. آن‌ها اطلاعات را در وب‌سایت پیدا می‌کنند و اطلاعات را با شما بررسی می‌کنند.

H. Medi-Cal

Medi-Cal در ایالت California، Medicaid نامیده می‌شود. این یک برنامه بیمه درمانی عمومی است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی موردنیاز را برای افراد کم درآمد، ازجمله خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان، افراد دارای معلولیت، کودکان و نوجوانان به سرپرستی گرفته شده، و زنان باردارد فراهم می‌کند. طرح Medi-Cal توسط دولت بودجه‌های ایالتی و فدرال تأمین مالی می‌شود.

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

شما عضو Medicare و Medi-Cal هستید. اگر دربارهٔ مزایای طرح Medi-Cal سؤالی دارید با مدیر پروندهٔ طرح‌تان تماس بگیرید. اگر دربارهٔ عضویت در طرح های Medi-Cal سؤالی دارید، با بخش «گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی» تماس بگیرید.

اطلاعات تماس	1-800-430-4263 دوشنبه تا جمعه ازساعت 8 صبح تا 6 بعدازظهر.
شماره‌تلفن TTY:	1-800-430-7077 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.
ارسال نامه به:	بخش «گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی» از «دپارتمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی ایالت کالیفرنیا» P.O. Box 989009 Sacramento, CA 95798-9850
وب‌سایت	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. دفتر رسیدگی به شکایات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شده و سلامت رفتاری Medi-Cal

دفتر رسیدگی به شکایات، دفتری در ایالت شما است که به‌عنوان مدافع حقوق شما عمل می‌کند. اگر سؤال یا شکایتی دارید آن‌ها می‌توانند به شما کمک کنند. دفتررسیدگی به شکایات همچنین می‌تواند در خصوص مسائل مربوط به خدمات یا صورت‌حساب به شما کمک کند. آن‌ها با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مرتبط نیستند. خدمات آن‌ها رایگان است.

اطلاعات تماس	1-888-452-8609 برقراری تماس رایگان است. از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر.
شماره‌تلفن TTY:	711 برقراری تماس رایگان است.
ارسال نامه به:	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
ایمیل:	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وب‌سایت	www.dhcs.ca.gov/services/medi- cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. خدمات اجتماعی شهرستان (County Social Services)

اگر در مورد مزایای خدمات پشتیبانی در منزل (In-Home Supportive Services، IHSS) خود به کمک نیاز دارید، با بخش خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید. برنامه خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS) می‌تواند خدماتی را ارائه دهد تا بتوانید با خیال راحت در خانه خود بمانید. IHSS به‌عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند آسایشگاه‌ها یا مراکز پانسیون و مراقبت پرستاری در نظر گرفته می‌شود. برای درخواست IHSS، با دفتر IHSS منطقه خود تماس بگیرید.

برای دریافت «خدمات پشتیبانی در خانه (In-Home Supportive Services) با سازمان خدمات اجتماعی شهرستان‌تان تماس بگیرید؛این سازمان در پرداخت هزینهٔ خدماتی که دریافت می‌کنید به شما کمک می‌کند تا بتوانید در ایمنی کامل در خانهٔ خود بمانید. این خدمات شامل کمک به تهیهٔ وعده‌های غذایی، استحمام، لباس‌پوشیدن، شستن لباس، خرید و یا حمل‌ونقل هستند.

اگر دربارهٔ شرایط عضویت در Medi-Cal سؤالی دارید با سازمان خدمات اجتماعی شهرستان‌تان تماس بگیرید.

اطلاعات تماس	**شهرستان ریورساید:** (877) 410-8827 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر به‌وقت محلی. این تماس رایگان است. **شهرستان لس‌آنجلس:** (888) 822-9622 از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی **شهرستان سن‌برناردینو:** (909) 387-4544 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی **شهرستان سن‌دیگو:** برای شهرستان سن‌دیگو: (800) 510-2020 این تماس خارج از شهرستان سن دیگو رایگان است. (800) 339-4661 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی.
شماره‌تلفن TTY:	711. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.
ارسال نامه به:	**دپارتمان خدمات سلامت عمومی شهرستان لس‌آنجلس** 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007 **خدمات پشتیبانی در خانهٔ شهرستان سن‌برناردینو** 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557 **خدمات پشتیبانی در خانهٔ شهرستان سن‌برناردینو** 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640 **سازمان خدماتی بهداشتی و انسانی، خدمات پشتیبانی درخانهٔ شهرستان سن‌دیگو** 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
وب‌سایت	https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

K. طرح سلامت روان تخصصی شهرستان (County Specialty Mental Health Plan)

خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal از طریق بیمه سلامت روانی شهرستان (MHP) برای شما موجود است، البته به شرط آنکه معیارهای دسترسی لازم را داشته باشید.

اطلاعات تماس	**دپارتمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس:** (800) 854-7771 این تماس رایگان است. 24 ساعت روز، 7 روز هفته **سیستم‌های سلامت رفتاری دانشگاه ریورساید - دسترسی به جامعه و ارجاع، خط ارزیابی و پشتیبانی (CARES)**: (800) 499-3008 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعدازظهر به وقت محلی. **سن‌برناردینو - دپارتمان سلامت رفتاری:** (888) 743-1478 این تماس رایگان است. 24 ساعت روز، 7 روز هفته **San Diego - خدمات سلامت روان:** (888) 724-7240 این تماس رایگان است. 24 ساعت روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای افرادی ارائه می‌دهیم که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند.
شماره‌تلفن TTY:	711. برقراری تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.

برای کمک در موارد زیر با طرح تخصصی سلامت روان شهرستان تماس بگیرید:

- سؤالات دربارهٔ خدمات سلامت روان تخصصی که توسط شهرستان ارائه می‌شوند

L. دپارتمان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ کالیفرنیا

بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شده کالیفرنیا (DMHC) مسئول نظارت بر طرح‌های درمانی است. مرکز راهنمایی DMHC در زمینه ارائه درخواست تجدیدنظر و شکایت دررابطه‌با خدمات Medi-Cal به شما کمک می‌کند.

اطلاعات تماس	1-888-466-2219 نمایندگان DMHC از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر و از دوشنبه تا جمعه در دسترس می باشند.
TDD	1-877-688-9891 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.
ارسال نامه به:	مر کز کمک (Help Center) California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725

فکس:	1-916-255-5241
وب‌سایت	www.dmhc.ca.gov

M. برنامه‌هایی جهت کمک به افراد در پرداخت هزینهٔ داروهای تجویزی‌شان

وب‌سایت (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug- coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) اطلاعاتی را دربارهٔ کاهش هزینه‌های داروهای تجویزی‌تان ارائه می‌کند. برای افرادی که درآمد محدود دارند، برنامه‌های دیگری جهت کمک وجود دارد، که در ادامه شرح داده شده‌اند.

M1. کمک بیشتر

به دلیل این‌که شما واجدشرایط Medi-Cal هستید، شما شرایط دریافت «کمک بیشتر» از Medicare برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی‌تان را دارید. برای دریافت این «کمک بیشتر» لازم نیست هیچ اقدامی انجام دهید.

اطلاعات تماس	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته رایگان است.
شماره‌تلفن TTY:	1-877-486-2048. این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.
وب‌سایت	www.medicare.gov

M2. برنامهٔ کمک دارویی بیماری ایدز (ADAP)

برنامهٔ ADAP به افراد واجدشرایط ADAP که مبتلا به اچ‌ای‌وی یا ایدز هستند کمک می‌کند به داروهای نجات‌بخش اچ‌آی‌وی دسترسی داشته باشند. داروهای تجویزی بخش B برنامه Medicare که در فهرست ADAP هم قرار دارند مشمول طرح کمک پرداخت مشترک هزینهٔ داروهای تجویزی هستند. توجه: برای این‌که واجدشرایط ADAP در ایالت‌تان محسوب شوید، باید معیارهای خاصی را داشته باشید، به‌عنوان‌مثال باید ثابت کنید که در ایالت مورد نظر سکونت دارید و مبتلا به اچ‌آی‌وی هستید، طبق تعریف ایالت کم‌درآمد هستید، و بیمه ندارید یا بیمهٔ مناسب ندارید. اگر طرح‌تان را عوض می‌کنید لطفاً به کارمند ثبت‌نام ADAP محلی‌تان اطلاع دهید تا بتوانید کمک لازم را دریافت کنید. جهت دریافت اطلاعات دربارهٔ معیارهای واجدشرایط بودن، داروهای تحت‌پوشش، یا نحوهٔ ثبت‌نام در برنامه لطفاً تماس بگیرید (844) 421-7050.

N. تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی دربارهٔ واجدشرایط بودن تصمیم می‌گیرد و ثبت‌نام برای Medicare را مدیریت می‌کند. شهروندان ایالات‌متحدهٔ آمریکا و ساکنین دائمی و قانونی که ۶۵ سال یا بیشتر دارند، یا ناتوان هستند یا مبتلا به نارسایی کلیوی دائمی هستند، و شرایط خاص را برآورده کنند، واجدشرایط ثبت‌نام در Medicare هستند. اگر در حال حاضر چک‌آپ‌های تأمین اجتماعی را انجام می‌دهید، عضویت‌تان در Medicare به‌صورت خودکار انجام می‌شود. اگر چک‌اپ‌های تأمین اجتماعی را انجام نمی‌دهید، با عضو Medicare شوید. برای درخواست عضویت در Medicare، می‌توانید با تأمین اجتماعی تماس بگیرید یا به دفتر تأمین اجتماعی محلی‌تان مراجعه کنید.

اگر نقل‌مکان کردید یا نشانی پستی‌تان را عوض کردید، باید با تأمین اجتماعی تماس بگیرید و موضوع را به آن‌ها اطلاع دهید.

اطلاعات تماس	1-800-772-1213 تماس با این شماره ها رایگان است. از ساعت 8:00 صبح تا 7:00 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه. برای دریافت اطلاعات ضبط‌شده و انجام برخی از کارها به‌صورت شبانه‌روزی می‌توانید از خدمات تلفنی خودکار آن‌ها استفاده کنید.
شماره‌تلفن TTY:	1-800-325-0778 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.
ارسال نامه به:	Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235
ایمیل:	https://secure.ssa.gov/emailus
وب‌سایت	www.ssa.gov

O. هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن (RRB)

هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن (RRB) سازمان فدرال مستقلی است که طرح‌های بیمهٔ جامعی را برای کارکنان راه‌آهن کل کشور و خانواده‌های‌شان ارائه می‌کند. اگر طرح Medicare را از طریق هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن دریافت می‌کند، در صورت نقل‌مکان یا تغییر نشانی‌تان حتماً باید موضوع را به انها اطلاع دهید. اگر دربارهٔ طرح‌های بیمهٔ RRB سؤالی دارید، با سازمان تماس بگیرید.

اطلاعات تماس	1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. در روزهای دوشنبه، سه‌شنبه، و پنج‌شنبه، و جمعه از ساعت 9 صبح تا 3:30 بعدازظهر و در روزهای چهارشنبه از ساعت 9 صبح تا 12 بعدازظهر با فشردن عدد 0 می‌توانید با نمایندهٔ RBB صحبت کنید. به‌صورت شبانه‌روزی، ازجمله تعطیلات آخر هفته و تعطیلات رسمی با فشردن عدد 1 می‌توانید با خط مشاورهٔ گویای RBB و اطلاعات ضبط‌شده دسترسی داشته باشید.
شماره‌تلفن TTY:	1-312-751-4701 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید. تماس با این شماره رایگان *نیست*.
وب‌سایت	www.rrb.gov

P. بیمهٔ گروهی یا سایر بیمه‌های اعطایی از سوی کارفرمایان

اگر شما (یا همسرتان یا شریک زندگی‌تان) از طرف کارفرمای‌تان (یا کارفرمای همسرتان یا شریک زندگی‌تان) یا گروه بازنشستگی به‌عنوان بخشی از این طرح مزایا دریافت می‌کنید، درصورتی‌که سؤالی دارید با مدیر بیمهٔ کارفرما یا اتحادیه یا خدمات اعضا تماس بگیرید. می‌توانید دربارهٔ مزایا، هزینهٔ ماهانه، و دورهٔ عضویت بیمه درمانی کارفرما یا بازنشستگی‌تان (یا همسرتان یا شریک زندگی‌تان) اطلاعاتی را دریافت کنید. درصورتی‌که دربارهٔ پوشش Medicare خود تحت این طرح سؤالی دارید هم می‌توانید با شماره تلفن ؛(1-800-633-4227 1-800- MEDICARE 1-877-486-2048 :TTY) تماس بگیرید.

اگر از طریق کارفرما یا گروه بازنشستگی‌تان (یا همسرتان یا شریک زندگی‌تان) پوشش بیمه‌ای دیگری برای داروهای تجویزی دارید، لطفاً با **مدیر بیمهٔ آن گروه تماس بگیرید.** مدیر بیمه می‌تواند اطلاعاتی را دربارهٔ چگونگی کارکرد بیمهٔ فعلی داروهای تجویزی‌تان با طرح ما به شما بدهد.

Q. منابع دیگر

طرح Medicare Medi-Cal Ombuds برای کمک به افرادی که برای دریافت یا حفظ پوشش بهداشتی و حل مشکلات برنامه‌های درمانی خود مشکل دارند کمک‌های رایگانی را ارائه می‌دهد.

اگر درخصوص موارد زیر مشکل دارید:

- Medi-Cal
- Medicare
- طرح سلامت‌تان
- دسترسی به خدمات پزشکی
- درخواست تجدیدنظر خدمات رد شده، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، خدمات سلامت روان و غیره.
- صورت‌حساب پزشکی
- IHSS (In-Home Supportive Services)، خدمات پشتیبانی در خانه

برنامهٔ Medicare Medi-Cal Ombuds در زمینهٔ شکایت‌ها، درخواست‌های تجدیدنظر و بازپرسی‌ها کمک‌هایی را ارائه می‌دهد. شماره‌تلفن 1-888-804-3536 برای تماس با برنامهٔ Ombuds در نظر گرفته شده است.

R. طرح دندان‌پزشکی Medi-Cal

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

- معاینه‌های اولیه، عکس‌های رادیولوژی، پاکسازی، و فلوراید درمانی
- ترمیم و روکش
- درمان کانال ریشه
- دندان مصنوعی جزئی و کامل، تنظیم، ترمیم و ریلاین کردن

اطلاعات تماس	1-800-322-6384 برقراری تماس رایگان است. مزایای دندان‌پزشکی از طریق طرح‌های «پرداخت در ازای خدمات دنداپزشکی» و «مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ دندان‌پزشکی» Medi-Cal در دسترس هستند. نمایندگان طرح «پرداخت در ازای خدمات دندان‌پزشکی Medi-Cal» از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر، در روزهای دوشنبه تا جمعه برای ارائه کمک به شما و راهنمایی در دسترس می باشند.
شماره‌تلفن TTY:	1-800-735-2922 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.
وب‌سایت	www.dental.dhcs.ca.gov

علاوه بر طرح «پرداخت در ازای خدمات Medi-Cal»، از طریق طرح «مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ دندان‌پزشکی» هم مزایای دندان‌پزشکی را دریافت کنید. طرح‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ دندان‌پزشکی در شهرستان‌های ساکرامنتو و لس‌آنجلس ارائه می‌شوند. اگر به اطلاعات بیشتر درباره طرح‌های دندان‌پزشکی نیاز دارید، در روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر با خط تلفن گزینه‌های مراقبت‌های درمانی به‌شماره‌تلفن 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). این تماس رایگان است.

فصل 3: استفاده از پوشش طرح برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و سایر خدمات تحت‌پوشش

مقدمه

این فصل حاوی شروط و قواعد خاصی می‌باشد که شما باید برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و سایر خدمات تحت‌پوشش طرح ما از آن‌ها مطلع باشید. این فصل همچنین در مورد مدیر پرونده شما، چگونگی دریافت خدمات مراقبتی از انواع مختلف ارائه‌دهندگان و تحت برخی شرایط خاص (ازجمله از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، آنچه باید در صورت دریافت مستقیم صورت‌حساب برای خدمات تحت‌پوشش ما انجام دهید، و قوانین مربوط به استفاده از تجهیزات پزشکی با طول عمر بالا (DME) اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به‌ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچهٔ راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعات در مورد خدمات و ارائه‌دهندگان 41

B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد 41

C. مدیر پرونده شما 43

C1. مدیر پرونده کیست 43

C2. نحوه تماس با مدیر پرونده 43

C3. نحوه تغییر مدیر پرونده 43

D. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه‌دهندگان 43

D1. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از طرف یک ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه(PCP) 43

D2. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از طرف متخصصین و دیگر ارائه‌دهندگان شبکه 45

D3. هنگامی که یک ارائه‌دهنده، طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما را ترک می‌کند 46

D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه 48

E. خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) 48

F. نحوه دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد) 49

F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal که خارج از طرح ما ارائه می‌شود 49

G. خدمات ایاب و ذهاب 51

G1. حمل‌ونقل پزشکی در شرایط غیر اورژانسی 51

G2. حمل‌ونقل غیرپزشکی 52

H. خدمات تحت‌پوشش در شرایط اورژانس پزشکی، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام فاجعه 53
H1. مراقبت در اورژانس پزشکی 53
H2. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری 54
H3. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در طول بلایای طبیعی 55
I. اگر صورت‌حسابی را برای خدمات تحت‌پوشش طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما مستقیماً دریافت کردید چکار کنید 55
I1. اگر طرح ما خدمات را پوشش نمی‌دهد چه باید کرد 55
J. پوشش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده‌اید 56
J1. تعریف تحقیق بالینی 56
J2. پرداخت هزینه خدمات هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده‌اید 57
J3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد مطالعه تحقیقاتی بالینی 57
K. خدمات ارائه شده توسط مؤسسات درمانی-مذهبی غیرپزشکی چطور تحت‌پوشش قرار می‌گیرد 57
K1. تعریف مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی 57
K2. دریافت خدمات از مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی 57
L. وسایل پزشکی بادوام (DME) 58
L1. وسایل پزشکی بادوام به‌عنوان عضوی از طرح ما 58
L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare 58
L3. مزایای استفاده از تجهیزات اکسیژن برای اعضای طرح ما 59
L4. تجهیزات اکسیژن هنگامی که به طرح بیمه Original Medicare یا طرح Medicare Advantage دیگری تغییر وضعیت دهید 59

A. اطلاعات در مورد خدمات و ارائه‌دهندگان

خدمات شامل خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)، ارائه امکانات، خدمات سلامت رفتاری، داروهای تجویزی و بدون نسخه تجهیزات پزشکی و دیگر خدمات است. **خدمات تحت‌پوشش** شامل کلیه خدماتی است که طرح ما هزینه آن را پرداخت می‌کند. خدمات مراقبت‌های بهداشتی، سلامت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت تحت‌پووش در **فصل 4** از کتابچه راهنمای *اعضا شما آمده‌اند*. خدمات تحت‌پوشش شما برای داروهای تجویزی و بدون‌نسخه در **فصل 5** کتابچه راهنمای اعضا شما آمده *است*.

ارائه‌دهندگان عبارت‌اند از پزشکان، پرستاران و دیگر افرادی که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و مراقبتی را برای شما ارائه می‌کنند. واژه ارائه‌دهندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در منزل، درمانگاه‌ها و دیگر مکان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و برخی از خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت خاص است.

ارائه‌دهندگان شبکه، ارائه‌دهندگانی هستند که با طرح ما همکاری دارند. این ارائه‌دهندگان مبلغ پرداخت شده توسط ما را به‌عنوان کل مبلغ قابل پرداخت می‌پذیرند. ارائه‌کنندگان خدمات صورت حساب خود برای خدماتی که به شما ارائه می‌دهند را مستقیماً به ما ارسال می‌کنند. زمانی که از یک ارائه‌دهنده شبکه استفاده می‌کنید، معمولاً هیچ مبلغی برای خدمات تحت‌پوشش آن پرداخت نخواهید کرد.

B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد

طرح ما تمامی خدمات تحت‌پوشش Medi-Cal و Medicare را پوشش می‌دهد. این خدمات شامل خدمات سلامت رفتاری و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت می‌شوند.

درصورتی‌که از مقررات ما پیروی کنید، طرح ما به‌طور کلی هزینهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، خدمات سلامت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدتی را که دریافت می‌کنید پرداخت می‌کند. جهت پوشش توسط طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما:

- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که دریافت می‌کنید باید جزو **مزایای طرح باشد**. این یعنی در «جدول مزایای» مذکور در **فصل ۴** از *کتابچه راهنمای اعضا* لحاظ کرده باشیم.
- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی **باید** ضرورت پزشکی **داشته باشد**. منظور ما از مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی خدمات مهمی است که معقول بوده و از جان اشخاص محافظت می‌کنند. مراقبت‌هایی که ضرورت پزشکی دارند خدمات مهمی‌اند که افراد را از بیماری جدی یا ناتوانی در امان نگه می‌دارند و با درمان ناخوشی، بیماری، یا جراحت، درد شدید را کاهش می‌دهند. برای خدمات پزشکی باید ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه **(PCP) عضو شبکه داشته باشید** که دستور ارائه خدمات را بدهد یا بگوید از پزشک دیگری استفاده کنید. شما به‌عنوان عضو طرح باید یک ارائه‌دهنده شبکه را انتخاب کنید تا PCP شما باشد.
  - در بیشتر موارد، پیش از استفاده از کسی که به ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه شما وابسته نیست یا استفاده از ارائه‌دهندهٔ دیگری در شبکه طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما، باید از ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه خود یا طرح ما تأییدیه دریافت کنید. به این امر، **ارجاع گفته می‌شود**. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را تحت‌پوشش قرار ندهیم. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص ارجاع به صفحه 45 مراجعه کنید.
  - PCPهای طرح ما وابسته به گروه‌های پزشکی هستند. هنگامی‌که PCP خود را انتخاب می‌کنید، گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. این یعنی PCP شما را به متخصصان و خدمات گروه پزشکی مرتبط با خودشان ارجاع می‌دهد. گروه پزشکی یک انجمن متشکل از PCPها و متخصصین است که برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هماهنگ به شما ایجاد شده است.

- برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اورژانسی یا مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری و یا برای استفاده از ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی زنان، یا برای هرگونه خدماتی که در بخش D1 از این فصل آمده است نیازی به ارجاع از طرف PCP وجود ندارد.

- **شما باید مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود را از ارائه‌دهندگان شبکه وابسته به گروه پزشکی PCP خود دریافت کنید**. معمولاً ما مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از طرف ارائه‌دهنده‌ای را که با طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و گروه پزشکی PCP ما همکاری ندارد نمی‌پذیریم. یعنی برای خدماتی که ارائه کرده‌اند، باید هزینه کامل را به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. در اینجا مواردی ارائه شده است که این قانون در مورد آن‌ها کاربرد ندارد:
  - ما خدمات اورژانسی و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه پوشش می‌دهیم (برای اطلاعات بیشتر در مورد این موضوع، به بخش H در فصل مراجعه کنید).
  - اگر به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تحت‌پوشش طرح ما نیاز دارید و ارائه‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند آن را در اختیار شما قرار دهند، می‌توانید این مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. در این صورت، ما مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به شکلی پوشش می‌دهیم که گویی آن را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کرده‌اید، ***یا*** به شکل رایگان آن را پوشش می‌دهیم.
  - هنگامی که شما برای مدت کوتاهی خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید یا زمانی که ارائه‌دهنده به‌طور موقت فعالیت نمی‌کند یا قابل‌دسترسی نمی‌باشد، خدمات دیالیز کلیه را پوشش می‌دهیم. در مراکز دیالیز مورد تأیید Medicare می‌توانید این خدمات را دریافت کنید. سهم شما از پرداخت هزینه این دیالیز هرگز از سهم پرداخت شما در Original Medicare بیشتر نخواهد بود. اگر خارج از منطقه طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هستید و دیالیز را توسط ارائه‌دهنده‌ای انجام دهیم که خارج از محدوده خدماتی طرح است، سهم پرداخت شما از سهم پرداختتان به ارائه‌دهندگان داخل شبکه بیشتر نمی‌شود. بااین‌حال، اگر ارائه‌دهنده داخل شبکه معمول شما برای دیالیز موقتاً در دسترس نباشد و تصمیم بگیرید خدمات را در محدوده خدماتی از ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه دریافت کنید، سهم پرداخت شما برای دیالیز ممکن است بیشتر شود.
  - هنگامی که برای اولین‌بار به طرح ما ملحق شدید، می‌توانید درخواست کنید که همچنان به مراجعه به ارائه‌دهندگان فعلی خود ادامه دهید. به‌جز در برخی موارد استثنا، اگر مدرکی دال بر ارتباط شما با ارائه‌دهنده اصلی یا ارائه‌دهنده خود به ما ارائه کنید ما موظف به تأیید درخواست شما هستیم. به **فصل 1** از *کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید*. اگر درخواست شما را تأیید کنیم، می‌توانید برای دریافت خدمات تا 12 ماه دیگر از ارائه‌دهندگان فعلی خود استفاده کنید. در طول این دوره، مدیر پرونده شما برای کمک در امر یافتن ارائه‌دهنده‌های شبکهٔ ما که با گروه پزشکی PCP شما در ارتباط هستند با شما تماس خواهد گرفت. پس از ۱۲ ماه، در صورت استفاده از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه‌ای که با گروه پزشکی PCP شما ارتباط ندارند، دیگر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما را پوشش نمی‌دهیم.

پیوستن اعضا جدید به طرح Molina Medicare Complete Care Plus: در بیشتر موارد، شما در اولین روز از ماه پس از درخواست ثبت‌نام در Molina Medicare Complete Care Plus برای مزایای Medicare خود در Molina Medicare Complete Care Plus ثبت‌نام خواهید کرد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Molina Medicare Complete Care Plus دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. درصورتی‌که سؤالی دارید لطفاً از طریق شماره‌تلفن 665-4627 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711 با ما تماس بگیرید.

C. مدیر پرونده شما

C1. مدیر پرونده کیست

مدیر پرونده Molina Medicare Complete Care، شخص اصلی است که برای دریافت کمک در مورد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود می‌توانید با وی تماس بگیرید. این فرد در هماهنگی و مدیریت خدمات شما کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود کمک موردنیاز را دریافت می‌کنید.

C2. نحوه تماس با مدیر پرونده

اگر می‌خواهید با مدیر پرونده خود تماس بگیرید، 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی می‌توانید از طریق شماره 4627-665 (855) با خدمات اعضا تماس بگیرید. برقراری تماس رایگان است. شماره‌تلفن TTY: 711. یا به وب‌سایت www.MolinaHealthcare.com/Medicare. مراجعه کنید.

C3. نحوه تغییر مدیر پرونده

برای درخواست تغییر مدیریت پرونده باید با مدیریت پرونده یا خدمات اعضا تماس بگیرید. کارکنان خدمات مراقبت سلامت Molina Medicare Complete Care Plus ممکن است بر اساس نیازها یا مکان اعضا تغییراتی را در وظایف مدیر پرونده اعضا ایجاد کنند.

D. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه‌دهندگان

D1. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از طرف یک ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه (PCP)

تعریف PCP و آنچه PCP برای شما انجام می‌دهد

ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه (PCP) یعنی یک پزشک، پرستار یا دیگر متخصصین امور سلامت و/یا مراکز پزشکی یا درمانگاه‌هایی (مراکز سلامت مورد تأیید فدرال - FQHC) که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به‌طور معمول در اختیار شما قرار می‌دهند. Molina Medicare Complete Care شبکه‌ای از ارائه‌دهندگان تخصصی برای مراقبت از اعضای خود دارد. ارجاع از Molina Medicare Complete Care PCP برای دریافت خدمات تخصصی موردنیاز است؛ بااین‌حال، هیچ مجوز قبلی لازم نیست. اعضا مجاز هستند که مستقیماً به متخصصین زنان دسترسی داشته باشند و بدون ارجاع از خدمات معمول و پیشگیرانه آن‌ها بهره‌مند شوند. اکثر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما توسط PCP ارائه می‌شود و به شما کمک می‌کند تا سایر خدمات تحت‌پوشش را به‌عنوان عضوی از طرح ما دریافت کنید. این موارد و خدمات شامل موارد زیر می‌شود:

- تصاویر رادیولوژی شما
- تست‌های آزمایشگاهی
- درمان‌ها
- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از سوی پزشکانی که متخصص نیستند
- بستری شدن در بیمارستان
- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تکمیلی

«هماهنگ سازی» در زمینه خدمات عبارت است از بررسی یا مشاوره با دیگر ارائه‌دهندگان شبکه درباره مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما و نحوه انجام آن‌ها. اگر به انواع خاصی از خدمات یا لوازم نیاز دارید، باید تأییدیه PCP خود را از پیش دریافت کنید (از قبیل ارائه ارجاع به شما برای رفتن نزد متخصص). در بعضی موارد، PCP شما باید ابتدا از طرف ما تأییدیه قبلی (پیش تأییدیه) دریافت کند. از آنجا که PCP شما مراقبت‌های بهداشتی و درمانی پزشکی شما را ارائه و هماهنگ می‌کند، شما باید ترتیب ارسال همه پرونده‌های پزشکی گذشته خود را به مطب PCP خود بدهید.

گروه پزشکی (IPA) به شبکه‌ای از پزشکان مستقل گفته می‌شود که (به‌جای این‌که کارمند مراکز مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بزرگتری باشند) خودشان مطب دارند و خودشان آن را اداره می‌کنند. این پزشکان به‌منظور این‌که هنگام دریافت حمایت‌های لازم برای ارائهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به بیماران مستقل بمانند به یکی از گروه‌های پزشکی ملحق می‌شوند.

انتخاب PCP شما

ارتباط شما با PCP برای ما مهم است. اکیداً توصیه می‌کنیم که یک PCP نزدیک به منزل خود انتخاب کنید. اگر PCP نزدیک به شما باشد، دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی پزشکی و ایجاد یک ارتباط آزاد و مطمئن برای شما ساده‌تر است. برای دریافت یک نسخه از جدیدترین فهرست ارائه‌دهندگان/داروخانه‌ها یا برای دریافت کمک بیشتر در زمینه انتخاب یک PCP، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر مایلید به متخصص یا بیمارستان خاصی مراجعه کنید، ابتدا مطمئن شوید که PCP شما را به آن متخصص ارجاع می‌دهد یا این‌که از آن بیمارستان استفاده می‌کند. پس از این‌که PCP را انتخاب کردید، توصیه می‌کنیم که تمام سوابق پزشکی خود را به مطب او ارسال کنید. با ارسال سوابق پزشکی خود به PCP، وی از هرگونه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فعلی موردنیاز شما مطلع خواهد گردید اکنون PCP شما مسئولیت ارائه کلیه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی معمول شما را بر عهده دارد، بنابراین او اولین کسی است که باید در صورت بروز هرگونه مشکل در سلامتی خود با وی تماس بگیرید. نام و شماره‌تلفن مطب PCP بر روی کارت عضویت شما چاپ شده است.

گزینه تغییر PCP شما

در هر زمان و به هر دلیل می‌توانید PCP خود را تغییر دهید. گاهی این احتمال نیز وجود دارد که PCP شما از شبکه طرح ما خارج شود. اگر PCP شما شبکه ما را ترک می‌کند، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم PCP جدیدی در شبکه خود پیدا کنید.

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

در هر زمان می‌توانید PCP را تغییر دهید. در بیشتر موارد، تغییرات در اولین روز از ماه تقویمی بعدی اعمال می‌شود. درصورتی‌که در زمان درخواست تغییر PCP در حال دریافت درمان باشید ممکن است مواردی استثناء وجود داشته باشد. می‌توانید PCP خود را از طریق وب‌سایت شخصی خود به نشانی www.mymolina.com تغییر دهید یا برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی Molina و درخواست تغییر PCP با خدمات اعضا تماس بگیرید. برای بعضی از ارائه‌دهندگان لازم است که از طرف PCP ارجاع داشته باشید (بجز موارد اورژانس یا خدمات اورژانس خارج از منطقه).

خدماتی که بدون تأیید قبلی PCP خود می‌توانید دریافت کنید

در اکثر موارد قبل از این‌که از ارائه‌دهندگان دیگری استفاده کنید، باید از PCP خود یا طرح ما اجازه بگیرید، البته به شرط آنکه عضو شبکهٔ Molina Medicare Complete Care Plus باشند. برای تمامی خدمات خارج از شبکه به مجوز قبلی نیاز است. ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا PCPتان با ارسال فرم درخواست مجوز خدمات که معمولاً ارجاع نامیده می‌شود، خدماتی از سایر ارائه کنندگان درخواست خواهد کرد. می‌توانید خدماتی مانند موارد فهرست شده در زیر را بدون تأییدیه قبلی از PCP یا طرح ما دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌دهندگان داخل شبکه یا خارج از شبکه
- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری از ارائه‌دهندگان شبکه

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری موردنیاز از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه زمانی که به ارائه‌دهندگان درون شبکه دسترسی ندارید (برای مثال، وقتی خارج از محدوده خدماتی طرح هستید یا در تعطیلات آخر هفته

- **توجه:** توجه: مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری باید واقعاً به‌صورت فوری موردنیاز باشند و ضرورت پزشکی داشته باشند.
- دیالیز کلیه در مراکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که خارج از منطقه طرح ما هستید. لطفاً پیش از خروج از منطقه خدمات، با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما می‌توانیم هنگامی که خارج از منطقه هستید در زمینه دیالیز کلیه به شما کمک کنیم.
- واکسن آنفولانزا و واکسن کووید-19 و *هپاتیت B* و ذات الریه تازمانی‌که آن‌ها را از یک ارائه‌دهنده خدمات شبکه دریافت کنید.

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی معمول زنان و خدمات تنظیم خانواده. این مورد شامل آزمایش سینه، غربال‌گری ماموگرافی (اشعه ایکس از سینه)، آزمایش پاپ اسمیر و دهانه رحم است تازمانی‌که آن‌ها را از یک ارائه‌دهنده خدمات شبکه دریافت کنید.

- علاوه بر آن اگر واجدشرایط دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی سرخپوستان باشید، می‌توانید بدون نیاز به ارجاع از ارائه‌دهندگان استفاده کنید.
- خدمات پرستار مامایی، تنظیم خانواده، آزمایش و مشاوره برای HIV، مداوای بیماری‌های مقاربتی (STD)

D2. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از طرف متخصصین و دیگر ارائه‌دهندگان شبکه

متخصص، پزشکی است که برای یک بیماری خاص یا یک بخش خاص از بدن مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه می‌کند. انواع مختلفی از متخصصین وجود دارند، مثل:

- متخصص سرطان که به بیماران مبتلا به سرطان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه می‌کند.
- متخصص قلب که به بیماران مبتلا به مشکلات قلبی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه می‌کند.
- متخصص ارتوپد که به بیماران مبتلا به مشکلاتی در استخوان، مفاصل یا ماهیچه‌ها مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه می‌کند.
- متخصص گوارش که به بیماران با مشکلات گوارشی یا روده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه می‌کند.
- نفرولوژیست که به بیماران مبتلا به مشکلات کلیوی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه می‌کند.
- اورولوژیست که به بیماران دارای مشکلات ادراری و مثانه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه می‌کند.

شما به‌عنوان یک عضو، محدود نیستید فقط از بعضی متخصصین خاص استفاده کنید. Molina Medicare Complete Care شبکه‌ای از ارائه‌دهندگان تخصصی برای مراقبت از اعضای خود دارد. ممکن است برای دریافت خدمات تخصصی لازم به ارجاع از طرف PCP باشد، اعضا می‌توانند برای دریافت خدمات معمول یا پیشگیرانه مربوط

به زنان مستقیما و بدون نیاز به ارجاع از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی متخصصین زنان بهره‌مند شوند. برای بعضی از خدمات ممکن است لازم باشد که اجازه قبلی دریافت کنید. PCP شما ممکن است با توجه به فوریت خدمات درخواستی از طریق تلفن، فکس یا نامه از بخش مدیریت استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی Molina درخواست تأییدیه قبلی نماید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این‌که کدامیک از خدمات به اجازه قبلی نیاز دارد، به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ این‌که کدام خدمات به مجوز قبلی نیاز دارند به فصل 4 مراجعه کنید.

ارجاع کتبی ممکن است فقط برای یک مراجعه کاربرد داشته باشد یا درصورتی‌که به خدمات مداوم نیاز داشته باشید ممکن است برای بیش از یک‌بار مراجعه کاربرد داشته باشد. در هر یک از این سه شرایط زیر باید ارجاع پیوسته به شما بدهیم:

- شرایط مزمن (پایدار)؛
- بیماری روانی یا جسمانی تهدیدکنندهٔ حیات؛
- بیماری یا ناتوانی حاد شونده؛
- هر شرایط جسمانی یا بیماری دیگری که به‌قدری جدی یا پیچیده باشد که نیازمند درمان توسط یک متخصص باشد.

اگر ارجاع کتبی موردنیاز را دریافت نکنید، صورت‌حساب شما ممکن است پرداخت نشود. برای کسب اطلاعات بیشتر، از طریق شماره‌تلفن‌های درج شده در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر نتوانیم ارائه‌دهندهٔ داخل شبکهٔ واجدشرایطی را برای شما پیدا کنیم، در شرایط زیر باید مجوز خدمات پیوسته‌ای را برای متخصصی واجدشرایط به شما بدهیم:

- شرایط مزمن (پایدار)؛
- بیماری روانی یا جسمانی تهدیدکنندهٔ حیات؛
- بیماری یا ناتوانی حاد شونده؛
- هر شرایط جسمانی یا بیماری دیگری که به‌قدری جدی یا پیچیده باشد که نیازمند درمان توسط یک متخصص باشد.

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

D3. هنگامی که یک ارائه‌دهنده، طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما را ترک می‌کند

ارائه‌دهنده شبکه‌ای که در حال حاضر به شما خدمات می‌دهد ممکن است طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه‌دهندگان شما طرح ما را ترک کند، حقوق و حمایت‌های خاصی دارید که به‌طور خلاصه در زیر آمده است:

- حتی اگر شبکه ارائه‌دهندگان ما در طول سال تغییر کند، باید به شما دسترسی بی‌وقفه به ارائه‌دهندگان واجدشرایط بدهیم.
- ما به شما اطلاع می‌دهیم که ارائه‌دهنده‌تان در حال ترک طرح ما است تا زمان کافی برای انتخاب ارائه‌دهندهٔ جدید را در اختیار داشته باشید.

- اگر ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یا سلامت رفتاری اولیه‌تان طرح ما را ترک کند، اگر طی سه سال گذشته به آن ارائه‌دهنده مراجعه کرده باشید به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر هر یک از ارائه‌دهندگان دیگرتان طرح ما را ترک کند، اگر آن ارائه‌دهنده برای شما انتخاب شده باشد، در حال حاضر از او مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دریافت کنید، یا طی سه ماه گذشته به او مراجعه کرده باشید به شما اطلاع می‌دهیم.

- ما به شما کمک می‌کنیم یک ارائه‌دهندگان ارائه‌دهنده واجدشرایط داخل شبکهٔ جدید را برای ادامه مدیریت نیازهای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود انتخاب کنید.
- اگر ارائه‌دهندهٔ فعلی‌تان در حال معالجه پزشکی یا روان‌درمانی شما است، این حق را دارید که درخواست کنید و ما با شما همکاری می‌کنیم تا اطمینان حاصل کنیم که روند معالجهٔ پزشکی یا روان‌درمانی ضروری شما قطع نمی‌شود.
- اطلاعات مربوط به دوره‌های عضویت مختلفی که در اختیارتان قرار دارند و گزینه‌هایی که ممکن است برای تغییر طرح‌های درمانی در اختیار داشته باشید را به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر نتوانیم یک متخصص داخل‌شبکهٔ واجدشرایط در دسترس شما را پیدا کنیم، اگر ارائه‌دهندهٔ داخل‌شبکه یا مزایایی در دسترس نباشد یا برای برآورده‌کردن نیازهای پزشکی‌تان کافی نباشد، باید با یک متخصص خارج از شبکه هماهنگ کنیم تا مراقبت شما را ارائه دهد.
- اگر فکر می‌کنید که ارائه‌دهنده قبلی شما را با ارائه‌دهنده واجدشرایط جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را به‌خوبی مدیریت نمی‌کنیم، این حق را دارید که شکایتی درخصوص کیفیت مراقبت نزد QIO، اعتراضی بر کیفیت مراقبت یا هر دو را ارسال کنید. (به منظور **کسب اطلاعات بیشتر به فصل 9** مراجعه کنید.)

اگر متوجه شدید که یکی از ارائه‌دهندگان شما طرح ما را ترک می‌کند، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما در یافتن یک ارائه‌دهنده جدید و مدیریت مراقبت شما کمک کنیم. ارائه‌دهنده شبکه‌ای که در حال حاضر به شما خدمات می‌دهد ممکن است طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما را ترک کند. اگر چنین اتفاقی بیفتد، شما باید ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جدیدی انتخاب کنید. آن‌ها باید بخشی از شبکه Molina Medicare Complete Care Plus باشند. ما یک دوره انتقال در نظر می‌گیریم تا شما دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از ارائه‌دهنده جدیدتان را شروع کنید. اگر PCP شما Molina Medicare Complete Care Plus را ترک کند، به شما اطلاع خواهیم داد. به شما کمک خواهیم کرد که یک PCP جدید انتخاب کنید تا بتوانید همچنان خدمات تحت‌پوشش را دریافت کنید:

شما به دلیل بیماری، مریضی یا مشکلات پزشکی دیگر یا اختلالی که ماهیت جدی دارد، دچار یک عارضه مزمن جدی (Serious Chronic Condition) هستید که:

بدون معالجهٔ کامل پابرجا بماند یا طی بازهٔ زمانی خاصی وخیم‌تر شود، یا

به‌منظور حفظ بهبودی یا به‌منظور جلوگیری از وخیم‌تر شدن آن به درمان مداوم نیاز باشد.

اگر عارضه مزمن جدی دارید، می‌توانید پزشکتان یا بیمارستان ارائه‌دهنده خدمات خود را همچنان تا 12 ماه حفظ کنید.

عارضه حاد داشته‌اید، نوعی عارضه پزشکی که خیلی سریع شروع می‌شود و نیاز به مراقبت فوری دارد. عارضه حاد معمولاً کمتر از عارضه مزمن جدی طول می‌کشد. در چنین موردی، می‌توانید پزشک یا بیمارستان ارائه‌دهنده خدمات خود را تا زمان عارضه حاد حفظ کنید.

کودک‌تان نوزاد باشد یا کمتر از 36 ماه سن داشته باشد. کودکتان می‌تواند از پزشک یا بیمارستان تا 12 ماه همچنان استفاده کند.

بیماری علاج‌ناپذیری داشته باشید. اگر به بیماری مبتلا باشید که انتظار بهبودی از آن را نداشته باشید، در طول دورهٔ بیماری می‌توانید با دکتر یا بیمارستان‌تان بمانید.

اسنادی کتبی از ارائه‌کنندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌تان ارائه دهید که نشان دهد به بیماری مربوط به دورهٔ بارداری مبتلا هستید. «عارضه سلامت روان مربوط به بارداری» به عارضه سلامت روانی گفته می‌شود که خانم‌ها در دوران بارداری، کمی قبل یا بعد از زایمان دچار آن می‌شوند، یا عارضه‌ای که در طول بارداری کمی بعد از زایمان یا قبل از آن تا یک سال پس از زایمان به وجود آمده باشد. اگر به «عارضه سلامت روان مربوط به بارداری» مبتلا هستید، به‌مدت ۱۲ ماه از زمان تشخیص یا تا پایان دورهٔ بارداری، هر کدام که دیرتر رخ دهد، می‌توانید با پزشک یا بیمارستان‌تان بمانید.

اگر مجوزی برای عمل جراحی یا عمل دیگری دریافت کرده باشید که می‌بایست طی ۱۸۰ روز از تاریخی که پزشک یا بیمارستان‌تان دیگر با Molina Healthcare همکاری نخواهد داشت، یا طی ۱۸۰ روز از آغاز عضویت‌تان در Molina Healthcare انجام شود.

اگر ارائه‌دهنده، شبکه طرح را ترک کند اما در محدوده خدماتی باقی بماند و اگر شما به عارضه سلامت روان مربوط به بارداری یا پس از زایمان مبتلا باشید، همچنان می‌توانید مراقبت‌ها را دریافت کنید. همچنان می‌توانید تا 12 ماه پس از تشخیص یا پایان بارداری، هرکدام که دیرتر باشد، از خدمات تحت‌پوشش برای این عارضه استفاده کنید.

D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه:

اگر از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه استفاده می‌کنید، این ارائه‌دهنده باید واجدشرایط شرکت درMedicare و/یا Medi-Cal باشد.

- ما نمی‌توانیم هزینه‌های مربوط به ارائه‌دهنده‌ای که واجدشرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست را پرداخت کنیم.
- اگر نزد ارائه‌دهنده‌ای می‌روید که واجدشرایط شرکت در Medicare نیست، باید هزینه کامل خدماتی که دریافت می‌کنید را پرداخت کنید.
- اگر ارائه‌دهندگان شرایط شرکت در Medicare را ندارند باید به شما اطلاع دهند.

E. خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)

خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت به شما کمک می‌کنند در خانه بمانید و از بستری‌شدن در بیمارستان یا سکونت در آسایشگاه‌های تخصصی خودداری کنید. از طریق طرح ما به برخی خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، ازجمله مراقبت‌های بهداشتی و درمانی آسایشگاه‌های تخصصی، خدمات محلی برای بزرگ‌سالان (CBAS)، و پشیبانی‌های جامعه محلی، دسترسی خواهید داشت. نوعی دیگر از خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، یعنی «برنامهٔ خدمات پشتیبانی در خانه» از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستان‌تان در دسترس است.

F. نحوه دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد)

شما به خدمات بهداشتی رفتاری ضروری پزشکی که Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت‌پوشش Medicare و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ Medi-Cal را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal یا خدمات سوءمصرف مواد شهرستان را ارائه نمی‌کند، اما این خدمات از طریق طرح سلامت روان شهرستان‌تان در دسترس هستند.

- دپارتمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس
- سیستم سلامت دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری
- سن‌برناردینو - دپارتمان سلامت رفتاری:
- خدمات سلامت رفتاری – شهرستان سن‌دیگو

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

اگر از نظر پزشکی واجدشرایط دریافت خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal باشید، خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان شهرستان (MHP) دردسترس شما خواهد بود. خدمات سلامت روان تخصصی تحت‌پوشش Medi-Cal از طریق سیستم‌های سلامت دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری، دپارتمان سلامت رفتاری شهرستان سن‌برناردینو، خدمات سلامت رفتاری شهرستان سن‌دیگو و دپارتمان بهداشت عمومی شهرستان لس‌انجلس ارائه می‌شود:

- خدمات سلامت روان
- خدمات کمک دارویی
- مراقبت‌های ویژهٔ درمانی در روز
- خدمات توان‌بخشی در روز
- خدمات مداخله در مواقع بحران
- خدمات تثبیت‌سازی در مواقع بحران
- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اقامتی بزرگ‌سالان
- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اقامتی در مواقع بحران
- خدمات تسهیلات بهداشتی روان‌پزشکی
- خدمات بستری بیمارستانی روان‌پزشکی
- مدیر پرونده شما

خدمات Medi-Cal یا «سیستم تحویل سازمان‌یافتهٔ داروی Medi-Cal» از طریق طرح سلامت روان شهرستان‌تان برای شهرستان‌های ریورساید، سن‌دیگو، و سن‌برناردینو یا در شهرستان لس‌آنجلس از طریق دپارتمان سلامت عمومی لس‌آنجلس به شما ارائه می‌شوند، البته به شرط آنکه معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید. خدمات دارویی Medi-Cal که توسط طرح سلامت روان شهرستان‌تان ارائه می‌شوند عبارت‌اند از:

- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ویژه به بیماران سرپایی

- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اقامتی
- خدمان دارویی رایگان سرپایی
- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مواد مخدر
- خدمات نالتروکسان برای وابستگی به مواد مخدر

خدمات سیستم تحویل سازماندهی شده Drug Medi-Cal عبارت‌اند از:

- خدمات سرپایی و سرپایی ویژه
- داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می‌شود.)
- اقامتی/بستری
- مدیریت ترک
- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مواد مخدر
- خدمات بازیابی
- مدیر پرونده

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

Molina Medicare Complete Care Plus دسترسی به بسیاری از ارائه‌دهندگان سلامت روان و مصرف مواد را فراهم می‌کند. فهرست ارائه‌دهندگان در وب‌سایت اعضای Molina Medicare Complete Care Plus Member یا از طریق تماس با خدمات اعضا قابل‌دسترسی است. برای دریافت یک نسخه از جدیدترین فهرست ارائه‌دهندگان/داروخانه ها یا برای دریافت کمک بیشتر در زمینه انتخاب یک ارائه‌دهنده سلامت رفتاری، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. برای برخی خدمات

ممکن است لازم باشد که مجوز قبلی دریافت کنید. شما یا ارائه‌دهنده خدمات سلامت رفتار شما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا PCP شما می‌توانید با توجه به فوریت خدمات درخواستی از طریق تلفن، فکس یا نامه از بخش مدیریت استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی Molina درخواست تأییدیه قبلی نمایید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این‌که کدامیک از خدمات به اجازه قبلی نیاز دارد، به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مزبور باید ضروری محسوب شود. ضروری بودن به این معنی است که شما برای پیشگیری، تشخیص یا درمان مشکل پزشکی و حفظ سلامت روان فعلی خود به خدمات نیاز داشته باشید. این امر شامل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا آسایشگاه می‌شود. همچنین به این معنی است که خدمات یا داروها باید مطابق با استانداردهای پزشکی و سلامت روان باشد.

اگر خدمات را دریافت می‌کنید یا در صورت نیاز به دریافت خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا خدمات دارویی آن، که از طریق طرح خدمات سلامت روان شهرستان(MHP) در اختیار شما قرار می‌گیرد، مدیران پرونده Molina Medicare Complete Care Plus می‌توانند شما را به منابع شهرستان مربوطه ارجاع دهند تا ارزیابی انجام گیرد. برای درخواست کمک و راهنمایی می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید مستقیماً با شهرستان تماس بگیرید. در اطلاعات عنوان شده در زیر، شماره‌تلفن‌های شهرستان مربوطه را بیابید.

خدمات سلامت روان تخصصی

Los Angeles County Department of Mental Health 1-800-854-7771
سیستم سلامت دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری 1-800-499-3008
دپارتمان سلامت رفتاری شهرستان سن‌برناردینو 1-888-743-1478
خدمات سلامت رفتاری شهرستان San Diego 1-888-724-7240

خدمات دارویی Medi-Cal

دپارتمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس 1-844-804-7500
سیستم سلامت دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری 1-800-499-3008
دپارتمان سلامت رفتاری شهرستان سن‌برناردینو 1-888-743-1478
خدمات سلامت رفتاری شهرستان San Diego 1-888-724-7240

G. خدمات ایاب و ذهاب

G1. حمل‌ونقل پزشکی در شرایط غیر اورژانسی

اگر نیازهای پزشکی دارید که به شما اجازه استفاده از ماشین، اتوبوس یا تاکسی را برای قرار ملاقاتتان نمی‌دهد، حق استفاده از حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی را دارید. حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی را می‌توان برای خدمات تحت‌پوشش مانند قرار ملاقات پزشکی، دندان‌پزشکی، سلامت روان، مصرف مواد و داروخانه ارائه کرد. اگر به حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز دارید، می‌توانید با PCP خود صحبت کنید و آن را درخواست کنید. PCP شما بهترین نوع حمل‌ونقل را برای رفع نیازهای شما تعیین می‌کند. اگر به حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی نیاز دارید، آن‌ها این مورد را از طریق تکمیل یک فرم و ارسال آن برای Medi-Cal جهت تأیید تجویز خواهند کرد. بسته به نیاز پزشکی شما، تأییدیه برای یک سال خوب است. PCP شما یا ارائه‌دهنده دیگر نیاز شما به حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی را برای تأیید مجدد هر 12 ماه یک‌بار ارزیابی می‌کند.

حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی با آمبولانس، ون حمل برانکار، ون حمل ویل‌چیر یا حمل‌ونقل هوایی است. طرح Molina Medicare Complete Care امکان حمل‌ونقل تحت‌پوشش با کمترین هزینه و مناسب‌ترین حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی را برای نیازهای پزشکی شما زمانی که نیاز استفاده از وسیله نقلیه برای رسیدن به قرار ملاقات خود دارید، فراهم می‌کند. به‌عنوان‌مثال، اگر بتوانید از نظر فیزیکی یا پزشکی با یک ون ویلچر حمل شوید، Medi-Cal هزینه آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. فقط در صورتی می‌توانید از حمل‌ونقل هوایی استفاده کنید که با توجه شرایط پزشکی‌تان حمل‌ونقل زمینی غیرممکن باشد:

وسایل حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی باید در موارد زیر استفاده شود:

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

برای درخواست حمل‌ونقل پزشکی که پزشک‌تان برای موارد روتین بدون‌فوریت تجویز کرده است، **دست‌کم 2 روز** قبل (روزهای دوشنبه تا جمعه) از تاریخ مراجعه‌تان، از طریق شماره 1-800-541-5555 با Medi-Cal تماس بگیرید. برای **قرار ملاقات‌های فوری**، لطفاً هرچه سریع‌تر تماس بگیرید. هنگام تماس کارت شناسایی عضویت خود را آماده داشته باشید. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید تماس بگیرید.

محدودیت‌های حمل‌ونقل پزشکی

طرح Medi-Cal کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل پزشکی را که نیازهای پزشکی شما را از خانه‌تان تا محل نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده که در آن قرار ملاقات برایتان فراهم است، برآورده می‌کند، پوشش می‌دهد. اگر Medicare یا Medi-Cal خدمات را پوشش ندهند، حمل‌ونقل پزشکی ارائه نخواهد شد. اگر نوع قرار ملاقات، تحت‌پوشش Medi-Cal باشد اما نه از طریق طرح سلامت، Medi-Cal به شما کمک می‌کند تا حمل‌ونقل خود را برنامه‌ریزی کنید. فهرستی از خدمات تحت‌پوشش در فصل 4 این کتابچه موجود است. حمل‌ونقل خارج از شبکه یا منطقه خدماتی Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود مگر این‌که از قبل برای آن مجوز داده شده باشد.

G2. حمل‌ونقل غیرپزشکی

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

- برای دریافت خدمات مورد تأیید ارائه‌دهنده‌تان می‌روید یا از آنجا بر می‌گردید، یا
- برای تحویل گرفتن داروهای تجویزی و لوازم پزشکی می‌روید.

طر Medi-Cal به شما اجازه استفاده از ماشین، تاکسی، اتوبوس یا سایر امکانات حمل‌ونقل عمومی/خصوصی را برای رفتن به قرار ملاقات پزشکی جهت خدمات مجاز شناخته شده از سوی ارائه‌دهنده شما می‌دهد. طرح Medi-Cal برای انجام حمل‌ونقل غیرپزشکی از حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی (NEMT) استفاده می‌کند. ما کمترین هزینه و نوع حمل‌ونقل غیر پزشکی را که نیازهای شما را برآورده می‌کند، پوشش می‌دهیم .

گاهی اوقات، می‌توانید هزینه‌ای را که برای سوار شدن در یک وسیله نقلیه شخصی که خودتان ترتیب داده‌اید، صرف کرده‌اید، بازپس بگیرید. طرح Medi-Cal باید این را **قبل از** این‌که سوار شوید، و باید به ما بگویید که چرا نمی‌توانید از راه دیگری مانند اتوبوس سوار شوید، تأیید کند. **اگر خودتان رانندگی کنید مبلغی به شما مسترد نمی‌گردد**.

بازپرداخت مسافت پیموده شده به تمام موارد زیر نیاز دارد:

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

جهت درخواست حمل‌ونقل برای دریافت خدماتی که مجوز آن صادر شاده است، دست‌کم 2 روز قبل (روزهای دوشنبه تا جمعه) از تاریخ مراجعه‌تان، از طریق شماره 1-800-541-5555 با Medi-Cal تماس بگیرید. برای **قرار ملاقات‌های فوری**، لطفاً هرچه سریع‌تر تماس بگیرید. هنگام تماس کارت شناسایی عضویت خود را آماده داشته باشید. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید تماس بگیرید.

توجه: سرخپوستان آمریکا ممکن است برای درخواست حمل‌ونقل غیرپزشکی با درمانگاه بهداشت سرخپوستان محلی خود تماس بگیرند.

محدودیت‌های حمل‌ونقل غیر پزشکی

طرح Medi-Cal کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل پزشکی را که نیازهای پزشکی شما را از خانه‌تان تا محل نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده برآورده می‌کند، ارائه می‌دهد. **شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا مستقیماً هزینه دریافت کنید.**

در موارد زیر حمل‌ونقل غیرپزشکی **اعمال** نمی‌شود:

- یک آمبولانس، ون حمل برانکار، ون حمل ویل‌چیر، یا سایر اشکال حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی برای رسیدن به خدمات موردنیاز باشد.
- به دلیل عارضه‌های جسمانی یا پزشکی برای رفت‌وآمد از محل سکونت، سوار شدن به خودرو یا رفتن به محل درمان نیاز به کمک راننده دارید.
- شما روی ویلچر هستید و بدون کمک راننده قادر به حرکت و خروج از وسیله نقلیه نیستید.
- این خدمات تحت‌پوشش Medicare یا Medi-Cal نیست.

H. خدمات تحت‌پوشش در شرایط اورژانسی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری، یا در هنگام فاجعه

H1. مراقبت در اورژانس پزشکی

اورژانس پزشکی شامل یک وضعیت پزشکی با علائمی مانند درد یا جراحت شدید است. یعنی وضعیت مزبور آنقدر جدی است که اگر فوراً تحت مداوای پزشکی قرار نگیرید، شما یا هر شخص دارای اطلاعات درمانی و پزشکی متوسط می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

- خطر جدی برای سلامتی شما یا کودک متولد نشده شما؛ **یا**
- صدمه جدی به عملکردهای بدنی؛ **یا**
- نقص عملکردی شدید هرکدام از اندام‌ها یا بخش‌های بدن؛ **یا**
- در مورد زنان باردار در هنگام درد زایمان، وقتی که:
  - زمان کافی برای حمل‌ونقل ایمن شما با بیمارستان دیگری قبل از زایمان وجود نداشته باشد.
  - حمل‌ونقل به بیمارستانی دیگر سلامت یا ایمنی شما یا نوزاد متولدنشده‌تان را تهدید کند.

اگر اورژانس پزشکی داشته باشید:

- **هرچه سریع‌تر کمک دریافت کنید.** با 911 تماس بگیرید یا به نزدیک‌ترین مرکز اورژانس یا بیمارستان مراجعه کنید. در صورت نیاز درخواست آمبولانس کنید. در این شرایط نیازی به دریافت تأییدیه یا ارجاع اصلی از طرف PCP وجود ندارد. شما نیازی به استفاده از ارائه‌دهنده شبکه ندارید. هر وقت لازم داشته باشید، در هر جایی از ایالات‌متحده امریکا، یا قلمروهای آن یا سرتاسر جهان، می‌توانید از هر ارائه‌دهنده‌ای با گواهینامهٔ دولتی مناسب مراقبت پزشکی اورژانسی دریافت کنید.

- **در اسرع وقت، برنامه ما را در مورد وضعیت اضطراری خود بگویید.** ما مراقبت‌های اورژانسی شما را پیگیری خواهیم کرد. معمولاً طی 48 ساعت، شما یا فرد دیگری باید با ما تماس بگیرید و درباره شرایط اورژانسی خود توضیح دهید. بااین‌حال، در صورت تأخیر در اطلاع‌رسانی، هزینه خدمات اضطراری را پرداخت نخواهید کرد. شماره‌تلفن خدمات اعضا در پایین این صفحه درج شده است.

خدمات تحت‌پوشش در هنگام اورژانس پزشکی

اگر برای مراجعه به بخش اورژانس به آمبولانس نیاز داشته باشید، هزینه آن توسط طرح ما پوشش داده می‌شود. ما همچنین هزینهٔ خدمات پزشکی ارائه‌شده در طول شرایط اورژانسی را پوشش می‌دهیم. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در فصل 4 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

ارائه‌دهندگانی که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اورژانسی به شما ارائه می‌دهند تصمیم می‌گیرند که چه زمانی شرایط شما نرمال است و شرایط پزشکی اورژانسی به پایان رسیده است. اگر برای بهبودی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تکمیلی نیاز داشته باشید آن‌ها به درمان شما ادامه می‌دهند و جهت برنامه‌ریزی با ما تماس می‌گیرند.

طرح ما هزینهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تکمیلی شما را پوشش می‌دهد. اگر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اورژانسی خود را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید، ما سعی می‌کنیم از ارائه‌دهندگان درون شبکه بخواهیم تا هرچه سریع‌تر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما را بر عهده بگیرند.

دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اورژانسی در موقعیت غیر اورژانسی

بعضی مواقع سخت است که تشخیص دهیم شرایط پزشکی یا سلامت رفتاری شما اورژانسی است یا خیر. شما ممکن است برای یک مورد اورژانسی مراجعه کنید و سپس پزشک به شما بگوید که مورد مربوطه اورژانسی نبوده است. مادامی‌که دلیل منطقی داشته باشید که فکر کنید خطر جدی وجود داشته است، ما مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما را پوشش خواهیم داد.

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

- به یکی از ارائه‌دهندگان شبکه مراجعه کنید، **یا**
- مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اضافی که دریافت می‌کنید «مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری تشخیص داده شود» و شما از قوانین برخورداری از این خدمات پیروی کنید. به بخش بعدی مراجعه کنید

H2. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی گفته می‌شود که در موقعیتی که اورژانسی نیست، اما نیاز فوری به مراقبت دارد، دریافت می‌کنید. به‌عنوان‌مثال، ممکن است تشدید سریع یک بیماری موجود یا گلودرد شدیدی داشته باشید که در آخر هفته رخ می‌دهد و نیاز به درمان دارید.

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری در منطقه خدماتی طرح ما

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

- شما این مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید، **و**
- اگر قوانین توصیف‌شده در این فصل را دنبال کنید.

اگر نتوانید یا معقول نباشد به یک ارائه‌دهنده شبکه مراجعه کنید، ما فوراً نیاز شما را از طریق ارائه‌دهنده خارج از شبکه رفع می‌کنیم.

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری خارج از منطقه خدماتی طرح ما

هنگامی که شما خارج از محدوده تحت‌پوشش طرح ما هستید، ممکن است نتوانید مراقبت‌ها را از ارائه‌دهنده عضو شبکه دریافت کنید. در این حالت، طرح ما نیازهای خدمات فوریت‌های درمانی که از دیگر ارائه‌دهندگان دریافت می‌کنید را تحت‌پوشش قرار می‌دهد.

طرح ما مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری یا دیگر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی غیر اورژانسی که در خارج از ایالات‌متحده دریافت می‌کنید را پوشش نمی‌دهد.

طرح ما تحت شرایط زیر خدمات اورژانسی و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری در سرتاسر جهان «یا» خدمات اورژانسی «یا» مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری خارج از ایالات‌متحده آمریکا را پوشش می‌دهد..

شما در هر سال تقویمی تا سقف $10,000 برای خدمات اورژانسی و مراقبت‌های فوری در سراسر جهان تحت‌پوشش هستید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به جدول مزایا در فصل ۴ مراجعه کنید.

H3. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در طول بلایای طبیعی

درصورتی‌که فرماندار کالیفرنیا، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات‌متحده، یا رئیس جمهور ایالات‌متحده، وضعیت فاجعه یا اورژانس در محل جغرافیایی سکونت شما اعلام کند، شما همچنان می‌توانید از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی طرح ما استفاده کنید.

لطفاً برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دریافت مراقبت موردنیاز در طول یک فاجعه طبیعی اعلام شده به این نشانی مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

اگر زمانی که یک فاجعه طبیعی اعلام شده است نتوانید از ارائه‌دهنده شبکه استفاده کنید، می‌توانید مراقبت‌های بهداشتی و درمانی موردنیاز خود را بدون پرداخت هیچگونه هزینه ای از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید. اگر زمانی که یک فاجعه طبیعی اعلام شده است نتوانید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید، می‌توانید داروی تجویزی خود را از یکی از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** از کتابچه راهنمای *اعضا*مراجعه کنید.

I. اگر صورت‌حسابی را برای خدمات تحت‌پوشش طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما مستقیماً دریافت کردید چکار کنید

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

نباید خود شما صورت‌حساب را پرداخت کنید. اگر صورت‌حساب را پرداخت کنید، طرح نمی‌تواند هزینه را به شما بازگرداند.

اگر هزینه خدمات تحت‌پوشش را پرداخت کرده‌اید **یا** اگر صورت‌حسابی برای خدمات پزشکی تحت‌پوشش دریافت کرده‌اید، برای کسب اطلاعات درباره این‌که باید چکار کنید، به **فصل ۷** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

طرح ما تمام خدمات را پوشش می‌دهد اگر:

- از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شده باشد، **و**
- در جدول مزایای طرح (به فصل 4 از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید) فهرست شده باشد، **و**
- مقررات طرح برای دریافت خدمات مزبور رعایت شده باشد.

اگر خدماتی را دریافت می‌کنید که طرح ما آن را پوشش نمی‌دهد، **تمام هزینه را خودتان پرداخت می‌کنید، مگر این‌که توسط برنامهٔ Medi-Cal دیگری که خارج از طرح ما است پوشش داده شده باشد.**

اگر می‌خواهید بدانید که آیا ما برای هر گونه خدمات یا مراقبت پزشکی هزینه می‌کنیم یا خیر، این حق را دارید که از ما بپرسید. همچنین از این حق برخوردار هستید تا از طریق مکاتبه در مورد این موضوع سؤال کنید. اگر ما بگوییم که هزینه خدمات شما را پرداخت نمی‌کنیم، شما از این حق برخوردار هستید تا نسبت به تصمیم‌گیری ما درخواست تجدیدنظر داشته باشید.

در **فصل ۹** از *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح داده شده است که اگر بخواهید ما خدمات یا اقلام پزشکی را تحت‌پوشش قرار دهیم، باید چه کاری انجام دهید. همچنین دربارهٔ نحوه درخواست تجدیدنظر در خصوص تصمیم گرفته‌شده دربارهٔ پوشش طرح ما به شما اطلاعاتی می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود در زمینه درخواست تجدیدنظر، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

ما هزینه بعضی از خدمات را تا سقفی خاص پرداخت می‌کنیم. اگر از این محدوده فراتر روید، باید هزینه کامل خدمات اضافه را شخصاً پرداخت کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ محدودیت‌های مزایای خاص به فصل 4 مراجعه کنید. برای آگاهی از این‌که محدودیت‌های مزایا چیست و چه مقدار از مزایای خود را استفاده کرده‌اید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

J. پوشش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده‌اید

J1. تعریف تحقیق بالینی

تحقیق بالینی (که آزمایش بالینی نیز نامیده می‌شود)، روشی است که در آن پزشکان انواع جدید داروها و درمان ها را مورد آزمایش قرار می دهند. یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که توسط Medicare تأیید شده است، معمولاً از داوطلبان می‌خواهد که در مطالعه شرکت کنند.

بعد از این‌که Medicare تحقیقی را که می خواهید در آن باشید تأیید کرد، و شما علاقه نشان دادید، فردی که روی آن تحقیق کار می‌کند با شما تماس خواهد گرفت. این فرد درباره تحقیق به شما اطلاع‌رسانی خواهد کرد و همچنین بررسی می‌کند که آیا واجدشرایط شرکت در تحقیق هستید یا خیر. تازمانی‌که از شرایط موردنیاز برخوردار باشید می‌توانید در این تحقیق شرکت کنید. همچنین باید بدانید که برای شرکت در تحقیق مزبور چه انتظاراتی از شما می‌رود و باید این انتظارات موافقت کنید.

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

در صورت تمایل به شرکت در یک تحقیق بالینی مورد تأیید Medicare، نیازی **نیست** با ما بگویید یا از طرف ما یا ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه خود تأییدیه دریافت کنید. ارائه‌دهندگانی که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مرتبط به تحقیق را به شما ارائه می‌کنند **لازم نیست** که جزو ارائه‌دهندگان شبکه باشند. لطفاً توجه داشته باشید که این مزایایی را که طرح ما مسئول آن است و شامل کارآزمایی بالینی یا ثبت‌نام برای بررسی مزیت می‌شود شامل نمی‌شود، بلکه مزایایی خاصی را که تحت «تعیین‌تکلیف پوشش ملی (NCD)» و «کارآزمایی‌های دستگاه‌های تحقیقی (IDE)» تعریف شده‌اند و مشمول مجوز قبلی سایر مقررات طرح هستند شامل می‌شود.

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

اگر در نظر دارید که در یک تحقیق بالینی شرکت کنید که Original Medicare آن را برای ثبت‌نام‌کنندگان پوشش می‌دهد، شما یا مدیر پرونده شما باید با خدمات اعضا تماس بگیرید تا به ما اطلاع دهید که داوطلب شرکت در یک آزمایش بالینی شده اید.

J2. پرداخت هزینه خدمات هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده اید

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

- هزینه اتاق و تخت بیمارستان که حتی اگر در تحقیق حضور نداشته باشید از طرف Medicare پرداخت
- جراحی یا دیگر مراحل پزشکی که بخشی از مطالعه تحقیقاتی هستند
- درمان هرگونه عوارض جانبی یا پیامدهای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جدید

اگر برای یک مطالعه تحقیقاتی بالینی داوطلب شوید، ما هر هزینه‌ای را که Medicare تأیید نمی‌کند اما طرح ما تأیید می‌کند، می‌پردازیم. اگر شما بخشی از مطالعه‌ای باشید که توسط Medicare یا طرح ما **تأیید نشده باشد**، لازم است که هزینه‌های مربوط به حضور در تحقیق را پرداخت کنید.

J3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد مطالعه تحقیقاتی بالینی

درباره ملحق شدن به بررسی تحقیقاتی درمانگاه‌ی می‌توانید «Medicare و بررسی‌های تحقیقاتی درمانگاه‌ی» را در وب‌سایت Medicare به نشانی (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research- Studies.pdf)مطالعه کرده و اطلاعات بیشتری کسب کنید. مطالعه کرده و اطلاعات بیشتری کسب کنید. شما می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

K. خدمات ارائه شده توسط مؤسسات درمانی-مذهبی غیرپزشکی چطور تحت‌پوشش قرار می‌گیرد

K1. تعریف مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی

مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی مکانی است که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی معمول در یک بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی را ارائه می‌کند. اگر برخورداری از خدمات در بیمارستان یا برخلاف عقاید مذهبی شما است، ما هزینه خدمات ارائه شده توسط مؤسسه درمانی- غیرپزشکی را پرداخت می‌کنیم.

این مزیت فقط برای خدمات بستری در بیمارستان بخش A از Medicare (خدمات غیرپزشکی مراقبت سلامتی) است.

K2. دریافت خدمات از مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی

برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی باید یک سند حقوقی مبنی بر مخالفت شما با دریافت درمان پزشکی «غیرمشمول» امضاء کنید.

- درمان پزشکی «غیرمستثنی» به هر نوع درمانی گفته می‌شود که **داوطلبانه است** و تحت قوانین فدرال، قوانین ایالتی، یا قوانین محلی الزامی نیست.
- درمان پزشکی «مستثنی» به هر نوع درمانی گفته می‌شود **که داوطلبانه نیست** و تحت قوانین فدرال، قوانین ایالتی، یا قوانین محلی الزامی است.

برای این‌که تحت‌پوشش طرح ما قرار بگیرید، درمانی که از یک مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی دریافت می‌کنید باید مطابق با شرایط زیر باشد:

- مؤسسه‌ای که این مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را ارائه می‌کند باید مورد تأیید Medicare باشد.
- پوشش خدمات در طرح ما محدود به جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است.
- اگر خدمات دریافتی در ساختمان مؤسسه به شما ارائه شود، باید شرایط زیر محقق باشد:
  - باید شرایط پزشکی‌تان به گونه‌ای باشد که به شما اجازهٔ دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به بیماران بستری در بیمارستان یا مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در آسایشگاه‌های تخصصی را بدهد.

طرح ما بستری شدن در بیمارستان را به مدت نامحدود تحت‌پوشش قرار می‌دهد. (به جدول مزایا در بخش 4 مراجعه کنید).

L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

L1. DME به‌عنوان یک عضو از طرح ما

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

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

در این قسمت درباره تجهیزات پزشکی بادوام که باید اجاره کنید توضیح داده می‌شود. به‌عنوان عضوی از طرح ما هرگز مالک تجهیزات پزشکی بادوام یا DME **نخواهید بود** حتی اگر آن را برای بلندمدت اجاره کرده باشید.

در بعضی از شرایط خاص محدود، ما مالکیت DME را به شما منتقل می‌کنیم. برای اطلاع دررابطه‌با شرایط موردنیاز و مدارکی که باید تحویل دهید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

حتی اگر قبل از پیوستن به طرح ما تا ۱۲ ماه متوالی تحت Medicare اقلام تجهیزات پزشکی بادوام داشته باشید، مالک تجهیزات **نخواهید** بود.

L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare

اعضای طرح Original Medicare پس از 13 ماه اجاره انواع خاصی از DME می توانند مالک آن شوند. در طرح Medicare Advantage، طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می تواند تعیین کند که اعضا برای چند ماه باید انواع خاصی از DME را اجاره کرده باشند تا بتوانند مالک آن شوند.

توجه: شما می‌توانید تعاریف طرح‌های Original Medicare و MA را در فصل 12 مطالعه کنید.
همچنین می‌توانید جهت اطلاعات بیشتر در مورد این طرح‌ها به کتابچه راهنمای ***Medicare و شما 2022*** مراجعه کنید. اگر یک نسخه از این کتابچه ندارید، می‌توانید آن را از وب‌سایت Medicare به نشانی (https://www.medicare.gov/medicare-and-you) دریافت کنید یا به‌صورت شبانه‌روزی و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر Medi-Cal انتخاب نشده باشد، در صورت وجود یکی از شرایط زیر، برای مالکیت DME باید 13 قسط از هزینه طرح Original Medicare را به‌صورت پیاپی بپردازید یا تعداد اقساط پیاپی که توسط طرح MA تعیین شده است را پرداخت کنید:

- طی مدت‌زمانی که در طرح ما عضو بودید مالک DME نشده باشید، **و**
- از طرح ما خارج شده باشید و مزایای Medicare خود را خارج از هرگونه طرح بهداشتی در برنامهٔ Original Medicare یا طرح MA دریافت کرده باشید.

اگر پیش از عضویت در طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما مبلغی را برای DME تحت طرح Original Medicare یا MA پرداخت کرده باشید، **مبالغ پرداختی برای Original Medicare یا MA به حساب مبالغی گذاشته نمی‌شود که لازم است پس از ترک طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما پرداخت کنید**.

- در صورت وجود یکی از شرایط زیر، برای مالکیت DME باید 13 قسط از هزینه طرح Original Medicare را به‌صورت پیاپی بپردازید یا تعداد اقساط پیاپی که توسط طرح MA تعیین شده است را پرداخت کنید.
- هنگامی که به Original Medicare یا یکی از طرح‌های MA باز می‌گردید هیچ استثنایی در این مورد وجود ندارد.

L3. مزایای استفاده از تجهیزات اکسیژن برای اعضای طرح ما

اگر برای تجهیزات اکسیژن تحت‌پوشش Medicare واجدشرایط هستید و عضو طرح ما هستید، ما این موارد را پوشش می‌دهیم:

- اجارهٔ تجهیزات اکسیژن
- تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
- لوله‌ها و تجهیزات دیگر برای تحویل اکسیژن و وسایل مربوطه
- تعمیر و نگهداری تجهیزات اکسیژن

زمانی که دیگر از نظر پزشکی به تجهیزات اکسیژن نیازی ندارید، یا اگر از طرح ما خارج می‌شوید، باید تجهیزات را برگردانید.

L4. تجهیزات اکسیژن هنگامی که به طرح بیمه Original Medicare یا طرح Medicare Advantage دیگری تغییر وضعیت دهید. اگر تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند و شما از طرح ما خارج شده **و به Original Medicare تغییر وضعیت داده** باشید، به مدت 36 ماه آن را از یک ارائه‌دهنده اجاره خواهید کرد. مبلغ اجاره ای که ماهیانه پرداخت می‌کنید، تجهیزات اکسیژن، وسیله‌های جانبی، و همه خدمات فهرست شده در بالا را شامل می‌شود.

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

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

اگر تجهیزات اکسیژن همچنان **در پایان دوره 5 ساله** از نظر پزشکی برای شما ضروری باشد:

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

اگر تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد و شما از طرح **ما خارج شویدو به‌جای آن عضو طرح Medicare Advantage شوید،** این طرح حداقل آن موارد تحت‌پوششOriginal Medicare پوشش را پوشش دهی خواهد کرد. شما می‌توانید از طرح جدید MA خود بپرسید که چه تجهیزات و میزان کپسول اکسیژن را پوشش می دهد و این‌که پرداخت چه هزینه هایی برعهده شما است.

فصل 4: جدول مزایا

مقدمه

این فصل اطلاعاتی را در مورد خدمات تحت‌پوشش طرح ما و هرگونه استثنا یا محدودیت در مورد آن خدمات ارائه می‌کند. همچنین اطلاعاتی را در مورد مزایایی که تحت‌پوشش طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما نیست ارائه می‌کند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به‌ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچهٔ راهنمای اعضا* آمده است.

پیوستن اعضا جدید به : Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) در بیشتر موارد، شما در اولین روز از ماه پس از درخواست ثبت‌نام در Molina Medicare Complete Care Plus برای مزایای Medicare خود در Molina Medicare Complete Care Plus ثبت‌نام خواهید کرد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Molina Medicare Complete Care Plus دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. درصورتی‌که سؤالی دارید لطفاً از طریق شماره‌تلفن 665-4627 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711 با ما تماس بگیرید.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت‌پوشش شما 62

A1. در طول شرایط اورژانسی بهداشت عمومی 62

B. مقررات برای پیشگیری از مطالبهٔ هزینهٔ خدمات توسط ارائه‌دهندگان از شما 62

C. درباره جدول مزایای طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما 62

D. جدول مزایای طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما 65

E. مزایای تحت‌پوشش خارج از طرح ما 112

E1. انتقال به جامعهٔ کالیفرنیا (CCT) 112

E2. طرح دندان‌پزشکی Medi-Cal 113

E4. خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS) 114

E3. مراقبت آسایشگاهی 113

E5. برنامه‌های ابطال خدمات مبتنی بر خانه و جامعه(HCBS) درسال 1915(c) 114

F. مزایایی که توسط طرح ما، طرح Medicare، یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شوند 116

A. خدمات تحت‌پوشش شما

در این فصل، خدمات تحت‌پوشش طرح‌های ما و میزان پرداخت شما برای هر خدمت شرح داده می‌شود. همچنین می‌توانید درباره خدماتی که تحت‌پوشش قرار نمی‌گیرند اطلاعاتی کسب کنید. اطلاعات مربوط به مزایای دارویی در **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا ذکرشده است. این فصل همچنین محدودیت‌های اعمال‌شده بر رخی خدمات را توضیح می‌دهد. به دلیل این‌که از طرف Medi-Cal کمک و راهنمایی دریافت می‌کنید، تازمانی‌که قوانین طرح ما را دنبال کنید، هیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت‌پوشش پرداخت نخواهید کرد. جهت کسب اطلاعات درباره قوانین طرح به **فصل 3** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

اگر برای اطلاع از خدمات تحت‌پوشش به راهنمایی نیاز دارید، با مدیر پرونده یا خدمات اعضا با شماره‌تلفن 665-4627 (855) تماس بگیرید: شماره‌تلفن TTY: 711.

A1. در موارد اورژانس بهداشت عمومی

درصورتی‌که فرماندار California، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات‌متحده، یا رئیس جمهور ایالات‌متحده، وضعیت فاجعه یا اورژانس در محل جغرافیایی سکونت شما اعلام کند، شما همچنان می‌توانید از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی Molina Medicare Complete Care Plus استفاده کنید.

لطفاً برای اطلاع از چگونگی دریافت مراقبت‌های موردنیاز در هنگام یک فاجعه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

B. مقررات برای پیشگیری مطالبه هزینه خدمات توسط ارائه‌دهندگان از شما

ما به ارائه‌دهندگان شبکه‌مان اجازه نمی‌دهیم هزینه خدمات تحت‌پوشش داخل شبکه را از شما دریافت کنند. ما مستقیماً هزینه ارائه‌دهندگان خود را پرداخت می‌کنیم و شما نیاز به پرداخت هیچ هزینه‌ای ندارید. حتی اگر ما مبلغی کمتر از هزینه یکی از خدمات را به ارائه‌دهنده بپردازیم، این مسئله صدق می‌کند.

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

C. درباره جدول مزایای طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما

در جدول مزایا ذکرشده است که هزینه کدام خدمات از طرف طرح برای شما پرداخت می‌شود. خدمات تحت‌پوشش را به ترتیب حروف الفبا فهرست کرده و توضیح می‌دهد.

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

- ما خدمات تحت‌پوشش Medicare و Medi-Cal شما را طبق قوانین تعیین شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌دهیم.
- خدمات شامل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، خدمات سلامت رفتاری و سوءمصرف مواد، خدمات بلندمدت و پشتیبانی‌ها، لوازم، تجهیزات، و داروها باید «از نظر پزشکی ضروری» باشند. «ضرورت پزشکی خدمات، لوازم یا داروهایی را که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت فعلی سلامت خود نیاز دارید، توصیف می‌کند. این امر شامل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است که مانع از مراجعه شما به بیمارستان‌ها یا آسایشگاه‌ها می‌شود. همچنین به این معنی است که خدمات یا داروها باید مطابق با استانداردهای پزشکی پذیرفته‌شده باشند.

- شما می‌توانید مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید. ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. در اکثر موارد، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت می‌کنید تحت‌پوشش قرار نمی‌گیرند مگر این‌که شرایط اورژانسی باید یا نیاز فوری به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی وجود داشته باشد یا از طرح ما یا ارائه‌دهندگان داخل شبکه ارجاع دریافت کرده باشید. **در فصل 3** از *کتابچه راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری درباره استفاده از ارائه‌دهندگان داخل و خارج شبکه ارائه شده است.
- شما یک ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه (PCP) یا یک گروه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دارید که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به شما ارائه و مدیریت می‌کند.
- در بیشتر موارد، پیش از استفاده از کسی که به ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه شما وابسته نیست یا ارائه‌دهنده دیگری در شبکه طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید از ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه خود تأییدیه دریافت کنید به این امر، ارجاع گفته می‌شود. **فصل 3** از *کتابچه راهنمای اعضا* شما دربارهٔ دریافت ارجاع و زمانی که به آن نیاز **ندارید**، اطلاعات بیشتری ارائه می‌دهد.
- ما برخی از خدمات ذکرشده در نمودار مزایا را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک یا ارائه‌دهنده شبکه دیگر ابتدا تأییدیه ما را دریافت کند. به این امر، مجوز قبلی گفته می‌شود. ما خدمات تحت‌پوشش در نمودار مزایا را که نیاز به مجوز قبلی دارند با ستاره (*) علامت‌گذاری می‌کنیم.

اطلاعات مزایای مهم برای همهٔ ثبت‌نام‌کنندگان شرکت‌کننده در خدمات برنامه‌ریزی رفات و مراقبت‌های بهداشتی (WHP)

- از آنجائیکه Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) در «مدل بیمهٔ مبتنی بر ارزش (VBID)» شرکت می‌کند، شما برای دریافت خدمات زیر (WHP)، ازجمله خدمات برنامه‌ریزی پیش‌نگرانهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (ACP) واجدشرایط خواهید بود:
  - درصورتی‌که خودتان نتوانید برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌تان تصمیم بگیرید، خدمات برنامه‌ریزی پیش‌نگرانهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (ACP) به شما کمک می‌کند. «راهنمایی‌های پیش‌نگرانه» در واقع اسنادی حقوقی هستند که در صورت نیاز می‌توانند شما را راهنمایی کنند. «راهنمایی‌های پیش‌نگرانه» چندین نوع و اسم مختلف دارند، که ازجملهٔ آن‌ها می‌توان به «ارادهٔ زندگی» و «قدرت پایدار وکیل» می‌توان اشاره کرد.
- طرح Molina Medicare Complete Care Plus به طرق مختلفی می‌تواند در خدمات برنامه‌ریزی پیش‌نگرانهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (ACP) به شما کمک کند:
  - طرح Molina Medicare Complete Care Plus اطلاعاتی را دربارهٔ خدمات ACP بر روی وب‌سایتش با این نشانی قرار داده است: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
  - با مراجعه به این نشانی‌ها می‌توانید فرم «راهنمای پیش‌نگرانه» را دریافت کنید:
    - وب‌سایت کالیفرنیا به نشانی CaringInfo.org؛
- وب‌سایت Molina Caregiving برای Medicare به‌نشانی https://www.molinacaregiving.com. به پایین صفحه پیمایش کنید و ایالت‌تان را انتخاب کنید. روی گزینهٔ Caregiving کلیک کنید. سپس روی Durable Power of Attorney کلیک کنید تا به فرم مورد نظر برسید.
  - وقتی «تماس خوش‌آمدگویی» خود را دریافت کردید می‌توانید درخواست اطلاعات بیشتر کنید. متخصصین «تماس خوش‌آمدگویی» می‌توانند به سؤالات شما دربارهٔ «راهنمایی‌های پیش‌نگرانه» و نحوهٔ دریافت آن‌ها پاسخ دهند.
  - از ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه (PCP) طرح Molina Medicare Complete Care Plus خود بخواهید اطلاعات بیشتری را در اختیار شما قرار دهد.
  - از مدیر پروندهٔ خود بخواهید اطلاعات بیشتری را در اختیارتان قرار دهد.

- ز طریق این شماره‌ها با خدمات اعضا تماس بگیرید: 4627-665 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711.
- در *فصل 9*، بخش
- «E. شرکت در طرح ACP اختیاری است.» اطلاعات بیشتری دربارهٔ تصمیم‌گیری در خصوص مراقبت بهداشتی‌تان ارائه شده است. این بخش به شما توضیح می‌دهد که آیا «راهنمایی پیش‌نگرانه» نیاز دارید و کدام نوع از «راهنمایی‌های پیش‌نگرانه» برای شما مناسب است. اگر به «راهنمایی پیش‌نگرانه» نیاز ندارید می‌توانید آن را رد کنید. هیچکس نمی‌تواند بر اساس این‌که آیا «راهنمایی پیش‌نگرانه» دریافت کرده‌اید یا خیر شما را از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی محروم کند یا با شما با تبعیض برخورد کند.

- «اطلاعات مزیت مهم» برای «شرکت‌کنندگانی واجدشرایط دریافت کمک بیشتر هستند»:
  - شرکت‌کنندگان در طرح Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) در مدل بیمهٔ مبتنی بر ارزش (VBID). مدل بیمهٔ مبتنی بر ارزش (VBID) به Medicare اجازه می‌دهد راه‌های جدیدی را بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند. طرح Molina Medicare Complete Care Plus، به‌عنوان بخشی از مدل VBID، حذف «پرداخت مشترک» هزینهٔ داروهای بخش D را پیشنهاد می‌دهد. سهم اعضائی که «کمک بیشتر» دریافت می‌کنند از پرداخت مشترک داروهای بخش D در تمامی مراحل پوشش برابر با صفر دلار ($0) خواهد بود. جهت کسب اطلاعات بیشتر به فصل 6، مبلغی که برای داروهای تجویزی بخش D پرداخت می‌کنید، مراجعه کنید. همچنین اگر دربارهٔ این مزیت یا این‌که چطور می‌تواند به شما کمک کند سؤالی دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اطلاعاتی درباره مزایای مهم برای «اعضای دارای بیماری مزمن خاص». اگر عارضه‌های مزمن زیر را دارید و معیارهای پزشکی خاصی را دارید، ممکن است واجدشرایط دریافت مزایای اضافی باشید:

- وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر
- اختلالات خود ایمنی
- سرطان
- اختلالات قلبی عروقی
- نارسایی مزمن قلبی
- زوال عقل
- دیابت
- نارسایی کبدی دائمی
- نارسایی کلیوی دائمی (ESRD)
- اختلالات خونی شدید
- HIV/AIDS
- اختلالات مزمن ریوی
- عارضه سلامت روان مزمن و ناتوان کننده
- اختلالات عصبی
- سکته

برای اطلاعات بیشتر به ردیف «کمک در برخی بیماری‌های مزمن» در نمودار مزایا مراجعه کنید.

اغلب خدمات پیشگیرانه به‌صورت رایگان ارائه می‌شود. این علامت سیب را در کنار خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا خواهید یافت.

D. جدول مزایای برنامه درمانی ما

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	غربال‌گری آنوریسم آئورت شکمی ما هزینه یک‌بار سونوگرافی غربال‌گری برای افراد در معرض خطر پرداخت خواهیم کرد هزینه این غربال‌گری تنها در صورتی توسط طرح پرداخت می‌شود که شما دارای عوامل خطر خاصی باشید و از پزشک، دستیار پزشک، پرستار متخصص یا متخصص پرستاری بالینی خود نامه ارجاع داشته باشید .	$0 برای اعضای واجدشرایط غربال‌گری HIV پیشگیرانه تحت‌پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، یا فرانشیزی وجود ندارد.
	طب‌سوزنی ما تا سقف دو بار برای هر ماه تقویمی هزینه‌های سرپایی طب سوزنی بیماران را پرداخت می‌کنیم، و در صورتی تعداد دفعات بیشتری را پوشش می‌دهیم که این جلسات از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد. • اگر کمر درد مزمن دارید که به‌صورت زیر تعریف می‌شود، ما هزینه 12 جلسه طب سوزنی در مدت 90 روز را هم پرداخت می‌کنیم: • به مدت 12 ماه یا بیشتر به طول انجامد؛ • دلیل خاصی نداشته باشد (هیچ دلیل سیستماتیک قابل شناسایی نداشته باشد، مثلا با متاستاز استخوان، تورم، یا بیماری‌های عفونی مرتبط نباشد)؛ • مرتبط با جراحی نباشد؛ **و** • ارتباطی با بارداری نداشته باشد. علاوه بر آن، اگر درد مزمن کمر شما تا حدودی بهبود پیدا کند، هزینه هشت جلسه طب سوزنی دیگر نیز پرداخت می‌شود. در هر سال نمی‌توانید بیش از 20 جلسهٔ طب سوزنی برای درد مزمن کمرتان دریافت کنید. اگر دردتان بهبود پیدا نکرد یا بدتر شد، درمان طب سوزنی باید متوقف شود.	شما برای هر درمان تحت‌پوشش Medicare مبلغ $0 می‌پردازید

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	غربال‌گری و مشاوره اختلال سوءمصرف مواد به الکل ما هزینه یک‌بار غربال‌گری سوءمصرف الکل (SABIRT) را برای افراد بزرگسالی که سوءمصرف الکل دارند، اما به الکل وابسته نیستند، پرداخت می‌کنیم. این مورد شامل زنان باردار نیز می‌شود. اگر نتیجه غربال‌گری شما برای سوءمصرف الکل مثبت باشد، هر سال حداکثر چهار جلسه مشاوره کوتاه و حضوری (اگر بتوانید و در طول جلسه هوشیار باشید) با ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه یا درمانگری در یک موسسه مراقبت‌های بهداشتی اولیهٔ ذی‌صلاح خواهید داشت.	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای غربال‌گری و مشاوره تحت‌پوشش Medicare جهت کاهش مزایای پیشگیرانه سوءمصرف الکل وجود ندارد.
	خدمات آمبولانس خدمات آمبولانس تحت‌پوشش شامل زمینی و هوایی (هلی‌کوپتر و هواپیما) هستند. آمبولانس شما را به نزدیکترین مرکز مراقبت‌های بهداشتی و درمانی منتقل می‌کند. 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 (غیر اورژانسی) باید توسط ما تأیید شود. اگر مواردی که اورژانسی نباشند، 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.	شما برای هر بار اعزام با آمبولانس که تحت‌پوشش Medicare باشد مبلغ $0 می‌پردازید. **مجوز قبلی فقط برای حمل‌ونقل غیر اورژانسی آمبولانس موردنیاز است.** اگر به مراقبت‌های اورژانسی نیاز دارید، با 911 تماس بگیرید و درخواست آمبولانس کنید. اگر به حمل‌ونقل اورژانسی با آمبولانس در خارج از ایالات‌متحده نیاز دارید، به قسمت «پوشش اضطراری/ فوری در سراسر جهان» در این نمودار مراجعه کنید.
	معاینه فیزیکی سالانه (تکمیلی) معاینه فیزیکی معمول سالانه خدمات معاینه فیزیکی اضافی‌ای را پوشش می‌دهد که فقط توسط پزشک، پرستار، یا دستیار پزشک قابل ارائه‌اند. این فرصتی عالی برای تمرکز بر پیشگیری و غربال‌گری است. طی معاینه فیزیکی معمول، پزشک برای شناسایی مشکلات، شما را از طریق بررسی دیداری، لمسی، شنیداری، و ضربه ملایم با انگشت معاینه می‌کند. سه مورد آخر شامل تماس فیزیکی مستقیم است و برای شناسایی وجود (یا عدم وجود) عارضه فیزیکی ضروری است.	$0 در صورت نیاز به خدمات اضافی، ارائه‌دهنده‌تان شما را به متخصص ارجاع می‌دهد یا در صورت نیاز «مجوز قبلی» ارائه می‌دهد.

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	معاینهٔ سلامتی سالانه شما می‌توانید یک چک‌آپ سالانه داشته باشید. این چک‌اپ به‌منظور ایجاد یا به‌روزرسانی طرح پیشگیری بر مبنای عوامل خطر فعلی‌تان است. ما هر 12 ماه یک‌بار این هزینه را پرداخت خواهیم کرد. **توجه:** چک‌آپ سالانهٔ اول شما نباید طی بازهٔ زمانی 12 ماهه از تاریخ انجام معاینهٔ **«به Medicare خوش آمدید»** انجام شود. بااین‌حال، پس از این‌که بخش B را برای 12 ماه دریافت کرده باشید، برای انجام چک‌آپ سالانه نیازی نیست که معاینهٔ «خوش‌امدگویی به Medicare» را انجام داده باشید.	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای بازدید سالانه سلامت وجود ندارد.
	خدمات پیشگیرانه آسم شما می‌توانید آموزش آسم و ارزیابی محیط خانه را برای محرک‌هایی که معمولاً در خانه افراد مبتلا به آسم که به‌خوبی کنترل نشده یافت می‌شود، دریافت کنید.	$0
	اندازه‌گیری تراکم استخوان ما هزینه برخی ارزیابی‌های خاص را برای اعضای واجدشرایط (معمولاً فردی که در معرض خطر از دست دادن حجم توده استخوان یا پوکی استخوان باشد) پرداخت خواهیم کرد. این اقدامات جهت شناسایی توده استخوان، موارد پوکی استخوان یا بررسی کیفیت استخوان انجام می‌شود. ما هر 24 ماه یک‌بار یا در صورت ضرورت پزشکی در فواصل زمانی کوتاهتر، این هزینه را پرداخت می‌کنیم . همچنین ما هزینه پزشک را برای بررسی و نظردهی درباره نتایج پرداخت خواهیم کرد.	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای اندازه‌گیری توده استخوانی تحت‌پوشش Medicare وجود ندارد.
	غربال‌گری سرطان سینه (عکس‌های ماموگرافی) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: یک عکس ماموگرافی اولیه بین سنین 35 و 39 سال یک عکس ماموگرافی هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا معاینه‌های بالینی سبنه هر 24 ماه یک‌بار	$0 برای ماموگرافی‌های غربال‌گری تحت‌پوشش هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز وجود ندارد.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات توان‌بخشی قلب* ما هزینه‌های مربوط به خدمات توان‌بخشی قلب مانند ورزش، آموزش و مشاوره را پرداخت می‌کنیم. اعضا باید از شرایطی خاص برخوردار باشند و ارجاع **یا** دستور پزشک کداشته باشند. ما هزینه خدمات فشرده توان‌بخشی قلب که در مقایسه با خدمات توان‌بخشی قلب فشرده تر است را نیز تحت‌پوشش قرار می‌دهیم.	**ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**
	مشاوره کاردیووسکولار (قلب) برای کاهش خطر احتمالی ابتلا به بیماری‌های قلبی (درمان بیماری‌های قلبی)* ما هزینه یک یا چند ویزیت در صورت ضرروت پزشکی به ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه شما را پرداخت می‌کنیم تا احتمال بروز بیماری‌های قلبی در شما کمتر شود. طی معاینه، دکتر شما ممکن است: • دربارهٔ استفاده از آسپرین صحبت کند، • فشار خون شما را بررسی کند، **و/یا** • دربارهٔ نحوهٔ درست غذا خوردن نکاتی را به شما گوشزد کند.	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای مزایای پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی رفتار درمانی فشرده وجود ندارد.
	آزمایش تشخیص بیماری‌های قلبی‌عروقی ما هر پنج سال یک‌بار (60 ماه یک‌بار) هزینه مربوط به آزمایش خون برای بررسی بیماری‌های قلبی را پرداخت می‌کنیم. آزمایش‌های خون وجود اختلال حاصل از خطر بالای ابتلا به بیماری قلبی را نیز مشخص می‌کند.	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای آزمایش بیماری‌های قلبی عروقی که هر 5 سال یک‌بار پوشش داده می‌شود وجود ندارد.
	غربال‌گری سرطان رحم و دهانه رحم ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • برای تمامی زنان: تست پاپ‌اسمیر و لگن خاصره هر 24 ماه یک‌بار • برای زنانی که خطر ابتلا به سرطان رحم یا واژن در آن‌ها بالا است:یک تست پاپ‌اسمیر هر 12 ماه یک‌بار • یا زنانی که در ظرف 3 سال گذشته تست غیرمعمول پاپ اسمیر داشته‌اند و در سن بارداری هستند: هر 12 ماه یک‌بار، یک آزمایش پاپ اسمیر • برای زنان 30 تا 65 ساله: تست ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا تست پاپ اسمیر به علاوه تست HPV هر 5 سال	$0 برای معاینات پاپ اسمیر و لگن پیشگیرانه تحت‌پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز وجود ندارد.

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات کایروپراکتیک ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • جااندازی ستون فقرات به‌منظور جای‌گیری درست مهره‌ها	برای هر ویزیت $0 برای این خدمات تحت‌پوشش Medicare پرداخت می‌کنید.
	بررسی سرطان روده بزرگ ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • کلونوسکوپی هیچ محدودیت سنی ندارد و برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا به سرطان رودهٔ بزرگ قرار ندارند هر 120 ماه یک‌بار (10 سال) یا 48 ماه پس از سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر قبلی برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا به سرطان رودهٔ بزرگ قرار ندارند، و هر 24 ماه یک‌بار برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا قرار دارند پس از کلونوسکوپی یا تنقیه باریم غربال‌گری انجام می‌شود. • سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران سنین 45 سال و بالاتر. هر 120 ماه یک‌بار برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا قرار ندارند پس از اینک بیمار کلونوسکوپی غربال‌گری را انجام داد. هر 48 ماه یک‌بار برای بیمارانی که سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا تنقیه باریم آخر آن‌ها نشان دهد در خطر بالای ابتلا قرار دارند. • آزمایش‌های غربال‌گری خون مخفی مدفوع برای بیماران سنین 45 سال و بالاتر. هر 12 ماه یک‌بار. • آزمایش چندمنظورهٔ دی‌ان‌ای مدفوع برای بیمارانی که 45 تا 85 سال سن دارند و معیارهای قرار داشتن در معرض خطر بالا را برآورده نکنند. هر 3 سال یک‌بار. • آآزمایش‌های زیست‌نشانگرهای مبتنی بر خون برای بیمارانی که 45 تا 85 سال سن دارند و معیارهای در معرض خطر بالا قرار داشتن را برآورده نکنند. هر 3 سال یک‌بار. • تنقیه باریم به‌عنوان جایگزینی برای کلونوسکوپی برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا قرار دارند و 24 ماه از آخرین غربال‌گری تنقیه باریم یا کلونوسکوپی غربال‌گری آن‌ها گذشته باشد. • تنقیه باریم به‌عنوان جایگزین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیمارانی که در خطر بالا قرار ندارند و 45 سال یا بیشتر سن دارند. یک‌بار دست‌کم 48 ماه پس از آخرین آزمایش تنقیه باریم یا سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر. درصورتی‌که آزمایش غربال‌گری غیرتهاجمی مبتنی بر مدفوع Medicare با پاسخ مثبت همراه باشد، آزمایش‌های غربال‌گری سرطان رودهٔ بزرگ شامل یک کلونوسکوپی تکمیلی خواهد بود.	$0 برای معاینه غربال‌گری سرطان کولورکتال تحت‌پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز وجود ندارد.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات دندان‌پزشکی (تحت‌پوشش Medicare) ما هزینهٔ برخی خدمات دندان‌پزشکی خاص را پرداخت می‌کنیم، که شامل پاکسازی، پر کردن، دندان مصنوعی می‌شوند، اما محدود به این موارد نمی‌شوند. مواردی که تحت‌پوشش ما نیستند از طریق برنامه دندان‌پزشکی Medi-Cal در دسترس هستند، که در بخش F2 در پایین شرح داده شده است. درصورتی‌که خدمات دندان‌پزشکی بخشی جدایی‌ناپذیر از درمانی خاص برای شرایط پزشکی اولیهٔ ذی‌نفعان باشد، ما هزینهٔ این خدمات را پرداخت می‌کنیم. مثال‌هایی از این خدمات شامل بازسازی فک پس از شکستگی یا آسیب‌دیدگی، کشیدن دندان به‌منظور اماده‌سازی برای پرتودرمانی سرطان اطراف فک، یا آزمایش‌های دهانی قبل از پیوند کلیه هستند.	$0
خدمات دندان‌پزشکی (مکمل) به‌طور کلی، خدمات دندان‌پزشکی پیشگیرانه (مثل پاکسازی، معاینه‌های دندان‌پزشکی روتین، و تصاویر رادیولوژی دندان) تحت‌پوشش Original Medicare نیستند. ما مزایای دندان‌پزشکی بیشتری را که تحت‌پوشش Original Medicare نیستند پوشش می‌دهیم. این مزایا به‌صورت جداگانه و با جزئیات کامل تحت‌عنوان «خدمات دندان‌پزشکی (مکمل)» شرح داده شده‌اند. خدمات دندان‌پزشکی مکمل تحت‌پوشش شامل موارد زیر هستند، اما به این موارد محدود نمی‌شوند: خدمات پیشگیرانه و روتین دندان‌پزشکی : • خدمات داندان‌پزشکی پیشگیرانه - معاینهٔ دهان: 2 بار معاینه در سال • خدمات دندان‌پزشکی پیشگیرانه - جرم‌گیری: 2 بار معاینه در سال • خدمات دندان‌پزشکی پیشگیرانه - فلوراید درمانی: 2 بار معاینه در سال • خدمات دندان‌پزشکی پیشگیرانه - تصاویر رادیولوژی: پری‌آپیکال تا 6 بار در سال، بایت‌وینگ تا 4 بار در سال، پانورامیک تا یک‌بار در هر 5 سال **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	درصورتی‌که از کارت MyChoice استفاده کنید، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز وجود نخواهد داشت. اگر خدماتی تحت‌پوشش نباشد یا اگر از حداکثر کمک هزینه سالانه خود فراتر بروید، ممکن است خودتان مسئول پرداخت هزینه‌ها باشید. ممکن است محدودیت‌ها و استثنائاتی اعمال شود. در صورت مراجعه به ارائه‌دهندگان خدمات دندان‌پزشکی Medi-Cal ممکن است از طریق برنامه دندان‌پزشکی Medi-Cal واجدشرایط دریافت خدمات دندان‌پزشکی بیشتری باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ مزایای برنامهٔ دندان‌پزشکی Medi-Cal به بخش F2 مراجعه کنید.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات دندان‌پزشکی (مکمل)(ادامه) به‌منظور یافتن ارائه‌دهندگان خدمات دندان‌پزشکی پیشگیرانه و روتین داخل‌شبکه و نزدیک به شما به یکی از روش‌های زیر اقدام کنید: • جستجوی آنلاین – با استفاده از ابزار جستجوی آنلاین ارائه‌دهندگان خدمات دندان‌پزشکی مکمل ما به‌نشانی MolinaHealthcare.com/Medicare برای این‌که گزینه‌های بیشتری را جهت برآورده کردن نیازهای دندان‌پزشکی روتین‌تان در اختیارتان قرار دهیم با Dental Vendor وارد همکاری شده‌ایم. اگر از یکی از ارائه‌دهندگان در شبکهٔ Dental Vendor ما استفاده کنید، می‌توانید بدون پرداخت هیچ هزینه‌ای خدمات دندان‌پزشکی پیشگیرانهٔ مذکور در بالا را دریافت کنید. علاوه‌براین، بر روی کارت MyChoice خود 1,000 دلار برای دریافت خدمات دندان‌پزشکی بیشتر نزد این ارائه‌دهنده در اختیار خواهید داشت. اگر تصمیم بگیرید از ارائه‌دهندهٔ خدمات دندان‌پزشکی خارج ازشبکهٔ Dental Vendor استفاده کنید، تمامی خدمات ارائه‌شده (شامل هرگونه خدمات دندان‌پزشکی پیشگیرانه و جامع) صرفاً در صورت استفاده از کارت MyChoice شما و فقط تا سقف 1,000 دلار تحت‌پوشش قرار خواهد گرفت. کارت MyChoice نوعی کارت بدهی (نه کارت اعتباری) است و صرفاً برای استفادهٔ عضو به‌منظور دریافت خدمات دندان‌پزشکی در نظر گرفته شده است. این کمک هزینهٔ دندان‌پزشکی با شروع دورهٔ بیمه (به‌صورت سالانه) بر روی کارت MyChoice شما بارگذاری خواهد شد. در پایان هر سال، کمک هزینهٔ تخصیص داده‌شدهٔ استفاده‌نشده به دوره یا سال برنامه بعدی منتقل نخواهد شد. نکاتی که باید به یاد داشته باشید: امکان تبدیل کمک هزینهٔ کارت MyChoice به پول نقد وجود ندارد. این کمک‌هزینه فقط می‌تواند توسط عضو استفاده شود و ممکن است برای هیچ مزایا یا هزینه دیگری اعمال نشود. خدمات آرایشی تحت‌پوشش طرح نیست و نمی‌توانید از کارت MyChoice خود برای پرداخت هزینه این خدمات استفاده کنید. کمک‌هزینهٔ‌کارت MyChoice فقط برای دسترسی به مزایای تکمیلی مشخص شده تا سقف تعریف شده قابل‌استفاده است. اگر از حداکثر کمک هزینه سالانه خود فراتر بروید، ممکن است خودتان مسئول پرداخت هزینه‌ها باشید. اگر طرح را ترک کنید، هر گونه وجوه تخصیص داده شده استفاده نشده در تاریخ لغو ثبت‌نام شما به طرح باز می‌گردد.	

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
غربال‌گری افسردگی ما هر سال یک‌بار هزینه غربال‌گری افسردگی را پرداخت می‌کنیم. این غربال‌گری باید در یک مرکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه، که قادر به ارائه درمان بعدی یا ارجاع دارد، صورت گیرد.	$0 برای یک ویزیت سالانه غربال‌گری افسردگی، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز وجود ندارد.
غربال‌گری دیابت اگر هرکدام از عوامل خطر زیر را داشته باشید، ما هزینه این غربال‌گری (ازجمله آزمایش قند ناشتا) را پرداخت می‌کنیم: • پرفشاری خون • سابقهٔ سطوح غیرعادی کلسترول و تری‌گلیسرید (اختلال چربی خون) • چاقی • سابقهٔ قند خون بالا (گلوکز) در برخی موارد دیگر، مثلاً اگر اضافه وزن داشته باشید و یکی از اعضا خانواده‌تان سابقهٔ دیابت داشته باشد، آزمایش‌ها ممکن است تبدیل شوند. با توجه به نتایج آزمایش، ممکن است شرایط لازم برای انجام دو غربال‌گری دیابت در هر 12 ماه را داشته باشید.	$0 برای تست‌های غربال‌گری دیابت تحت‌پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز وجود ندارد.

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	آموزش، خدمات و لوازم خود مدیریتی دیابت ما هزینه خدمات زیر را برای تمام افرادی که بیماری دیابت دارند پرداخت می‌کنیم (چه از انسولین استفاده کنند چه نکنند): • لوازم برای بررسی میزان قند خون، ازجمله موارد زیر: o مانیتور گلوکز خون o نوارهای تست گلوکز خون o دستگاه لنست و لنست‌ها o محلول‌های کنترل گلوکز به‌منظور بررسی دقت نوارهای تست و مانیتورها • برای افراد مبتلا به دیابت که بیماری‌های شدید ناشی از دیابت در ناحیه پای خود دارند، ما هزینه موارد زیر را پرداخت می‌کنیم: o یک جفت کفش طبی مخصوص برای این افراد (همراه با کفی‌ها)، اندازه‌گیری پا، و دو جفت کفی اضافی در هر سال تقویمی، **یا** o یک جفت کفش عمیق، شامل اندازه‌گیری پا و سه جفت کفی در هر سال (بجز کفی‌های غیر سفارشی که با هر کفش ارائه می‌شود) • در برخی موارد، ما هزینه آموزش برای کمک به مدیریت دیابت‌تان را پرداخت می‌کنیم. به‌منظور دریافت اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید.	شما $0 برای این مزایا پرداخت خواهید کرد. هنگامی که داروی تجویزی دارید و آن را در یک داروخانه خرده فروشی شبکه یا از طریق برنامه داروخانه خدمات پستی تهیه می‌کنید، داروهای موردنیاز تحت‌پوشش قرار می‌گیرند. در صورت نیاز به «معاینه چشم» برای رتینوپاتی دیابتی یا غربال‌گری گلوکوم، به بخش «مراقبت بینایی» در این نمودار مربوط به خدمات پزشک مراجعه کنید. اگر دیابت دارید و باید برای «معاینه پا» به پزشک مراجعه کنید، «خدمات پاپزشکی» را در این نمودار ببینید. اگر دیابت دارید و به خدمات تغذیه درمانی پزشکی (MNT) نیاز دارید، «تغذیه درمانی پزشکی» را در این نمودار ببینید. **ممکن است برای تجهیزات دیابت و کفش و کفی کفش ویژه افراد دیابتی به «مجوز قبلی» نیاز باشد. برای خدمات آموزش خودمدیریتی دیابت که تحت‌پوشش Medicare هستند «مجوز قبلی» لازم نیست**.
	خدمات همراه زائو برای افرادی که باردار هستند، ما هزینه 9 ویزیت با همراه زائو در دوران قبل از زایمان و پس از زایمان و همچنین حمایت در طول زایمان و درد زایمان را پرداخت می‌کنیم.	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مرتبط* برای تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (DME)» به فصل 12 از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم: • صندلی چرخ‌دار، ازجمله صندلی چرخ‌دار برقی • عصا زیربغل • سیستم‌های تشک برقی • بالشتک زخم بستر برای تشک • لوازم بیماری دیابت • تخت‌های بیمارستانی سفارش‌داده‌شده توسط یک ارائه‌دهنده برای استفاده در خانه • پمپ‌های تزریق و پایه داخل وریدی (IV) • دستگاه‌های تولیدکنندهٔ گفتار • تجهیزات و لوزام اکسیژن • نبولایزر • واکر • عصا خمیدهٔ استاندارد یا عصا چهار پایه و لوازم تعویض • دستگاه کشش گردن (از روی در) • دستگاه تحریک‌کننده استخوان • تجهیزات مراقبتی دیالیز سایز لوازمی که ممکن است تحت‌پوشش باشند. ما هزینه DME کلیه ضرورت‌های پزشکی که معمولاً تحت‌پوشش Medicare و Medi-Cal است را پرداخت می‌کنیم. درصورتی‌که تأمین‌کننده ما در منطقه شما محصول یک برند یا تولیدکننده را نداشت، شما می‌توانید سؤال کنید که آیا می‌توانند آن را برای شما سفارش دهند یا خیر. **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	برای «تجهیزات پزشکی بادوام» (DME) و لوازم مرتبط با آن که تحت‌پوشش Medicare است، شما $0 پرداخت می‌کنید. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اورژانسی: مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اورژانسی یعنی خدماتی که شرایط زیر را داشته باشند: • توسط یک ارائه‌دهنده که در زمینه خدمات اورژانسی آموزش دیده است ارائه شوند، **و** • برای درمان شرایط پزشکی اورژانسی لازم باشند. اورژانس پزشکی یک عارضه پزشکی به همراه درد شدید یا مصدومیت وخیم می‌باشد. این عارضه آنقدر جدی است که اگر فوراً تحت مداوای پزشکی قرار نگیرید، هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل درمانی و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود: • خطر جدی برای سلامتی شما یا کودک متولد نشده شما؛ **یا** • صدمه جدی به عملکردهای بدنی؛ **یا** • نقص عملکردی شدید هرکدام از اندام‌ها یا بخش‌های بدن. • در مورد زنان باردار در هنگام درد زایمان، وقتی که: o زمان کافی برای حمل‌ونقل ایمن شما با بیمارستان دیگری قبل از زایمان وجود نداشته باشد. o حمل‌ونقل به بیمارستانی دیگر سلامت یا ایمنی شما یا نوزاد متولدنشده‌تان را تهدید کند. بجز موارد محدود، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اورژانسی فقط در ایالات‌متحده و قلمروهای آن ارائه می‌شود برای جزئیات بیشتر با مسئولین طرح تماس بگیرید. به‌عنوان یک مزیت اضافی، ما حداکثر $10000 پوشش اضطراری جهانی در هر سال تقویمی برای حمل‌ونقل اضطراری، مراقبت‌های فوری، مراقبت‌های اضطراری و مراقبت‌های پس از تثبیت ارائه می‌دهیم.	$0 اگر در بیمارستانی که خارج از شبکه است از خدمات اورژانس برخوردار شده‌اید و پس از تثبیت وضعیت اورژانسی نیازمند مراقبت‌های بستری هستید، درصورتی‌که مسئولین طرح اقامت شما را تأیید کنند برای درمان خود می‌توانید در بیمارستان خارج از شبکه بمانید. شما باید به یک بیمارستان شبکه بازگردید تا هزینه مراقبت شما همچنان پرداخت شود. فقط درصورتی‌که طرح تأیید کند می‌توانید در بیمارستانی که خارج از شبکه است برای دریافت مراقبت بستری بمانید.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات تنظیم خانواده این قانون به شما اجازه می‌دهد برای برخی خدمات تنظیم خانوادهٔ خاص هر ارائه‌دهنده‌ای که می‌خواهید، اعم از ارائه‌دهندگان داخل شبکه و ارائه‌دهندگان خارج از شبکه را انتخاب کنید. این ارائه‌دهندگان شامل پزشک، درمانگاه، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده می‌شوند. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • آزمون تنظیم خانواده و درمان پزشکی • آزمایشگاه تنظیم خانواده و تست‌های تشخیصی • روش‌های تنظیم خانواده (IUC/IUD، ایمپلنت‌ها، تزریقات، قرص‌های پیشگیری از بارداری، برچسب، یا حلقه) • لوازم تنظیم خانواده دارای نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، غشاء، دیافراگم، کَپ) • خدمات مشاوره و تشخیص ناباروری و خدمات مرتبط • مشاوره، آزمایش و درمان عفونت‌های مقاربتی (STI) • مشاوره و آزمایش اچ‌ای‌وی و ایدز، و سایر شرایط مرتبط با اچ‌آی‌وی • پیشگیری از بارداری دائمی (برای انتخاب این روش تنظیم خانواده باید سن شما 21 سال یا بیشتر باشد. باید دست‌کم 30 روز، و نه بیشتر از 180 روز، قبل از جراحی فرم رضایت عقیم‌سازی فدرال را امضاء کنید). • مشاورهٔ ژنتیک همچنین ما هزینه برخی از خدمات تنظیم خانواده دیگر را نیز پرداخت می‌کنیم. بااین‌حال، برای خدمات زیر باید به یک ارائه‌دهنده در شبکه ما مراجعه کنید: • درمان شرایط پزشکی ناباروری (این خدمات شامل راه‌های مصنوعی بارداری نمی‌شود). • درمان ایدز و دیگر عارضه‌های مرتبط با HIV • تست ژنتیک **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	$0

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات تنظیم خانواده (ادامه) محصولات و داروهای تنظیم‌خانوادهٔ بدون نیاز به نسخه که تحت‌پوشش بخش D از Medicare نیستند ممکن است تحت‌پوشش Medi-Cal باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وب‌سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) رجوع کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره‌تلفن 800-977-2273 تماس بگیرید. به یاد داشته باشید، برای دسترسی به داروهای تحت‌پوشش Medi-Cal Rx به کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایا (BIC) نیاز دارید.	
	مزایای تناسب اندام (تکمیلی) شما از امکان عضویت در مراکز تناسب اندام مشارکت‌کننده برخوردار هستید. اگر نمی‌توانید از یک مرکز تناسب اندام دیدن کنید یا ترجیح می‌دهید از خانه نیز ورزش کنید، می‌توانید یک کیت تناسب اندام در منزل را انتخاب کنید. این کیت به شما کمک می‌کند تا در عین راحتی در خانه خود فعالیت داشته باشید. اگر تصمیم دارید در یک مرکز تناسب اندام ورزش کنید، می‌توانید به وب‌سایت مراجعه کنید و یک مکان مشارکت‌کننده را انتخاب کنید، یا می‌توانید برای شروع مستقیم به یک مرکز تناسب اندام مشارکت‌کننده بروید. امکانات شرکت‌کننده و زنجیره‌های تناسب اندام ممکن است بسته به مکان متفاوت باشند و ممکن است تغییر کنند. امکان تغییر کیت‌ها وجود دارد.	هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای این مزایا وجود ندارد. همیشه قبل از شروع یا تغییر برنامه ورزشی خود با پزشک خود صحبت کنید.
	برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی ما طرح‌های زیادی ارائه می‌کنیم که بر برخی از موضوعات بهداشتی خاص تمرکز دارد. این پیامدها شامل این موارد هستند: • کلاس‌های «آموزش بهداشت»؛ • کلاس‌های «آموزش تغذیه»؛ • ترک سیگار و مصرف تنباکو؛ **و** • خط مستقیم تماس با پرستار	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات شنوایی*	$0
ما هزینه تست‌های شنوایی و تعادل را که توسط ارائه‌دهنده شما انجام می‌شود پرداخت می‌کنیم. این تست‌ها به شما می‌گوید که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید یا خیر. این خدمات از طرف پزشک، شنوایی سنج یا دیگر ارائه‌دهندگان مجاز به‌صورت سرپایی ارائه می‌شود. یک‌بار معاینه شنوایی در سال و نصب/ارزیابی سمعک یک‌بار در هر دوسال تحت مزایای Medi-Cal (Medicaid) پوشش داده می‌شود. طرح ما سالی یک‌بار یک نصب/ارزیابی سمعک را به‌صورت اضافی پوشش می‌دهد. اگر به شما گفته شد که نیاز به سمعک دارید، میزان کمک هزینهٔ $1510 درسال درمجموع برای هر دو گوش تحت مزایای Medi-Cal (Medicaid) خود دارید. علاوه بر خدمات شنوایی تحت‌پوشش Medicare، هر سال تقویمی یک‌بار می‌توانید تست شنوایی روتین را انجام دهید. پس از تست شنوایی روتین، مشخص می‌شود که آیا شرایط دریافت وسایل کمک شنوایی را دارید یا خیر. نصب / ارزیابی سمعک را می‌توان یک‌بار در سال تقویمی انجام داد. اگر به شما گفته شود که به سمعک نیاز دارید، هر 24 ماه یک‌بار می‌توانید حداکثر 2 سمعک از پیش انتخاب‌شده را از یک ارائه‌دهنده مورد تأیید طرح برای هر دو گوش دریافت کنید. اگر باردار هستید یا در آسایشگاه زندگی می‌کنید نیز ما هزینه سمعک را پرداخت می‌کنیم، ازجمله: • قالب‌گیری، وسایل و گوشی داخل گوش • تعمیراتی که هزینهٔ هر کدام از آن‌ها بیش از 25 دلار باشد • اولین جفت باتری‌ها • شش بار ویزیت برای آموزش، تنظیمات، و تطبیق‌دهی با همان فروشنده پس از این‌که وسایل کمک شنوایی را دریافت کردید. • اجارهٔ سمعک برای دورهٔ آزمایش • وسائل کمک شنوایی، سمعک استخوانی که روی سطح پوشیده می‌شوند • شنوایی‌سنجی مرتبط با سمعک و خدمات پس از ارزیابی	**ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مزایای مکمل ویژه برای بیماری‌های مزمن اگر بیماری (های) مزمن زیر که در زیر مشخص شده است تشخیص داده شود و معیارهای خاصی را داشته باشید، ممکن است واجدشرایط دریافت مزایای مکمل ویژه برای بیماران مزمن باشید. لازم است یک فرم ارزیابی خطر سلامت (Health Risk Assessment) را ارسال کنید که در آن قید شده باشد که شما به یکی از عارضه‌های عنوان‌شده مبتلا هستید که بدون دسترسی داشتن به مزایای تکمیلی ویژه عنوان‌شده در ذیل ممکن است بدتر شود. • وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر؛ • اختلالات خود ایمنی؛ • سرطان؛ • اختلالات قلبی عروقی؛ • نارسایی مزمن قلبی؛ • زوال عقل؛ • دیابت؛ • نارسایی کبدی دائمی؛ • نارسایی کلیوی دائمی (ESRD); • اختلالات خونی شدید؛ • اچ‌آی‌وی/ایدز؛ • اختلالات مزمن ریوی؛ • عارضه سلامت روان مزمن و ناتوان کننده؛ • اختلالات عصبی؛ و • سکته به شما کمک می‌کنیم به این مزایا دسترسی پیدا کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر، با «خدمات اعضا» یا «مدیر پرونده» تماس بگیرید. **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	درصورتی‌که از کارت MyChoice استفاده کنید، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز وجود نخواهد داشت. شرکت در برنامه مدیریت مراقبت ضروری است. ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مزایای مکمل ویژه برای بیماری‌های مزمن (ادامه) توجه: با درخواست کردن این مزایا، به نمایندگان Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) اجازه می‌دهید از طریق تلفن، پست یا سایر روش‌های ارتباطی مشخص‌شده در درخواستتان با شما تماس بگیرند. پس از تأیید، بسته به این که واجدشرایط باشید یا خیر، کارت MyChoice شما به‌طور خودکار به میزان حداکثر $150 در هر سه‌ماهه جهت بهره‌مندی از مزایای SSBCI شارژ می‌شود. کنترل آفات، لوازم حیوانات خدماتی، کیت تست ژنتیکی بدون پوشش Medicare و برنامه های کاربردی سلامت روان و سلامتی از کمک‌هزینهٔ مشترکی که هر 3 ماه یک‌بار ارائه می‌شود بهره می‌برد، اما حداکثر مبلغ کمک هزینه مجموعاً 150 دلار در هر فصل است. مبالغ استفاده نشده در پایان هر سه‌ماهه به سه‌ماهه بعدی منتقل نخواهد شد. **کمک‌هزینه خدمات حیوانات:** • از اعضای دارای معلولیت جسمی یا بیماری مزمن که به کمک یک سگ خدمت‌رسان مطابق با تعریف ارائه‌شده در قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (ADA) نیاز دارند، حمایت مالی میکند. • جهت واجدشرایط بودن برای این مزایا، از پزشک شما می‌خواهیم تا تأییدیه نیاز به سگ خدمت‌رسان را مطابق با ADA ارائه دهد. • این کمک‌هزینه را می‌توان برای خرید غذا و لوازم سگ، از هر خرده فروشی یا فروشگاه آنلاینی که به‌عنوان فروشگاه حیوانات خانگی شناخته شده هستند (مثال: Petco، PetSmart، Chewy، غیره) استفاده کرد. • این کمک‌هزینه تهیه، آموزش یا خدمات دامپزشکی سگ خدمت‌رسان را پوشش نمی‌دهد. • اعضا باید جهت پرداخت هزینه این خدمات، کارت MyChoice خود را شارژ کرده باشند. **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مزایای مکمل ویژه برای بیماری‌های مزمن (ادامه) **کنترل آفت:** • این مزیت محدود به خدمات روتین کنترل آفات پیشگیرانه در محل سکونت فعلی شما (به نشانی موجود در پرونده همراه طرح) است. • کنترل آفات توسط هر ارائه‌دهنده‌ای با شناسه تجاری ثبت شده که نشان دهد سرویس کنترل آفات هستند، قابل انجام است. • ارائه‌دهنده خدمات کنترل آفت ترجیحی Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) شرکت Terminix است. شرکت Terminix جهت ارائه خدمات کنترل آفت پیشگیرانه روتین با نرخ توافق‌شده با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) قرارداد دارد. اعضا به دلخواه خود می‌توانند از ارائه‌دهندگان خدمات کنترل آفات دیگری استفاده کنند. • اعضا باید جهت پرداخت هزینه این خدمات، کارت MyChoice خود را شارژ کرده باشند. **کیت‌های آزمایش ژنتیکی که تحت‌پوشش Medicare قرار ندارند:** • این تست‌ها شامل این موارد هستند، اما تنها به این موارد محدود نمی‌شوند: حساسیت غذایی، آلرژی داخل و خارج از محیط سرپوشیده، خواب و استرس، و غیره. • این مزیت برای کمک به آشکارسازی هرگونه نگرانی بالقوه نسبت به سلامتی افراد در آینده برای آن دسته از اعضایی طراحی شده است که ممکن است به سابقه پزشکی خانواده خود دسترسی نداشته باشند. • اعضا می‌توانند این آزمایش‌ها را در هر وب‌سایت آنلاین با شناسه تجاری ثبت‌شده که نشان میدهد ارائه‌دهنده آزمایش ژنتیک هستند، خریداری کنند. • طرح Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) قراردادهای مستقیم با Everlywell برای ارائه آزمایشات با نرخ توافق‌شده دارد. • اعضا باید جهت پرداخت هزینه این خدمات، کارت MyChoice خود را شارژ کرده باشند. **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مزایای مکمل ویژه برای بیماری‌های مزمن (ادامه) **کمک‌هزینه برنامه‌های بهداشت و سلامت روان:** • برنامه‌های بهداشت و سلامت روان با هدف ارائه ابزارهای ارزشمندی برای کمک به توانایی اعضا در مدیریت ناتوانی طراحی شده‌اند. • مثال‌هایی از کمک‌هزینه برنامه‌های بهداشت و سلامت روان عبارت‌اند از: Talkspace، Headspace، Calm و غیره. • اعضا باید جهت پرداخت هزینه این خدمات، کارت MyChoice خود را شارژ کرده باشند. **غذا و محصولات غذایی:** درصورتی‌که شرایط لازم را داشته باشید، هر ماه 80 دلار برای مخارج غذا و محصولات غذایی دریافت می‌کنید. این کمک هزینه‌ماهانه جدا از این خدمات SSBCI است: کنترل آفات، لوازم حیوانات خدماتی، کیت تست ژنتیکی بدون پوشش Medicare، و برنامه های کاربردی سلامت روان و سلامتی. مبالغ استفاده نشده در پایان هر ماه به ماه بعدی منتقل نخواهد شد. می‌توانید از کمک هزینه موجود در MyChoice Card خود برای انواع محصولات غذایی سالم مارک‌دار و بدون‌مارک در فروشگاه محلی مشارکت‌کننده در نزدیکی خود یا به‌صورت آنلاین با تحویل درب منزل بدون هزینه اضافی از طریق Members.NationsBenefits.com/Molina استفاده کنید.	
	غربال‌گری اچ‌آی‌وی ما هر 12 ماه یک‌بار هزینه غربال‌گری HIV را برای افراد زیر پرداخت می‌کنیم: • افرادی که درخواست غربال‌گری HIV را داشته باشند، **یا** • در معرض خطر بالاتر عفونت به HIV باشند هزینه سه بار تست HIV در طول دوران بارداری به خانم‌های باردار پرداخت می‌شود ما همچنین در صورت توصیه توسط ارائه‌دهنده شما، هزینه غربال‌گری(های) اضافی HIV را پرداخت خواهیم کرد.	$0 برای اعضای واجدشرایط غربال‌گری HIV پیشگیرانه تحت‌پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در منزل* قبل از این‌که بتوانید مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در خانه را دریافت کنید، پزشکی باید به ما بگوید که به آن‌ها نیاز دارید، و این خدمات باید از سوی یک سازمان ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در خانه ارائه شوند. باید خانه‌نشین شده باشید، یعنی ترک خانهٔ برای‌تان به‌شدت دشوار باشد. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند: • پرستاری ماهر متناوب یا پاره وقت و خدمات کمک رسانی درون منزل (تحت‌پوشش مزیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در منزل ، پرستاری ماهر و خدمات کمک رسانی درون منزل باید در مجموع کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد) • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • تجهیزات و لوازم پزشکی	شما $0 برای این خدمات پرداخت خواهید کرد. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
تزریق در منزل* طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هزینه‌های مربوط به تزریقات در منزل را پرداخت خواهد کرد، تزریقات به معنی تزریق داروها یا مواد بیولوژیکی است که باید داخل ورید یا زیر پوست تزریق شود و در منزل به شما ارائه می‌شود. موارد زیر برای انجام تزریقات در منزل لازم است: • دارو یا مادهٔ بیولوژیکی، مثل گلوبین ضد ویروسی یا ایمنی؛ • تجهیزاتی مثل پمپ؛ **و** • لوازم، مثل سوند و لوله طرح ما خدمات تزریقات در منزل را که شامل موارد زیر می‌شود ولی محدود به این موارد نیست، پوشش می‌دهد: • خدمات حرفه‌ای ازجمله خدمات پرستاری، که طبق طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما ارائه می‌شود؛ • آموزش اعضا و آموزش‌هایی که قبلاً شامل مزایای DME نبوده است؛ • نظارت از راه دور؛ **و** • خدمات نظارتی برای ارائه تزریقات در منزل و تزریق دارو در منزل که زیرنظر یک ارائه‌دهنده خدمات تزریقات واجدشرایط ارائه می‌شود.	برای درمان از طریق تزریق در خانه که تحت‌پوشش Medicare باشد، شما $0 پرداخت می‌کنید. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**
مراقبت آسایشگاهی شما از حق انتخاب آسایشگاه برخوردارید، به شرطی که ارائه‌دهنده شما یا مدیر پزشکی آسایشگاه شما تشخیص دهد به بیماری درمان‌ناپذیری مبتلا دچار شده‌اید. این بدان معناست که شما دارای یک بیماری لاعلاج هستید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر زنده باشید. می‌توانید از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هر آسایشگاه مورد تأیید Medicare بهره مند شوید. طرح ما مؤظف است در پیدا کردن طرح‌های آسایشگاه که مورد تأیید Medicare هستند و در محدودهٔ خدمات‌رسانی طرح قرار دارند به شما کمک کند. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد. خدمات تحت‌پوشش شامل این موارد هستند: • داروهای لازم برای علائم و درد • مراقبت‌های تنفسی کوتاه‌مدت • مراقبت در منزل **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	هنگامی که در یک برنامه آسایشگاهی دارای تأیید Medicare ثبت‌نام می‌کنید، هزینه خدمات آسایشگاه شما و خدمات بخش A و بخش B مربوط به تشخیص بیماری لاعلاج شما توسط Original Medicare پرداخت می‌شود، نه Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مراقبت آسایشگاهی (ادامه) **خدمات آسایشگاهی و خدمات تحت‌پوشش بخش A یا B از Medicare که مرتبط با بیماری لاعلاج شما است توسط Medicare پرداخت می‌شوند.** • به منظور کسب اطلاعات بیشتر به **بخش F** این فصل مراجعه کنید. **برای خدماتی که تحت‌پوشش طرح ما است اما تحت‌پوشش بخش A یا B از Medicare نیست:** • طرح ما آن دسته از خدمات تحت‌پوشش طرح که در بخش‌های A یا B از طرح Medicare تحت‌پوشش قرار نمی‌گیرند را پوشش می‌دهد. این خدمات تحت‌پوشش برنامه قرار می‌گیرند، چه مرتبط با تشخیص بیماری مهلک شما باشند و چه نباشند. شما برای این خدمات هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید. **داروهایی که ممکن است تحت‌پوشش مزایای بخش D از طرح Medicare قرار گیرد:** • داروها هرگز به‌طور همزمان تحت‌پوشش آسایشگاه بیماران لاعلاج و طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما قرار نمی‌گیرد. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. **توجه:** اگر به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی غیرآسایشگاهی نیاز داشتید، باید با مدیر پروندهٔ خود و/یا خدمات اعضا تماس بگیرید تا مقدمات دریافت این خدمات را برای شما فراهم کند. خدمات غیرآسایشگاهی به خدمات **غیرمرتبط** با بیماری لاعلاج شما اطلاق می‌شود. هزینه خدمات مشاوره درون آسایشگاه برای عضو بیماری که مزایای آسایشگاه را انتخاب نکرده است توسط طرح ما تحت‌پوشش قرار می‌گیرد (فقط یک‌بار).	

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	واکسیناسیون ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • واکسن ذات‌الریه • واکسن آنفلوآنزا، یک‌بار در هر فصل شیوع آنفلوآنزا در پاییز و زمستان، با واکسن‌های آنفلوآنزای اضافی درصورتی‌که از نظر پزشکی لازم باشد • واکسن هپاتیت ب درصورتی‌که ریسک ابتلا به هپاتیت B در شما بالا یا متوسط باشد • واکسن‌های کووید۱۹ • سایر واکسن‌ها درصورتی‌که در معرض خطر باشید و واکسن‌های مربوطه مطابق با قوانین پوشش Medicare بخش B باشد ما هزینه سایر واکسن‌های مطابق با قوانین پوشش Medicare بخش D را پرداخت می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 6** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. ما همچنین هزینه کلیه واکسن‌های توصیه شده برای افراد بزرگسال از طرف کمیته مشاوره در امور واکسیناسیون (Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)) را پرداخت خواهیم کرد	$0 برای واکسن‌های ذات‌الریه، آنفولانزا، هپاتیت B و کووید-19 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز وجود ندارد.
	مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به بیماران بستری در بیمارستان* ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم: • اتاق‌های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی درصورتی‌که از نظر پزشکی لازم باشد) • وعده‌های غذایی، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری معمولی • هزینه‌های واحدهای مراقبت ویژه، مثل آی‌سی‌یو یا سی‌سی‌یو • داروها • تست‌های آزمایشگاهی • عکس برداری با اشعه ایکس و دیگر خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی موردنیاز **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	$0 برای بستری شدن در یک بیمارستان خارج از شبکه پس از این‌که شرایط اورژانسی شما ثابت شده است، باید از طرف طرح ما تأییدیه دریافت کنید. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به بیماران بستری در بیمارستان (ادامه) • لوازم، مانند صندلی چرخ‌دار • خدمات اتاق عمل و اتاق احیاء • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات سوءمصرف مواد به‌صورت بستری • در برخی موارد، انواع پیوندهایی که در ادامه آمده‌اند: قرنیه، کلیه، کلیه/پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول های بنیادی، و روده‌ای/چند احشایی. اگر به پیوند عضو نیاز دارید، یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare پرونده شما را بررسی می‌کند و تصمیم می‌گیرد که آیا شرایط پیوند را دارید یا خیر. ارائه‌دهندگان خدمات پیوند ممکن است محلی یا خارج از محدودهٔ خدمات‌رسانی باشند. اگر ارائه‌دهندگان پیوند اندام محلی به قبول نرخ Medicare باشند، آنوقت شما می‌توانید خدمات پیوند اندام خود را به‌صورت محلی یا در خارج شبکه ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به جامعه محلی خود دریافت کنید. اگر طرح ما پیوند عضو را در خارج شبکه ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به جامعه محلی ما ارائه کند و شما تصمیم بگیرید که پیوند عضو خود را در آنجا دریافت کنید، ما مقدمات اقامت و رفت‌وآمد شما و یک شخص دیگر را فراهم می‌کنیم و یا هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد • خون، ازجمله نگهداری و تزریق • خدمات پزشک **توجه:** برای این‌که بیمار بستری تلقی شوید، ارائه‌دهندهٔ خدمات شما باید دستوری را برای پذیرش رسمی شما به‌عنوان یک بیمار بستری بیمارستان بنویسد. حتی اگر شب را در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان «بیمار سرپایی» تلقی شوید. اگر مطمئن نیستید که بیمار سرپایی هستید یا بستری، باید از کارکنان بیمارستان سؤال کنید. در برگه‌ای تحت عنوان «آیا بیمار سرپایی هستید یا بستری؟ اگر طرح Medicare دارید، بپرسید!» اطلاعات بیشتری ارائه شده است. برای دسترسی به این برگه می‌توانید به وب‌سایت www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf مراجعه کنید به با شماره‌تلفن (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به‌صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.	

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات بستری در بیمارستان روانی* اگر خدمات سلامت روان به بستری شدن در بیمارستان نیاز داشته باشد، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد • اگر نیازمند بستری در یک بیمارستان روان‌پزشکی مستقل باشید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می‌کنیم. پس از آن مؤسسه سلامت روان محلی هزینه خدمات روان‌پزشکی همراه با بستری را پرداخت می‌کند. تأیید دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی پس از 190 روز با هماهنگی مؤسسه سلامت روان شهرستان محل شما انجام می‌گیرد. o محدودیت 190 روزه به خدمات سلامت روان به‌صورت بستری که در واحد روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی ارائه می‌شود اعمال **نمی‌شود.** • اگر سن شما 65 سال یا بیشتر است، ما هزینه خدماتی که در مؤسسه بیماری‌های روانی (IMD) دریافت کرده‌اید را پرداخت می‌کنیم.	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای این مزایا وجود ندارد. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**
اقامت بیمار بستری: خدمات تحت‌پوشش در بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی (SNF) در طول اقامت بستری که تحت‌پوشش نیست* اگر از همهٔ مزایای بستری‌تان استفاده کرده باشید یا اگر اقامت‌تان منطقی یا از نظر پزشکی ضروری نباشد، ما هزینهٔ بستری شدن‌تان در بیمارستان را پرداخت نمی‌کنیم. ولی در شرایط خاصی که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بیمار بستری تحت‌پوشش نباشد، ما هنوز ممکن است که هزینه خدماتی که در حین اقامت در بیمارستان یا آسایشگاه دریافت می‌کنید را پرداخت کنیم. به‌منظور دریافت اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند: • خدمات پزشک • تست‌های تشخیصی، مثل تست‌های آزمایشگاهی • عکس‌های رادیولوژی، رادیوم و ایزوتوپ درمانی، ازجمله مواد و خدمات فنی • پانسمان‌های جراحی • وسایل شکسته‌بندی، گچ‌گیری و دیگر دستگاه‌های مورد استفاده برای شکستگی و جا انداختن **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای این مزایا وجود ندارد. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	اقامت بیمار بستری: خدمات تحت‌پوشش در بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی (SNF) در طول اقامت بستری که تحت‌پوشش نیست* (ادامه) • پروتز و دستگاه‌های ارتوپدی بجز وسایل دندان‌پزشکی، ازجمله تعویض یا تعمیر چنین دستگاه‌هایی. اینها دستگاه‌هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می‌شوند: o یک اندام داخلی بدن (ازجمله بافت همجوار)، **یا** o عملکرد یک اندام داخلی بدن که عمل نمی‌کند یا بد کار می‌کند. • آتل‌های پا، دست، پشت، و گردنی، فتق‌بند، و پاها، دست‌ها و چشم‌های مصنوعی این شامل پوشش‌دهی هزینه تنظیم، تعمیر و جایگزینی در صورت لزوم به دلیل شکستگی، خرابی، گم شدن یا تغییر در شرایط بیمار نیز می‌باشد. • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی	
	خدمات و لوازم بیماری‌های کلیوی ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • خدمات آموزشی بیماری‌های کلیه برای آموزش نحوه مراقبت از کلیه و کمک به اعضا برای تصمیم‌گیری مناسب درباره نیازهای مراقبتی خود. باید دارای بیماری کلیه مزمن مرحله IV باشید و پزشک شما را ارجاع دهد. ما شش جلسه خدمات آموزشی بیماری کلیه را تحت‌پوشش قرار می‌دهیم. • درمان‌های دیالیز سرپایی، ازجمله درمان‌های دیالیز زمانی که به‌طور موقت خارج از منطقه خدماتی هستند، همان‌طور که در **فصل 3** از *کتابچهٔ راهنمای اعضا* توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده این خدمات به‌طور موقت در دسترس یا غیرقابل‌دسترسی است. • درمان‌های دیالیز بیماران سرپایی اگر به‌عنوان بیمار برای درمان‌های خاص در بیمارستان بستری شده‌اید • آموزش خود دیالیزی، شامل آموزش برای شما و افرادی که در زمینهٔ دیالیز در منزل شما را یاری می‌کنند • تجهیزات و لوازم دیالیز در خانه **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	$0 شما $0 برای این خدمات پرداخت خواهید کرد. Medicare حداکثر 6 جلسه در طول عمر را پوشش می‌دهد.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات و لوازم بیماری‌های کلیوی (ادامه) • برخی از خدمات پشتیبانی در منزل، مانند ویزیت‌های موردنیاز توسط افراد آموزش دیده برای انجام دیالیز جهت بررسی دیالیز خانگی شما، کمک در شرایط اورژانس و نیز بررسی تجهیزات دیالیز ومنبع آب. مزایای دارویی Medicare بخش B شما هزینه برخی داروهای دیالیز را پرداخت می‌کند. جهت کسب اطلاعات، به قسمت «داروهای تجویزی بخش B از Medicare» در این جدول مراجعه کنید.	
	غربال‌گری سرطان ریه اگر واجدشرایط زیر باشید، طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هر 12 ماه هزینه غربال‌گری سرطان ریه را پرداخت می‌کند: • بین سن 50 تا 77 سال باشید، **و** • یک جلسه مشاوره و تصمیم‌گیری مشترک با پزشک خود یا ارائه‌دهنده واجدشرایط دیگر داشته باشید، **و** • حداقل 1 بسته سیگار در روز برای 20 سال بدون علائم یا نشانه‌های سرطان ریه کشیده باشید یا در حال حاضر سیگار می‌کشید یا در ظرف 15 سال گذشته ترک کرده باشید. پس از غربال‌گری نخست، طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هزینه غربال‌گری دیگری را هر سال با توصیه کتبی پزشک شما یا ارائه‌دهنده واجدشرایط دیگر پرداخت خواهد کرد.	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای مشاوره و بازدیدهای تصمیم‌گیری مشترک تحت‌پوشش Medicare وجود ندارد.
	تغذیه‌درمانی پزشکی این مزیت برای افرادی است که مشکل دیابت یا کلیه دارند اما دیالیز نمی‌شوند. همچنین پس از پیوند کلیه به دستور پزشک می‌توانید از این مزیت برخوردار شوید ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره حضوری در نخستین سال دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تغذیه پزشکی تحت Medicare در اختیار شما قرار می‌دهیم. ما ممکن است خدمات دیگری که ضرورت پزشکی دارند را نیز تأیید کنیم. ما هر سال هزینه دو ساعت خدمات مشاوره فردی را پس از آن پرداخت می‌کنیم. اگر عارضه، درمان یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعت‌های درمان بیشتری را بنا به توصیه پزشک دریافت کنید. درصورتی‌که درمان در سال بعدی نیز لازم باشد، پزشک باید این خدمات را تجویز کند و هر سال مجددا آن را توصیه کند. ما ممکن است خدمات دیگری که ضرورت پزشکی دارند را نیز تأیید کنیم.	$0 برای اعضای واجدشرایط خدمات تغذیه درمانی پزشکی تحت‌پوشش Medicare، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز وجود ندارد.

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	برنامهٔ پیشگیری از دیابت Medicare (به اختصار MDPP) طرح ما هزینه خدمات MDPP را پرداخت می‌کند. برنامهٔ MDPP به‌گونه‌ای طراحی شده است که به شما کمک می‌کند رفتارهای سالم را ترویج دهید. این برنامه کارآموزی عملی در موارد زیر ارائه می‌کند: • تغییر بلندمدت رژیم غذایی، **و** • افزایش فعالیت جسمانی، **و** • روش‌هایی برای حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم.	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای مزایای (MDPP) وجود ندارد.
	داروهای تجویزی Medicare بخش B* این داروهای تحت‌پوشش بخش B از Medicare هستند. طرح ما برای داروهای زیر هزینه می‌پردازد: • داروهای غیرخوراکی که معمولاً در هنگام مراجعه به پزشک، در بیمارستان به‌صورت سرپایی یا در مرکز خدمات جراحی سیار به شما تزریق یا وارد بدن شما می‌شود. • انسولین تزریق‌شده از طریق یکی از تجهیزات پزشکی بادوام (مثلا پمپ انسولین که از نظر پزشکی ضروری است) • سایر داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند نبولایزر) مصرف می‌کنید که طرح ما مجاز شمرده است • فاکتورهای انعقاد خون که در صورت ابتلا به بیماری هموفیلی از طریق تزریق دریافت می‌کنید • داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی، اگر در زمان پیوند عضو در بخش A از Medicare ثبت‌نام کرده باشید • داروهای پوکی استخوان که تزریقی هستند. اگر خانه نشین هستید، شکستگی استخوان دارید که پزشک تأیید می‌کند مربوط به پوکی استخوان پس از یائسگی است و نمی‌توانید خودتان دارو را تزریق کنید، ما هزینه این داروها را می‌پردازیم. • آنتی ژن‌ها • برخی داروهای ضد سرطان خوراکی و داروهای ضد حالت تهوع **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	$0 شما برای هر داروی تجویزی Medicare بخش B مبلغ $0 می‌پردازید. داروهای بخش B ممکن است مشمول «درمان مرحله‌ای» شوند. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
داروهای تجویزی بخش B از Medicare (ادامه) • بعضی از داروهای مخصوص دیالیز در خانه، ازجمله هپارین، پادزهر هپارین (هنگامی که از نظر پزشکی لازم باشد)، بیهوشی مقطعی و عوامل شبیه‌سازی‌شده مراحل خون‌سازی (مانند پوکریت→ یا آلفا اپوژن) • داروی ایمونوگلوبولین وریدی برای درمان بیماری‌های نقص ایمنی اولیه در منزل پیوند زیر شما را به فهرستی از داروهای بخش B که ممکن است تحت درمان مرحله‌ای قرار گیرند، هدایت می‌کند: www.MolinaHealthcare.com/Medicare همچنین بعضی از واکسن‌ها را تحت مزایای داروهای تجویزی بخش B و بخش D از Medicare پوشش می‌دهیم. **فصل 5** از *فترچه راهنمای اعضا* مزایای داروهای تجویزی سرپایی ما را توضیح می‌دهد. مقرراتی که باید برای برخورداری از پوشش داروهای تجویزی رعایت کنید در این فصل توضیح داده شده است. **فصل 6** از *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح می‌دهد که برای داروهای سرپایی خود از طریق طرح ما چه مقدار باید پرداخت کنید.	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
MyChoice Card MyChoice Card یک کارت نقدی مزایای ازپیش شارژشده است که ممکن است برای پرداخت مزایای طرح تکمیلی انتخابی مانند موارد زیر استفاده شود: • اقلام بدون نسخه • خدمات دندان • بینایی • غذا و محصول* • مزایای مکمل ویژه برای بیماری‌های مزمن* *شرایط موردنیاز برای واجدشرایط بودن اعمال می‌شود. کارت نقدی ازپیش شارژشده یک کارت اعتباری نیست. شما نمی‌توانید کارت را به پول نقد تبدیل کنید یا آن را به افراد دیگر قرض دهید. اعمال زیبایی تحت‌پوشش این کارت مزایا نیست. وجوه در هر دوره مزایا بر روی کارت بارگذاری می‌شود. دوره مزایا بسته به مزایا می‌تواند ماهانه، فصلی یا سالانه باشد. در پایان هر دوره مزایا، پول تخصیص داده شده استفاده نشده به دوره یا سال برنامه بعدی منتقل نخواهد شد. اگر طرح را ترک کنید، هر گونه وجوه تخصیص‌داده‌شده استفاده نشده در تاریخ لغو ثبت‌نام شما به طرح باز می‌گردد. کمک‌هزینهٔ کارت MyChoice فقط برای دسترسی به مزایای تکمیلی مشخص شده تا سقف تعریف شده قابل‌استفاده است. این کمک‌هزینه فقط می‌تواند توسط عضو استفاده شود و ممکن است برای هیچ مزایا یا هزینه دیگری اعمال نشود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای OTC، دندان‌پزشکی یا بینایی یا نحوه واجدشرایط بودن برای غذا و محصولاتٍ کشاورزی، و مزایای مکمل ویژه برای بیماری‌های مزمن (SSBCI)، لطفاً با «خدمات اعضای» Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)تماس بگیرید. برای دسترسی به کمک هزینه برای SSBCI، اعضا باید شرایط زیر را داشته باشند: عارضه مزمن واجدشرایط‌کننده؛ HRA معتبر که برای ثبت‌نام فعلی در Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تکمیل شده است؛ و ارائه تأییدیه پزشک در ارتباط با «مدیریت پرونده» Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). جهت کسب اطلاعات بیشتر به بخش «مزایای مکمل ویژه برای بیماری‌های مزمن» در این جدول مراجعه کنید.	هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای MyChoice Card شما وجود ندارد.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مشاوره تغذیه در صورت درخواست می‌توانید از مشاوره تغذیه تلفنی انفرادی استفاده کنید. ارائه‌دهنده‌تان باید «فرم ارجاع آموزش بهداشت» را تکمیل و امضا کند تا پیش از تماس با شما درک روشنی از نیازهای شما داشته باشیم. • مشاوره تلفنی ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشد. • اطلاعات تماس برای آگاهی بیشتر و/یا پیگیری درمان در صورت نیاز یا تمایل به شما داده می‌شود. جلسات فردی تغذیه/رژیم غذایی تحت مزایای Medicaid (Medi-Cal) بدون محدودیت پوشش داده می‌شود. طرح ما ۱۲ جلسه اضافی تلفنی فردی/گروهی را پوشش می‌دهد. ارائه‌دهنده‌تان برای دریافت این خدمات، شما را به متخصص تغذیه «درون شبکه» ارجاع می‌دهد.	$0
مراقبت در آسایشگاه* آسایشگاه (NF) ویژه افرادی است که نمی‌توانند در منزل از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برخوردار شوند ولی نیازی به حضور در بیمارستان نیز ندارند. خدماتی که هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کنیم شامل موارد زیر ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود: • اتاق‌های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی درصورتی‌که از نظر پزشکی لازم باشد) • وعده‌های غذایی، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دستگاه تنفسی • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به شما داده می‌شود. (این مورد شامل موادی می‌شود که معمولا به‌صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد، مانند فاکتورهای لختگی خون). • خون، ازجمله نگهداری و تزریق **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	$0 **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در آسایشگاه (ادامه) • وسایل پزشکی و جراحی که معمولاً در آسایشگاه ارائه می‌شود • تست‌های آزمایشگاهی که معمولاً در آسایشگاه انجام می‌شود • عکس برداری با اشعه ایکس و دیگر خدمات رادیولوژی که معمولاً در آسایشگاه انجام می‌شود • استفاده از دستگاه‌هایی مانند صندلی چرخ‌دار که معمولاً در آسایشگاه‌ها ارائه می‌شود • خدمات پزشک • تجهیزات پزشکی بادوام • خدمات دندان‌پزشکی، ازجمله دندان مصنوعی • خدمات بینایی • شنوایی‌سنجی • خدمات کایروپراکتیک • خدمات مربوط به مشکلات پا شما معمولاً خدمات مراقبتی خود را از مراکز شبکه دریافت می‌کنید. اما می‌توانید خدمات مراقبتی را از یک مرکز خارج از شبکه ما نیز دریافت کنید. در صورت پذیرفتن هزینه طرح ما توسط مکان‌های زیر، می‌توانید از آن‌ها مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دریافت کنید: • مرکز نگهداری یا انجمن بازنشستگی که در حال حاضر و پیش از انتقال به بیمارستان در آنجا اقامت داشته‌اید (درصورتی‌که آسایشگاه باشد). • آسایشگاهی که همسر یا شریک زندگی‌تان هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند.	
	غربال‌گری چاقی و درمان آن به‌منظور پایین نگه‌داشتن وزن اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر است، ما هزینه مشاوره برای کاهش وزن شما را پرداخت می‌کنیم. باید در مراکز ارائه‌دهندهٔ خدمات مراقبتی اصلی مشاوره دریافت کنید. به این روش می‌توانید آن را در طرح پیشگیری کامل خود بگنجانید. جهت کسب اطلاعات بیشتر، با ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه خود تماس بگیرید.	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای غربال‌گری و درمان چاقی پیشگیرانه وجود ندارد.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات درمان اختلال سوءمصرف مواد به موارد مخدر (OTP) این طرح هزینه خدمات زیر را برای مداوای اختلال استفاده از مواد مخدر (OUD) می‌پردازد. • فعالیت‌های مصرف مواد • ارزیابی‌های دوره‌ای • داروهای تأیید شده توسط سازمان غذا و دارو و، در صورت لزوم، مدیریت و ارائه این داروها به شما • مشاورهٔ در زمینهٔ مصرف مواد • درمان انفرادی یا گروهی • آزمایش کشف دارو یا موارد شیمیایی در بدن‌تان (تست سم‌شناسی)	برای خدمات برنامه درمان سرپایی با مخدر که تحت‌پوشش Medicare باشد، شما $0 پرداخت می‌کنید. برای خدمات برنامه درمان سرپایی با مخدر که تحت‌پوشش Medicare باشد، مجوز قبلی لازم نیست، اما اگر نیاز به داروهای درمانی مخدر داشته باشید ممکن است مجوز لازم باشد.
تست‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی* ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم: • تصاویر رادیولوژی • پرتودرمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، ازجمله مواد و لوازم فنی • لوازم جراحی، از قبیل پانسمان • وسایل شکسته‌بندی، گچ‌گیری و دیگر دستگاه‌های مورد استفاده برای شکستگی و جا انداختن • تست‌های آزمایشگاهی • خون، ازجمله نگهداری و تزریق • سایر تست‌های تشخیصی بیماران سرپایی	شما برای خدمات سرپایی تحت‌پوشش Medicare مبلغ $0 می‌پردازید: **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.** برای خدمات آزمایشگاهی سرپایی و خدمات x-ray سرپایی هیچ مجوزی نیاز نیست. تست آزمایشگاهی ژنتیک به اجازه قبلی نیاز دارد.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات سرپایی در بیمارستان*	$0
ما هزینه خدمات ضروری پزشکی و دریافتی در بخش بیماران سرپایی بیمارستان را برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحت پرداخت می‌کنیم، از قبیل: • خدمات در بخش اورژانس یا درمانگاه سرپایی، مانند جراحی سرپایی یا خدمات معاینه o خدمات معاینه به پزشک شما کمک می‌کند تا بداند که آیا نیاز است در بیمارستان «بستری» شوید یا خیر. o گاهی اوقات ممکن است یک شب در بیمارستان باشید و همچنان بیمار «سرپایی» محسوب شوید. o در این برگه اطلاعات بیشتری در مورد بستری یا سرپایی بودن ارائه شده است: www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf. • تست‌های آزمایشگاهی و تست‌های تشخیص بیماری که صورت‌حساب آن‌ها توسط بیمارستان صادر می‌شود • خدمات مراقبت از سلامت روان، ازجمله خدمات ارائه‌شده در شیوه‌های نیمه بستری، درصورتی‌که دکتر تصدیق کند که بدون آن به درمان به‌صورت بستری نیاز خواهد بود • اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که صورت‌حساب آن توسط بیمارستان صادر می‌شود • لوازم پزشکی، مثل وسایل شکسته‌بندی و گچ‌گیری • غربال‌گری و خدمات پیشگیرانه‌ای که از ابتدا تا انتهای جدول مزایا فهرست شده‌اند • بعضی از داروهایی که نمی‌توانید خودتان مصرف کنید	**ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.** برای خدمات آزمایشگاهی سرپایی و خدمات x-ray سرپایی هیچ مجوزی نیاز نیست. تست آزمایشگاهی ژنتیک به اجازه قبلی نیاز دارد.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات سلامت روان غیربستری* ما هزینه خدمات سلامت روان ارائه شده توسط مراجع زیر را پرداخت می‌کنیم: • روان‌پزشک یا پزشکی که مدرک ایالتی دارد • روان‌شناسی بالینی • مددکار بالینی • متخصص پرستاری بالینی • مشاور حرفه‌ای دارای گواهینامه (LPC) • مشاور ازدواج و خانوادهٔ دارای گواهینامه (LMFT) • پرستار متخصص (NP) • دستیار پزشک (PA) • دیگر کارشناسان ارائه‌دهندهٔ خدمات سلامت روان که طبق قوانین قابل‌اعمال ایالتی صلاحیت‌شان توسط Medicare تأیید شده باشد ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند: • خدمات درمانگاه • درمان یک روزه • خدمات توان‌بخشی روانی‌اجتماعی • بستری جزئی یا برنامه‌های سرپایی فشرده • ارزیابی سلامت روان و درمان اختلالات روانی به‌صورت انفرادی و گروهی • آزمایش روانشناسی که با هدف ارزیابی نتیجهٔ خدمات سلامت روان انجام می‌شوند • خدمات سرپایی با هدف نظارت بر دارو درمانی • آزمایشگاه، داروها، لوازم و مکمل‌های سرپایی • مشاورهٔ روان‌پزشکی مزایای Medi-Cal شما شامل خدمات سلامت روان تخصصی برای افراد واجدشرایط است. این خدمات سلامت روان تخصصی خارج از طرح ما پوشش داده شده‌اند. برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ این خدمات و نحوهٔ دسترسی‌یافتن به آن‌ها به فصل 3 بخش E1 مراجعه کنید.	شما برای هر رویداد مراقبت‌های سلامت روان سرپایی و خدمات روان‌پزشکی غیرپزشکی ازجمله نظارت بر درمان دارویی و ویزیت‌های درمانی فردی یا گروهی $0 پرداخت می‌کنید. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات توان‌بخشی سرپایی* ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی را پرداخت می‌کنیم. شما می‌توانید خدمات توان‌بخشی سرپایی را از بخش‌های سرپایی بیمارستان، دفاتر درمانگران مستقل، مراکز جامع توان‌بخشی سرپایی (CORF) و سایر مراکز دریافت کنید.	شما برای هر یک ازخدمات فیزیوتراپی سرپایی (PT)، کاردرمانی (OT) و/یا گفتاردرمانی (SP) که از نظر پزشکی ضروری باشند مبلغ $0 می‌پردازید. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**
	خدمات سوءمصرف مواد به‌صورت سرپایی* ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند: • غربال‌گری و مشاوره اعتیاد به الکل • درمان سوءمصرف مواد • مشاورهٔ انفرادی یا گروهی توسط پزشکان دارای صلاحیت • سم‌زدایی نیمه‌حاد در طرح‌های درمان اعتیاد به‌صورت اسکان • خدمات ترک الکل یا مواد در مراکز درمان سرپایی ویژه • درمان با نالتروکسن پیوسته‌رهش (ویویتول)	$0 **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**
	جراحی غیربستری* ما هزینه جراحی و خدمات سرپایی در مراکز سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی را پرداخت می‌کنیم.	شما برای هر رویداد جراحی سرپایی تحت‌پوشش شامل موارد زیر، اما نه محدود به آن‌ها، هزینه‌های بیمارستان یا سایر امکانات و هزینه‌های پزشک یا جراحی، $0 می‌پردازید. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	آیتم‌های بدون نسخه (OTC) یا (تکمیلی) هر فصل (سه ماه) مبلغ 320 دلار جهت هزینه برای اقلام، محصولات و داروهای OTC تأییدشده توسط طرح دریافت می‌کنید. اگر از تمام مبلغ مزایای سه‌ماهه خودتان استفاده نکنید، موجودی باقیمانده منقضی خواهد شد و به دوره بعدی مزایا اضافه نخواهند شد. پوشش شما شامل محصولات درمانی و سلامت بدون نسخه یا OTC از قبیل ویتامین، کرم ضد آفتاب، مسکن‌ها، داروی سرفه/سرماخوردگی و چسب پانسمان می‌شود. راه‌های سفارش: • آنلاین – از وب‌سایت NationsOTC.com/Molina • تلفنی – شماره 9243-208 (877) برای صحبت با مشاور تجربیات اعضا OTC ملل (Nations OTC Member Experience Advisor) در (TTY 711)، تمام 24 ساعت شبانه‌روز، هفت روز هفته، 365 روز سال. • از طریق پست – فرم سفارش را در کاتالوگ محصول پر کنید و بازگردانید. • از طریق خرده‌فروشی‌های شرکت‌کننده در طرح. برای اطلاع از فهرست کامل موارد OTC مورد تأیید برنامه، به کاتالوگ محصولات OTC 2024 خود مراجعه کنید یا برای کسب اطلاعات بیشتر با یک پشتیبان OTC تماس بگیرید. اطلاعات مهم (دستورالعمل‌های سفارش) را در کاتالوگ محصولات OTC 2024 خواهید یافت.	درصورتی‌که از کارت MyChoice استفاده کنید، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز وجود نخواهد داشت.

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات بستری جزئی در بیمارستان و خدمات سرپایی ویژه* بستری جزئی برنامه‌ای ساختاریافته جهت درمان روان‌پزشکی فعال است. این طرح در قالب خدمات سرپایی در بیمارستان یا توسط مرکز سلامت روان جامعه محلی ارائه می‌شود. خدمات ارائه شده در این طرح نسبت به خدمات ارائه شده در مطب پزشک یا درمانگر شما فشرده‌تر است. این امر به شما کمک می‌کند تا نیازی به بستری شدن در بیمارستان نداشته باشید. خدمات سرپایی ویژه برنامه‌ای ساختاریافته برای درمان فعالانهٔ سلامت رفتاری (روان) است که در بیمارستان‌های سرپایی، مراکز سلامت روان جامعه، مراکز بهداشت دارای گواهینامهٔ فدرال، یا درمانگاه‌های بهداشت روستایی ارائه می‌شود، و نسبت به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که در مطب دکتر یا روان‌شناسی دریافت می‌کنید جدی‌تر اما نسبت به بستری جزئی کمتر جدی است. **توجه:** ازآن‌جایی‌که هیچ مرکز سلامت روان محلی در شبکه ما وجود ندارد، ما بستری جزئی را فقط به‌عنوان خدمات سرپایی بیمارستان پوشش می‌دهیم.	برای هر روزی که واجدشرایط خدمات بستری جزئی تحت‌پوشش Medicare باشید، $0 پرداخت می‌کنید. برای واجدشرایط بودن برای پوشش باید شرایط خاصی را داشته باشید و پزشک باید تأیید کند که در غیر این صورت به درمان بستری نیاز خواهید داشت. این درمان در طول روز در بخش سرپایی بیمارستان یا مرکز سلامت روان محلی انجام می‌شود و نیازی به اقامت شبانه ندارد. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**
	خدمات پزشک/ارائه‌دهنده شامل ویزیت در مطب پزشک نیز می‌شود ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • خدمات جراحی یا بهداشتی که از نظر پزشکی لازم است و در مکان‌هایی مانند موارد زیر ارائه می‌شود: • مطب پزشک • مرکز جراحی سرپایی مجاز • بخش بیماران سرپایی بیمارستان • مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص • معاینات شنوایی و توازن اولیه که توسط ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه شما **یا** متخصص ارائه می‌شود، در صورتیکه پزشک شما توصیه کرده باشد این ارزیابی‌ها انجام شود تا مشخص شود که آیا به درمان نیاز هست یا خیر **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات پزشک/ارائه‌دهنده شامل ویزیت‌ها در مطب پزشک (ادامه) • برخی از خدمات سلامت از راه دور، ازجمله مزایای تکمیلی سلامت از راه دور. o شما می‌توانید این خدمات را از طریق مراجعه حضوری یا از طریق سلامت از راه دور دریافت کنید. اگر انتخاب کنید که یکی از این خدمات را از طریق سلامت از راه دور دریافت کنید، باید از ارائه‌دهنده شبکه‌ای استفاده کنید که خدمات را از طریق سلامت از راه دور ارائه می‌دهد. • *طرح Medicare* برخی خدمات سلامت از راه درو ازجمله مشاوره، تشخیص و درمان توسط پزشک، برای اعضا در محیط‌های روستایی خاص یا سایر محیط‌هایی که Medicare تأیید کرده است • خدمات سلامت از راه دور برای بازدیدهای ماهانه مربوط به بیماری نارسایی کلیوی دائمی (ESRD) برای اعضای دیالیز خانگی در یک مرکز دیالیز کلیوی مستقر در بیمارستان یا دسترسی حیاتی، مرکز دیالیز کلیوی، یا در خانه • خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص ارزیابی یا درمان علائم سکته • خدمات سلامت از راه دور برای اعضا مبتلا به اختلال مصرف دارو یا اختلالات سلامت روان همراه آن • مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان در موارد زیر: o شما ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید o در حین دریافت این خدمات از راه دور، هر 12 ماه یک‌بار یک ویزیت حضوری دارید o در شرایط خاص می‌توان در موارد فوق استثنا قائل شد • مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از راه دور برای ویزیت‌های سلامت روان که درمانگاه‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی فدرال واجدشرایط ارائه می‌دهند • اعلام حضور مجازی (به‌عنوان‌مثال، از طریق تلفن یا چت ویدئویی) به پزشکتان به مدت 10-5 دقیقه در صورتیکه: **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات پزشک/ارائه‌دهنده شامل ویزیت‌ها در مطب پزشک (ادامه) o شما بیمار جدیدی نباشید **و** o اعلام حضور مربوط به ویزیت اخیر شما در مطب طی 7 روز گذاشته نباشد، **و** o اعلام حضور منجر به ویزیت در مطب طی 24 ساعت یا نزدیک‌ترین زمان ویزیت در دسترس نشود • ارزیابی فیلم و/یا تصاویری که برای پزشک ارسال می‌کنید و تفسیر و پیگیری توسط پزشک ظرف 24 ساعت در شرایط زیر: o شما بیمار جدیدی نباشید **و** o ارزیابی مربوط به ویزیت اخیر شما در مطب طی 7 روز گذشته نباشد، **و** o ارزیابی منجر به ویزیت در مطب طی 24 ساعت یا نزدیک‌ترین زمان ویزیت در دسترس نشود • مشاوره تلفنی پزشک شما با دیگر پزشکان یا جستجو در اینترنت یا مطالعه پرونده بهداشتی الکترونیک شما درصورتی‌که بیمار جدید نباشید • نظریه ثانوی توسط یک ارائه‌دهنده دیگر در شبکه قبل از جراحی • مراقبت دندان غیر روتین خدمات تحت‌پوشش محدود به موارد زیر می‌شود: o جراحی فک یا ساختارهای مرتبط o جا انداختن شکستی‌های استخوان فک یا صورت o کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک o خدماتی که در صورت ارائه توسط پزشک قابل پوشش‌دهی هستند	

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات مربوط به مشکلات پا* ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی صدمات و بیماری‌های پا (مانند انگشت چکشی یا خار پاشنه) • مراقبت معمول از پا برای اعضای مبتلا به بیماری‌هایی که پاها را تحت تاثیر قرار می‌دهد، مانند دیابت	هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای این خدمات وجود ندارد. ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.
	آزمایش‌های غربال‌گری سرطان پروستات برای مردان در سنین 50 سال و بالاتر، ما هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یک‌بار پرداخت می‌کنیم: • یک معاینه رکتال دیجیتال • یک آزمایش آنتی‌زن خاص پروستات (PSA)	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای تست سالانه آنتی ژن مخصوص پروستات PSA وجود ندارد.
	پروتزها و تجهیزات مرتبط* پروتزها جایگزین بخشی از اندام یا عملکرد بدنی یا کل آن می‌شود. ما هزینه پروتزهای زیر و نیز برخی از مواردی که در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم: • کیسه‌های کلوستومی و لوازم مرتبط با کلوستومی • تغذیه انترال و پارنترال، شامل کیت‌های تغذیه، سرنگ تزریق، لوله و آداپتور، محلول‌ها و مواد لازم برای تزریقات توسط خودبیمار • ضربان‌ساز • آتل‌ها • کفش‌های مصنوعی • پاها و دست‌های مصنوعی • پروتزهای سینه (ازجمله پستان‌بند جراحی پس از ماستکتومی) • پروتز برای جایگزینی تمام یا قسمتی از قسمت خارجی بدن که در نتیجه بیماری، آسیب یا نقص مادرزادی برداشته شده یا آسیب دیده است. • کرم جلوگیری از ادرار سوختگی و پوشک **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	شما برای هر دستگاه پروتز یا ارتز تحت‌پوشش Medicare، ازجمله تعویض یا تعمیر چنین دستگاه‌هایی و لوازم مربوطه، $0 می‌پردازید. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	پروتزها و تجهیزات مرتبط* (ادامه) ما هزینه برخی از لوازم مربوط به دستگاه‌های پروتز را پرداخت می‌کنیم. ما همچنین هزینه تعمیر و یا تعویض دستگاه‌های پروتز را پرداخت می‌کنیم. پس از درمان آب‌مروارید یا جراحی آب‌مروارید نیز مواردی را تحت‌پوشش قرار می‌دهیم. برای جزئیات به «مراقبت بینایی» در ادامه این نمودار مراجعه کنید.	
	خدمات توان‌بخشی ریوی* ما هزینه برنامه‌های توان‌بخشی ریوی را برای اعضایی که بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) متوسط تا بسیار شدید دارند، پرداخت می‌کنیم. شما باید از پزشک یا ارائه‌دهنده درمان COPD برای توان‌بخشی ریوی ارجاع داشته باشید. ما هزینه خدمات تنفسی بیماران وابسته به ونتیلاتور را پرداخت می‌کنیم.	شما برای هر ویزیت توان‌بخشی ریوی تحت‌پوشش Medicare مبلغ $0 می‌پردازید. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**
	غربال‌گری عفونت‌های مقاربتی (STI) و مشاوره در این زمینه ما هزینهٔ غربال‌گری بیماری‌های کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B را می‌پردازیم. این غربال‌گری‌ها برای زنان باردار و برای برخی از افرادی که در معرض خطر ابتلا به STI هستند پوشش داده می‌شود. ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه باید این تست‌ها را درخواست دهد. ما این تست‌ها را هر 12 ماه یک‌بار یا در فواصل خاصی در طول بارداری تحت‌پوشش قرار می‌دهیم. ما همچنین هر سال حداکثر دو جلسه مشاوره رفتاری فشرده را برای بزرگ‌سالان فعال از نظر جنسی که در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی هستند، می‌پردازیم. هر جلسه می‌تواند 20 تا 30 دقیقه به طول انجامد. ما هزینه این جلسات مشاوره را به‌عنوان یک خدمات پیشگیرانه فقط در صورتی پرداخت می‌کنیم که توسط ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های اولیه ارائه شود. این جلسه‌ها باید در یک مرکز خدمات مراقبت‌های اولیه مثلاً در مطب پزشک ارائه شود.	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای غربال‌گری بیماری‌های مقاربتی تحت‌پوشش Medicare و مشاوره برای مزایای پیشگیرانه STI وجود ندارد.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در آسایشگاه حرفه‌ای (SNF)*	$0
ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند: • یک اتاق نیمه خصوصی, یا اتاق خصوصی درصورتی‌که از نظر پزشکی ضروری باشد • وعده‌های غذایی، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح مراقبتی خود دریافت می‌کنید، ازجمله موادی که به‌صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد، مانند فاکتورهای انعقاد خون • خون، ازجمله نگهداری و تزریق • وسایل پزشکی و جراحی که در آسایشگاه ارائه می‌شود • تست‌های آزمایشگاهی که در آسایشگاه انجام می‌شود • عکس‌برداری با اشعه ایکس و دیگر خدمات رادیولوژی که در آسایشگاه‌ها انجام می‌شود • دستگاه‌هایی مانند صندلی چرخ‌دار که معمولاً در آسایشگاه‌ها ارائه می‌شود • خدمات پزشک/ارائه‌دهنده شما معمولاً خدمات مراقبتی خود را از مراکز شبکه دریافت می‌کنید. اما می‌توانید خدمات مراقبتی را از یک مرکز خارج از شبکه ما نیز دریافت کنید. در صورت پذیرفتن هزینه طرح ما توسط مکان‌های زیر، می‌توانید از آن‌ها مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دریافت کنید: • آسایشگاه‌ها یا انجمن بازنشستگی که پیش از انتقال به بیمارستان در آنجا اقامت داشته‌اید (درصورتی‌که مرکز نگهداری باشد • آسایشگاه‌ها که همسر یا شریک زندگی‌تان هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند	**ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
ترک سیگار و مصرف تنباکو اگر از تنباکو استفاده می‌کنید، هیچ یک از علائم بیماری‌های مربوط به تنباکو را ندارید، و مایلید ترک کنید یا مجبور به ترک آن هستید: • ما هزینه دو بار اقدام به ترک را ظرف 12 ماه به‌عنوان یک خدمت پیشگیرانه پرداخت خواهیم کرد. این خدمات به‌صورت رایگان ارائه می‌شود. هر اقدام به ترک شامل حداکثر چهار مراجعه حضوری به مشاور است. اگر از تنباکو استفاده می‌کنید و بیماری‌های مرتبط با تنباکو در شما تشخیص داده شود یا اگر از دارویی استفاده می‌کنید که ممکن است تحت تأثیر تنباکو قرار بگیرد: • ما در هر دوره 12 ماهه، هزینه دو بار مشاوره جهت ترک را پرداخت خواهیم کرد. هر تلاش برای ترک شامل حداکثر چهار مراجعه حضوری به مشاور است. اگر باردار هستید، می‌توانید با کسب اجازه قبلی، از جلسات مشاوره ترک مصرف تنباکو به هر تعداد که لازم باشد بهره‌مند شوید.	$0 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای مزایای پیشگیرانه ترک سیگار و استعمال دخانیات تحت‌پوشش Medicare وجود ندارد.
فیزیوتراپی تحت نظارت (SET)* ما هزینه SET را برای اعضای مبتلا به بیماری شریان محیطی (PAD) که از پزشک مسئول مداوای PAD جهت درمان PAD ارجاع دارند را پرداخت می‌کنیم. طرح ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند: • حداکثر 36 جلسه در طول یک دوره 12 هفته ای اگر تمام شرایط SET برآورده شود. • 36 جلسه اضافی در طول زمان درصورتی‌که ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تشخیص دهد که از نظر پزشکی ضروری است برنامهٔ SET باید شرایط زیر را داشته باشد: • جلسات 30 تا 60 دقیقه ای آموزش ورزش‌درمانی برای PAD و ویژه اعضایی باشد به واسطه جریان خون ضعیف از درد و سوزش ران پا (کلادیکیشن) رنج می‌برند. • به‌صورت سرپایی در بیمارستان یا مطب پزشک ارائه شود • توسط پرسنل واجدشرایطی انجام شود که جهت ارائه خدمات ورزش‌درمانی برای PAD آموزش دیده‌اند و به گونه ای عمل می‌کنند که مزایای ورزش‌درمانی از آسیب‌های احتمالی آن بیشتر باشد. • تحت نظارت مستقیم یک پزشک، دستیار پزشک، یا پرستار بالینی یا متخصص که در زمینهٔ تکنیک‌های حمایت از زندگی پیشرفته آموزش دیده است	شما برای جلسات «ورزش درمانی تحت نظارت» (SET) که تحت‌پوشش Medicare باشد، $0 پرداخت می‌کنید. **ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد.**

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	حمل‌ونقل: حمل‌ونقل پزشکی در مواقع غیراضطراری این مزیت هزینه حمل‌ونقلی را پوشش می‌دهد که مقرون به صرفه تر و قابل دسترس‌تر باشد. این مزیت شامل این موارد است: خدمات حمل‌ونقل پزشکی با آمبولانس، ون حمل برانکار، ون حمل ویل‌چیر، و هماهنگی با شرکت‌های ارائه‌دهندهٔ خدمات حمل‌ونقل ویژه روش‌های ایاب و ذهاب فوق در شرایط زیر مورد تأیید قرار می‌گیرد: • اگر به علت شرایط پزشکی و/یا فیزیکی قادر به استفاده از اتوبوس، ماشین مسافربری، تاکسی یا دیگر وسایل ایاب و ذهاب عمومی و خصوصی نمی باشید، **و** • با توجه به خدمات، ممکن است تأییدیه قبلی لازم باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل ۳ از بخش F مراجعه کنید. این مزایا به شما امکان می‌دهد از طریق ماشین مسافربری، تاکسی یا دیگر وسایل ایاب و ذهاب عمومی/خصوصی به خدمات پزشکی فرآیند ایاب و ذهاب را انجام دهید. حمل‌ونقل به منظور دریافت مراقبت‌های پزشکی موردنیاز، ازجمله رفتن به ویزیت‌های دندان‌پزشکی و دریافت داروهای تجویزی موردنیاز است. این مزیت هیچ محدودیتی بر مزیت حمل‌ونقل پزشکی در مواقع غیراورژانسی شما اعمال نمی‌کند.	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری به خدماتی گفته می‌شود که در موارد زیر ارائه می‌شود: • موقعیت غیراورژانسی که نیاز به مراقبت پزشکی فوری دارد، **یا** • یک بیماری ناگهانی، **یا** • یک آسیب‌دیدگی، **یا** • شرایطی که نیازمند مراقبت فوری باشد. اگر درخواست مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری دارید، نخست باید تلاش کنید آن را از ارائه‌دهندگان داخل شبکه دریافت کنید. بااین‌حال، درصورتی‌که به‌دلیل شرایطتان، امکان دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان داخل شبکه را نداشته باشید، یا دریافت خدمات از این ارائه‌دهندگان غیرمنطقی باشد (به‌عنوان‌مثال، وقتی خارج از محدودهٔ طرح هستید و به‌دلیل شرایطی غیرمنتظره به خدمات پزشکی فوری نیاز دارید، اما در شرایط اورژانسی پزشکی نباشید) می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه خدمات دریافت کنید. به‌عنوان یک مزیت اضافی، ما حداکثر $10000 پوشش اضطراری جهانی در هر سال تقویمی برای حمل‌ونقل اضطراری، مراقبت‌های فوری، مراقبت‌های اضطراری و مراقبت‌های پس از تثبیت ارائه می‌دهیم.	شما برای هر بازدید مراقبت فوری تحت‌پوشش Medicare مبلغ $0 می‌پردازید. سهم هزینه شما برای خدمات مراقبت فوری شبکه یا خارج از شبکه یکسان است.
	مراقبت‌های بینایی ما هزینه خدمات پزشک سرپایی را برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و آسیب‌های چشمی پرداخت می‌کنیم. به‌عنوان‌مثال، این خدمات شامل معاینهٔ سالانهٔ چشم برای افراد مبتلا به بیماری شبکیهٔ ناشی از بیماری دیابت و درمان پیرچشمی هستند. برای افرادی که ریسک بالای ابتلا به آب سیاه را دارند، ما هر سال یک‌بار هزینهٔ غربال‌گری آب سیاه را پرداخت می‌کنیم. افرادی که ریسک بالای ابتلا به آب سیاه را دارند عبارت‌اند از: افرادی که سابقهٔ خانوادگی ابتلا به آب سیاه دارند، افرادی که به دیابت ابتلا دارند، آفریقایی‌آمریکایی‌هایی که در سنین ۵۰ سال یا بالاتر هستند، آمریکایی‌های اسپانیایی‌تباری که در سنین ۶۵ سال یا بالاتر قرار دارند. اگر دو بار جراحی آب‌مروارید را به‌صورت جداگانه انجام دهید، باید پس از هر بار جراحی یک عینک دریافت کنید. پس از جراحی دوم نمی‌توانید دو عینک بگیرید حتی اگر پس از جراحی اول عینک نگرفته باشید.	$0

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مراقبت‌های بینایی (مکمل) برای این‌که گزینه‌های بیشتری را جهت برآورده کردن نیازهای‌تان به خدمات روتین بینایی در اختیارتان قرار دهیم با ارائه‌دهنده‌ای در زمینهٔ خدمات بینایی وارد همکاری شده‌ایم! موارد تحت‌پوشش شامل این موارد هستند: • یک معاینه معمول چشم در هر سال تقویمی • یک کمک هزینهٔ خرید لوازم بینایی از کمک هزینهٔ خرید لوازم بینایی‌تان می‌توانید برای خرید این موارد استفاده کنید: • لنزهای تماسی* • عینک (لنز و قاب) • لنز یا قاب عینک • ارتقاء (مثل لنزهای دودی، ضد ماوراء بنفش، پلاریزه یا فوتوکروماتیک). *درصورتی‌که لنزهای تماسی را انتخاب کنید، از کمک هزینهٔ خرید لوازم بینایی‌تان می‌توانید برای پرداخت همه یا بخشی از دستمزد فیتینگ لنز تماسی استفاده کنید. مسئولیت هزینهٔ هرگونه لوازم بینایی اصلاحی که از محدودیت کمک هزینهٔ لوازم بینایی طرح فراتر رود با شما است. برای یک معاینه معمول چشم (و انکسار) برای عینک در هر سال تقویمی $0 می‌پردازید. شما در هر سال 500 دلار کمک هزینه عینک دارید. برای یافتن نزدیک‌ترین ارائه‌دهندهٔ خدمات بینایی پیشگیرانه و روتین داخل شبکه جهت انجام معاینهٔ روتین چشم‌تان، می‌توانید از راه‌های زیر اقدام کنید: جستجوی آنلاین با استفاده از ابزار جستجوی آنلاین ارائه‌دهندگان خدمات بینایی مکمل ما به‌نشانی MolinaHealthcare.com/Medicare. طرح ما مزایای تکمیلی را به‌منظور کمک به پرداخت هزینهٔ لوازم یا خدماتی ارائه می‌دهد که به‌طور معمول تحت‌پوشش Medicare نیستند. تمامی مزایا باید در سال عضویت در طرح استفاده شوند و فقط درصورتی‌که در زمان ارائهٔ خدمات عضو طرح باشید در دسترس هستند. شاید از طریق مزایای Medi-Cal خود قادر باشید به خدمات بینایی‌سنجی، لوازم چشم، و لوازم کم‌بینایی بیشتری دسترسی داشته باشید.	هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای این مزایا وجود ندارد. ممکن است محدودیت‌ها و استثنائاتی اعمال شود.

	خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید»* ما یک‌بار هزینه ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» را پرداخت می‌کنیم. ابن ویزیت شامل این خدمات است: • بررسی سلامتی‌تان، • آموزش و مشاوره درباره خدمات پیشگیرانه موردنیاز شما (ازجمله غربال‌گری‌ها و تزریق‌ها)، **و** • ارجاع برای سایر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی درصورتی‌که نیاز داشته باشید. **توجه:** ما هزینهٔ ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» خود را فقط طی 12 ماهی که عضو بخش B از Medicare بوده‌اید پوشش می‌دهیم. وقتی می‌خواهید نوبت ویزیت بگیرید، به مطب پزشک خود بگویید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» نوبت بگیرید.	$0 برای ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز وجود ندارد.
	پوشش اضطراری/ فوری در سراسر جهان (تکمیلی) به‌عنوان مزیتی تکمیلی، پوشش شما شامل حداکثر $10000 در هر سال تقویمی برای مراقبت‌های اضطراری/ فوری در سراسر جهان در خارج از ایالات‌متحده است. این مزایا محدود به خدماتی است که اگر در ایالات‌متحده ارائه شوند، به‌عنوان مراقبت‌های اضطراری یا فوری طبقه‌بندی می‌شوند. پوشش جهانی شامل خدمات اورژانسی یا مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری و حمل‌ونقل اورژانسی با آمبولانس از محل وقوع حادثه اضطراری به نزدیکترین مرکز درمانی و مراقبت پس از تثبیت شرایط است. خدمات آمبولانس در شرایطی تحت‌پوشش قرار می‌گیرد که رسیدن به اورژانس به هر طریق دیگری می‌تواند سلامت شما را به خطر بیندازد. در چنین شرایطی، از شما یا شخصی که از شما مراقبت می‌کند می‌خواهیم با ما تماس بگیرید. سعی می‌کنیم به محض این‌که شرایط و موقعیت پزشکی شما اجازه دهد، ترتیبی دهیم که ارائه‌دهندگان شبکه فرایند رسیدگی به شما را آغاز کنند. حمل‌ونقل شما از کشوری دیگر به ایالات‌متحده تحت‌پوشش نیست. مراقبت‌های معمول و عمل‌های جراحی از پیش برنامه‌ریزی‌شده یا اختیاری پوشش داده نمی‌شوند. **ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد**	$0 اگر مراقبت‌های اضطراری در خارج از ایالات‌متحده دریافت کنید و پس از تثبیت وضعیت اضطرای‌تان به مراقبت تحت بستری نیاز داشته باشید، باید به بیمارستان شبکه بازگردید تا مراقبت شما همچنان تحت‌پوشش باشد یا باید مراقبت تحت بستری‌تان را در بیمارستانی خارج از شبکه انجام دهید که مجوز برنامه را داشته باشد. هزینه‌تان برابر با پرداخت مشترکی خواهد بود که در صورت استفاده از بیمارستان شبکه باید پرداخت می‌کردید. سقف برنامه در موارد زیر اعمال می‌شود: ممکن است لازم باشد برای بازپرداخت هزینه مراقبت‌های اورژانسی/ فوری که در خارج از ایالات‌متحده دریافت کرده‌اید، درخواست دهید. حداکثر $10000 در هر سال تقویمی از سوی طرح برای این مزایا اعمال می‌شود.

خدماتی که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	پوشش اضطراری/ فوری در سراسر جهان (تکمیلی)(ادامه) مالیات‌ها و کارمزدهای خارجی (شامل، اما نه محدود به، کارمزدهای تراکنش یا تبدیل ارز) پوشش داده نمی‌شوند. ایالات‌متحده به معنای 50 ایالت، ناحیه کلمبیا، پورتوریکو، جزایر ویرجین، گوام، جزیره ماریانای شمالی و ساموآی آمریکایی است.	

E. مزایای تحت‌پوشش خارج از برنامه ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی‌دهیم، اما آن‌ها از طریق دستمزد در برابر خدمات Medicare یا Medi-Cal در دسترس هستند.

E1. انتقال به جامعهٔ کالیفرنیا (CCT)

طرح انتقال به جامعهٔ کالیفرنیا (CCT) با همکاری سازمان‌های اصلی محلی اعضای واجدشرایط Medi-Cal که به مدت حداقل 90 روز متوالی در مرکز درمان بیماران بستری اقامت داشته‌اند کمک می‌کند تا به اجتماع بازگردند و اقامتی ایمن داشته باشند. طرح CCT در طول دوره پیش از انتقال و به مدت 365 روز پس از انتقال، هزینه‌های خدمات هماهنگی انتقال را پرداخت می‌کند تا به بازگشت افراد واجدشرایط به اجتماع کمک کند.

شما می‌توانید از هر سازمان اصلی CCT که در کانتی محل سکونت شما خدمت رسانی می‌کند، خدمات هماهنگی انتقال دریافت کنید. فهرست سازمان‌های اصلی CCT و کانتی هایی که در آن خدمات خود را ارائه می‌دهد در وب‌سایت سازمان خدمات بهداشت مراقبتی به نشانی زیر آورده شده است: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT:

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

برای خدماتی که با انتقال CCT شما مرتبط نیستند

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

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

عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی

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

توجه: توجه اگر به مراقبت‌های انتقالی غیر CCT نیاز داشتید، باید با مدیر پرونده خود تماس بگیرید تا مقدمات دریافت این خدمات را برای شما فراهم کند. مراقبت‌های انتقالی غیر CCT مراقبتی است که به انتقال شما از یک مؤسسه یا مرکز مربوط **نیست**.

E2. طرح دندان‌پزشکی Medi-Cal

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

- معاینه‌های اولیه، عکس‌های رادیولوژی، پاکسازی، و فلوراید درمانی
- ترمیم و روکش
- درمان کانال ریشه
- دندان مصنوعی جزئی و کامل، تنظیم، ترمیم و ریلاین کردن

مزایای دندان‌پزشکی طرح دندان‌پزشکی Medi-Cal به‌صورت ارائه خدمات در برابر پرداخت هزینه قابل‌دسترسی می‌باشد. جهت کسب اطلاعات بیشتر، یا در صورت نیاز به یافتن دندان‌پزشکی که Medi-Cal را بپذیرد، لطفا با خط خدمات اعضا با شماره‌تلفن 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با 1-800-735-2922 تماس بگیرند) . برقراری تماس رایگان است. نمایندگان طرح دندان‌پزشکی Medi-Cal از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه برای ارائه کمک به شما و راهنمایی در دسترس می باشند. شما همچنین می‌توانید جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت www.dental.dhcs.ca.gov مراجعه کنید.

علاوه بر طرح «پرداخت در ازای خدمات Medi-Cal»، از طریق طرح «مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ دندان‌پزشکی» هم مزایای دندان‌پزشکی را دریافت کنید. طرح‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ دندان‌پزشکی در شهرستان‌های ساکرامنتو و لس‌آنجلس ارائه می‌شوند. اگر به اطلاعات بیشتر درباره طرح‌های دندان‌پزشکی نیاز دارید، در روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر با خط تلفن گزینه‌های مراقبت‌های درمانی به‌شماره‌تلفن 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). این تماس رایگان است.

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

E3. مراقبت آسایشگاهی

شما از حق انتخاب آسایشگاه برخوردارید، به شرطی که ارائه‌دهنده شما یا مدیر پزشکی آسایشگاه شما تشخیص دهد به بیماری درمان‌ناپذیری مبتلا دچار شده‌اید. این بدان معناست که شما دارای یک بیماری لاعلاج هستید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر زنده باشید. می‌توانید از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هر آسایشگاه مورد تأیید Medicare بهره مند شوید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاه دارای تأیید Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد.

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

برای خدمات آسایشگاه بیماران لاعلاج و خدمات تحت‌پوشش بخش A یا B از Medicare که مرتبط با بیماری لاعلاج شما است

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

برای خدمات تحت‌پوشش بخش A یا B از Medicare که مرتبط با بیماری لاعلاج شما نیست

- ارائه‌دهنده هزینه خدمات را از Medicare دریافت می‌کند. طرح Medicare هزینهٔ خدماتی که تحت‌پوشش بخش A یا B از Medicare هستند را پرداخت می‌کند. شما هیچ مبلغی بابت این خدمات نمی‌پردازید.

در خصوص داروهایی که ممکن است تحت‌پوشش مزایای بخش D از طرح Medicare نباشند

- داروها هرگز به‌طور همزمان تحت‌پوشش آسایشگاه بیماران لاعلاج و طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما قرار نمی‌گیرد. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** *کتابچه راهنمای اعضا*مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی غیرآسایشگاهی نیاز داشتید، باید با مدیر پرونده خود تماس بگیرید تا مقدمات دریافت این خدمات را برای شما فراهم کند. خدمات غیرآسایشگاهی به خدمات غیرمرتبط با بیماری لاعلاج شما اطلاق می‌شود.

E4. خدمات حمایتی در منزل (IHSS)

- برنامهٔ IHSS به شما کمک می‌کند هزینه‌های خدماتی را که به‌منظور ایمن نگه‌داشتن شما در خانه به شما ارائه می‌شود پرداخت کنید. IHSS به‌عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند آسایشگاه‌ها یا مراکز پانسیون و مراقبت پرستاری در نظر گرفته می‌شود.
- انواع خدماتی که مجوز ارائهٔ آن‌ها توسط IHSS داده شده است شامل نظافت منزل، تهیه غذا، خشک‌شویی، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند مراقبت از روده و مثانه، حمام کردن، نظافت و خدمات پیراپزشکی)، همراهی طی قرار ملاقات‌های پزشکی، و نظارت حفاظتی برای معلولان ذهنی هستند.
- مدیر پروندهٔ شما می‌تواند به شما کمک کند خدمات IHSS را از سازمان خدمات اجتماعی شهرستان‌تان درخواست کنید.

E5. برنامه‌های ابطال خدمات مبتنی بر خانه و جامعه(HCBS) در سال 1915(c)

طرح معافیت زندگی‌کردن با کمک (ALW)

- معافیت زندگی‌کردن با کمک (ALW) به ذی‌نفعان واجدشرایط Medi-Cal اجازه می‌دهد که به‌جای اسکان بلندمدت در آسایشگاه‌ها، در محیطی که شرایط زندگی با کمک را فراهم می‌کند سکونت داشته باشند. هدف از ALW این است که شرایط را برای تبدیل دوبارهٔ مراکز پرستاری به محیط‌های شبیه خانه و جامعه تسهیل کند یا از پذیرش ذی‌نفعانی که نیازمند اسکان در آسایشگاه هستند در این مراکز تخصصی جلوگیری کند.
- اعضائی که در ALW شرکت می‌کنند و طرح‌شان را به «مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ Medi-Cal» تغییر داده‌اند می‌توانند همچنان در ALW شرکت کنند و همچنان مزایایی را که طرح ما فراهم می‌کند دریافت کنند. طرح ما با همکاری «سازمان مدیر پروندهٔ ALW» خدمات دریافتی شما را هماهنگ‌سازی می‌کنند.
- با کمک مدیر پرونده‌تان می‌توانید برای شرکت در ALW درخواست دهید.

معافیت HCBS برای کالیفرنیایی‌های مبتلا به ناتوانی‌های رشدی (HCBS-DD)

معافیت برنامهٔ خودمختاری کالیفرنیا برای افرادی مبتلا به ناتوانی‌های رشدی

- دو معافیت 1915(c)، یعنی معافیت HCBS-DD و معافیت SDP، به افرادی که بیماری ناتوانی‌های رشدی در آن‌ها تشخیص داده شده است، خدمات ارائه می‌دهند. این بیماری قبل از تولد 18 سالگی فرد آغاز می‌شود و انتظار می‌رود که تا مدت‌زمانی نامعلوم ادامه یابد. این دو معافیت راهی برای تأمین بودجهٔ خدماتی هستند که به

افراد مبتلا به ناتوانی‌های رشدی کمک می‌کنند به‌جای سکونت در مراکز بهداشت دارای گواهینامه در منزل‌شان یا در جامعه زندگی کنند. هزینه‌های این خدمات به‌صورت مشترک توسط برنامهٔ دولت فدرال به نام Medicaid و دولت ایالتی کالیفرنیا تأمین می‌شود. مدیر پروندهٔ شما می‌تواند در دسترسی به خدمات معافیت DD به شما کمک کند.

معافیت جایگزین مبتنی بر خانه و جامعه (HCBA)

معافیت HCBA خدمات مدیریت درمان را برای افرادی که در معرض خطر سکونت در آسایشگاه یا اسکان سازمانی فراهم می‌کند. یک «تیم مدیریت درمان چند رشته‌ای» متشکل از یک پرستار و مددکار اجتماعی مسئولیت ارائهٔ خدمات مدیریت درمان را بر عهده دارند. این تیم خدمات طرح معافیت و طرح ایالتی (ازجمله خدمات پزشکی، سلامت رفتاری، خدمات پشتیبانی در خانه، و سایر خدمات) را هماهنگ می‌کند، و مقدمات لازم را برای ارائهٔ سایر خدمات و پیشیبانی‌های بلندمدتی که در جامعهٔ محلی در دسترس است فراهم می‌کند. خدمات مدیریت درمان و خدمات طرح معافیت در «محل سکونت مبتنی بر جامعهٔ» شرکت‌کننده ارائه می‌شوند. این محل سکونت می‌تواند ملک شخصی باشد، از طریق اجاره تأمین شده باشد، یا محل سکونت یکی از اعضا خانوادهٔ شرکت‌کننده باشد.

- اعضائی که در طرح معافیت HCBA شرکت می‌کنند و طرح‌شان را به «مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ Medi-Cal» تغییر داده‌اند می‌توانند همچنان در طرح معافیت HCBA شرکت کنند و همچنان مزایایی را که طرح ما فراهم می‌کند دریافت کنند. طرح ما با همکاری «سازمان طرح معافیت HCBA» خدمات دریافتی شما را هماهنگ‌سازی می‌کنند.
- با کمک مدیر پرونده‌تان می‌توانید برای شرکت در ALW درخواست دهید.

طرح معافیت Medi-Cal (به اختصار MCWP)

- طرح معافیت Medi-Cal (به اختصار MCWP) خدمات مدیریت پرونده و درمان مستقیم جامعی را برای افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی به‌عنوان جایگزینی برای سکونت در آسایشگاه یا بستری‌شدن در بیمارستان ارائه می‌کند. مدیریت پرونده رویکردی شرکت‌کننده‌محور و تیمی است که این تیم از یک پرستار دارای پروانه و یک مدیر پروندهٔ مددکاری تشکیل شده است. مدیران پرونده با همکاری شرکت‌کننده و ارائه‌دهنده (یا ارائه‌دهندگان) مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه، و سایر ارائه‌دهندگان خدمات، نیازهای مراقبت درمانی را ارزیابی می‌کنند تا شرکت‌کننده را در خانه جامعه نگه دارند.
- اهداف MCWP عبارت‌اند از: (۱) فراهم کردن خدمات مبتنی بر خانه و جامعه برای افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی که ممکن است در غیاب این طرح به خدمات سازمانی نیاز داشته باشند؛ (۲) کمک به مدیریت سلامت شرکت‌کنندگان مبتلا به اچ‌آی‌وی؛ (۳) بهبود دسترسی به حمایت‌های سلامت اجتماعی و رفتاری و (۴) هماهنگ‌سازی ارائه‌دهندگان خدمات و جلوگیری از دوباره‌کاری.
- اعضائی که در طرح معافیت MCWP شرکت می‌کنند و طرح‌شان را به «مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ Medi-Cal» تغییر داده‌اند می‌توانند همچنان در طرح معافیت MCWP شرکت کنند و همچنان مزایایی را که طرح ما فراهم می‌کند دریافت کنند. طرح ما با همکاری «سازمان طرح معافیت MCWP» خدمات دریافتی شما را هماهنگ‌سازی می‌کنند.
- با کمک مدیر پرونده‌تان می‌توانید برای شرکت در MCWP درخواست دهید.

برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP) برای این‌که به افراد کمک کند در خانه و جامعه‌شان بمانند هم خدمات مدیریت سلامت اجتماعی و هم خدمات مدیریت مراقبت بهداشتی را ارائه می‌دهد.

- در حالی که اکثر شرکت‌کنندگان در این برنامه خدمات پشتیبانی در خانه را هم دریافت می‌کنند، این برنامه خدمات مدیریت پیوستهٔ پرونده را ارائه می‌کند، شرکت‌کنندگان را به دیگر خدمات و منابع اجتماعی موردنیاز متصل می‌کند، با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هماهنگ‌سازی می‌کند، و برخی خدمات موردنیاز را که ممکن است در دسترس نباشند اما برای جلوگیری یا به‌تاخیر انداختن بستری‌شدن در مراکز سازمانی ضروری باشند خریداری می‌کند. جمع هزینهٔ سالانهٔ مدیریت درمان و سایر خدمات باید از هزینهٔ دریافت خدمات در آسایشگاه‌های تخصصی کمتر باشد.
- تیمی از کارشناسان خدمات بهداشت و اجتماعی به‌منظور تعیین خدمات موردنیاز ارزیابی کاملی از شرایط سلامتی و روانی‌اجتماعی شرکت‌کنندگان انجام می‌دهند. این تیم سپس با شرکت‌کنندگان MSSP، پزشکان، خانواده، و سایر بستگان آن‌ها همکاری می‌کند تا طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شخصی‌سازی‌شده‌ای را تدوین کند. خدمات این برنامه شامل این موارد هستند:
  - مدیریت درمان
  - مراقبت روزانه از بزرگ‌سالان
  - تعمیر و نگهداری جزئی خانه
  - کارهای روزمره و مکمل منزل، مراقبت فردی، و خدمات نظارتی حمایتی
  - خدمات تنفسی
  - خدمات حمل‌ونقل
  - مشاوره و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی
  - خدمات تغذیه
  - خدمات ارتباطی.
- اعضائی که در طرح معافیت MSSP شرکت می‌کنند و طرح‌شان را به «مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ Medi-Cal» تغییر داده‌اند می‌توانند همچنان در طرح معافیت MSSP شرکت کنند و همچنان مزایایی را که طرح ما فراهم می‌کند دریافت کنند. طرح ما با همکاری «ارائه‌دهندگان خدمات MSSP» خدمات دریافتی شما را هماهنگ‌سازی می‌کنند.
- مدیر پرونده به شما کمک می‌کند برای شرکت در MSSP اقدام کنید.

F. مزایایی که توسط طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود

این بخش در مورد مزایایی که توسط طرح ما حذف شده است به شما توضیح می‌دهد. موارد «مستثنی» به مزایایی اطلاق می‌شود که ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم. Medicare و Medi-Cal نیز هزینه این مزیت‌ها را تحت‌پوشش قرار نمی‌دهد.

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

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی که در این قسمت (یا هر قسمت دیگری از *کتابچه اعضا*) ذکرشده است را پرداخت نمی‌کنیم، مگر در شرایط خاصی که فهرست شده است. حتی اگر خدمات را در یک مرکز اورژانسی دریافت کنید، طرح، هزینه خدمات را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می‌کنید که طرح ما باید برای خدماتی که تحت‌پوشش نیست هزینه پرداخت کند، می‌توانید درخواست بررسی مجدد کنید. برای اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» تلقی نمی‌شوند، مگر این‌که این خدمات را به‌عنوان خدمات تحت‌پوشش فهرست کنیم
- درمان‌های پزشکی و جراحی تجربی، اقلام و داروها، مگر این‌که Medicare، یک مطالعه تحقیقاتی بالینی تأیید شده توسط Medicare یا طرح ما آن‌ها را پوشش دهد. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره تحقیقات بالینی، **به *فصل 3*** *از کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. درمان‌ها و اقلام تجربی، مواردی هستند که عموماً مورد قبول جامعه پزشکی نیستند.
- درمان جراحی برای چاقی مرضی، مگر در مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشد و Medicare هزینه آن را پرداخت کند
- اتاق خصوصی در یک بیمارستان، مگر در موارد ضروری پزشکی.
- پرستاران خصوصی
- اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی، مانند تلفن یا
- پرستاری تمام وقت در منزل شما
- هزینه‌های درخواستی از سوی بستگان نزدیک یا اعضای خانوار شما
- وعده‌های غذا با تحویل درب منزل شما
- روندها یا خدمات ارتقایافته اختیاری یا انتخابی (شامل کاهش وزن، رشد مو، عملکرد جنسی، عملکرد ورزشی، اهداف آرایشی، ضد پیری و عملکرد ذهنی)، مگر در مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشد
- جراحی زیبایی یا سایر کارهای زیبایی، مگر این‌که به‌دلیل آسیب‌دیدگی ناشی از تصادف یا بهبود بخشی از بدن که ظاهر مناسبی ندارد ضروری باشد. بااین‌حال، ما هزینه بازسازی سینه پس از ماستکتومی و درمان سینه دیگر را برای مطابقت با آن پرداخت می‌کنیم
- خدمات کایروپراکتیک، به‌استثنای درمان‌های دستی ستون فقرات طبق دستورالعمل‌های پوشش
- مراقبت‌های معمول از پا، به‌جز مواردی که در خدمات پزشکی پا در نمودار مزایا در بخش D توضیح داده شده است
- کفش‌های ارتوپدی، مگر این‌که کفش‌ها بخشی از آتل پا باشند و هزینهٔ آن‌ها جزو هزینهٔ آتل باشد، یا کفش‌ها برای فرد مبتلا به بیماری پای دیابتی باشد
- وسایل کمکی برای پا، به‌جز کفش‌های ارتوپدی یا درمانی برای افراد مبتلا به بیماری پای دیابتی
- کراتوتومی رادیال (برش شعاعی قرنیه)، جراحی لازیک و سایر وسایل کمکی کم‌بینایی
- معکوس کردن روال‌های عقیم‌سازی و لوازم ضدبارداری غیرتجویزی
- خدمات طبیعت درمانی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین)
- خدمات ارائه‌شده به کهنه‌سربازان در «مراکز امور کهنه‌سربازان (VA)» بااین‌حال، وقتی کهنه‌سربازی در یکی از بیمارستان‌های VA خدمات اورژانسی دریافت می‌کند و پرداخت مشترک VA از پرداخت‌مشترک طرح ما بیشتر است، ما مابه‌تفاوت را به کهنه‌سرباز عودت می‌دهیم. شما همچنان مسئول مبالغ اشتراک هزینه خود هستید.

فصل 5: دریافت داروهای تجویزی سرپایی خود

مقدمه

این بخش به توضیح قوانین مربوط به دریافت داروهای تجویزی سرپایی شما می‌پردازد. اینها داروهایی هستند که ارائه‌دهنده شما برای شما تجویز می‌کند و شما آن‌ها را از داروخانه یا توسط پست دریافت می‌کنید. این داروها شامل داروهای تحت‌پوشش بخش D از Medicare و Medi-Cal هستند. در **فصل 6** از *کتابچه راهنمای اعضا* دربارهٔ مبلغ پرداختی شما برای این داروها اطلاعات بیشتری ارائه شده است. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه *راهنمای اعضا* آمده است.

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

- **داروهای تحت‌پوشش بخش A از Medicare.** اینها معمولاً شامل داروهایی هستند که در زمانی که در بیمارستان یا مرکز پرستاری هستید به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت‌پوشش بخش B از Medicare.** این داروها شامل برخی از داروهای شیمی‌درمانی، برخی از تزریقات دارویی است که در طی یک ویزیت در مطب با پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر به شما داده می‌شود و همچنین داروهایی که در درمانگاه دیالیز به شما داده می‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروهای Medicare بخش B، به نمودار مزایا در **فصل 4** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- علاوه بر پوشش بخش D از Medicare و مزایای پزشکی، درصورتی‌که در مراکز درمانی Medicare باشید داروهای شما ممکن است تحت‌پوشش Orogonal Medicare باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 5، بخش F تحت عنوان «اگر در یک برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare هستید» مراجعه کنید.

قوانین پوشش دارویی سرپایی طرح ما

ما معمولاً تازمانی‌که از قوانین این بخش پیروی کنید، داروهای شما را تحت‌پوشش قرار می‌دهیم.

شما باید از پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری بخواهید که داروی تجویزی شما را بنویسد، که باید طبق قانون قابل‌اجرا ایالتی معتبر باشد. این شخص معمولاً ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه (PCP) شما است. یا اگر توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه خود برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به شخص دیگری ارجاع داده شده باشید، می‌تواند یک ارائه‌دهنده دیگر باشد..

تجویزکننده شما **نباید** در فهرست‌های مستثنی یا ممنوعه Medicare باشد.

برای تهیه نسخه عموماً باید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید.

داروهای تجویزی شما باید در *فهرست داروهای تحت‌پوشش* طرح ما باشند. ما به اختصار به آن «فهرست دارو» می‌گوییم.

- اگر در فهرست دارو وجود ندارد، شاید از طریق ارائهٔ معافیت به شما بتوانیم آن را پوشش دهیم.
- برای کسب اطلاعات در مورد درخواست برای استثنا به صفحه 9 مراجعه کنید.

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

داروی شما باید برای درمانی که از لحاظ پزشکی مورد قبول است استفاده شود. بدین معنی که استفاده از دارو توسط سازمان غذا و دارو یا مراجع خاص پزشکی تأیید شده باشد. پزشک شما ممکن است بتواند به شما در شناسایی مراجع پزشکی برای پشتیبانی در مورد مصرف درخواستی داروی تجویزی کمک کند.

فهرست مطالب

A. تهیه داروهای تجویزی 121

A1. تهیه داروهای تجویزی در یکی از داروخانه‌های شبکه 121

A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام اقدام برای دریافت داروی تجویزی 121

A3. اگر به یک داروخانه شبکه دیگری تغییر دادید چکار کنید 121

A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند چکار کنید 121

A5. استفاده از داروخانه تخصصی 122

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها 122

A7. دریافت ذخیرهٔ بلندمدت داروها 123

A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست 123

A9. بازپرداخت به شما اگر هزینه نسخه را پرداخت کنید 124

B. فهرست داروهای طرح ما 124

B1. داروهای فهرست دارویی ما 124

B2. نحوهٔ پیدا کردن یک دارو در فهرست داروی ما 125

B3. داروهایی که در فهرست دارویی ما نیستند 125

B4. پرداخت‌مشترک هزینهٔ فهرست دارو 126

C. محدودیت‌های اعمال‌شده بر برخی داروها 127

D. دلایل این که داروی شما ممکن است تحت‌پوشش نباشد 128

D1. دریافت ذخیره موقت 128

D2. درخواست ذخیرهٔ موقت 129

D3. درخواست استثناء قائل‌شدن 130

E. تغییرات پوشش برای داروهای شما 130

F. پوشش دارویی در شرایط خاص 132

F1. در یک بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می‌دهد 132
F2. در یک مرکز مراقبت طولانی مدت 132
F3. در یک برنامه آسایشگاه مورد تأیید Medicare 132
G. طرح‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها 133
G1. طرح‌هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها 133
G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود 133
G3. طرح مدیریت مواد مخدر جهت استفاده ایمن از داروهای مخدر 134

A. تهیه داروهای تجویزی

A1. تهیه داروهای تجویزی در یکی از داروخانه‌های شبکه

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

برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* نگاه کنید، از وب‌سایت ما دیدن کنید یا با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگامی که جهت دریافت داروی تجویزی خود اقدام می‌کنید

جهت تهیه داروی تجویزی، **کارت شناسایی عضویت خود** را در داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه برای سهم‌مان از هزینهٔ داروی تجویزی تحت‌پوشش شما به ما صورت‌حساب می‌دهد. شاید لازم باشد هنگام دریافت نسخهٔ خود بخشی از هزینه را به داروخانه پرداخت کنید.

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

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

- اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل نسخه را هنگام تحویل گرفتن آن بپردازید. در این‌صورت می‌توانید از ما درخواست کنید سهم خودمان را به شما عودت دهیم. **اگر نمی‌توانید هزینه دارو را پرداخت کنید، فوراً با خدمات اعضا تماس بگیرید.** ما تا جایی که بتوانیم به شما کمک می‌کنیم.
- برای درخواست از ما جهت بازپرداخت به شما، به **فصل 7** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- اگر برای سفارش داروی تجویزی خود به راهنمایی نیاز داشتید، می‌توانید با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

A3. اگر به یک داروخانه شبکه دیگری تغییر دادید چکار کنید

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

اگر در تغییر داروخانه شبکه به راهنمایی نیاز داشتید، می‌توانید با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند چکار کنید

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

برای پیدا کردن یک داروخانه استخوان شبکه، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* نگاه کنید، از وب‌سایت ما دیدن کنید یا با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

A5. استفاده از داروخانه تخصصی

بعضی مواقع داروهای تجویزی باید از یک داروخانه تخصصی تهیه شود . داروخانه‌های تخصصی شامل موارد زیر می‌شود:

- داروخانه‌هایی که داروهای مربوط به درمان تزریقی را ارائه می‌دهد.
- داروخانه‌هایی که داروهای مراکز نگهداری بلندمدت مانند آسایشگاه‌ها را ارائه می‌کند.
  - به‌طور معمول، مراکز ارائه‌دهندهٔ خدمات مراقبتی بلندمدت خودشان داروخانه دارند. اگر ساکن یک مرکز مراقبت طولانی مدت هستید، اطمینان حاصل می‌کنیم که می‌توانید داروهای موردنیاز خود را از داروخانه مرکز تهیه کنید.
  - اگر داروخانه مرکز مراقبت بلندمدت شما در شبکه ما نیست یا در دریافت داروی خود در یک مرکز مراقبت بلندمدت مشکل دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروخانه‌هایی که خدمات بهداشتی سرخپوستان/قبیله ای/طرح بهداشت سرخپوستان شهری را ارائه می‌کند. بجز در موارد اورژانسی، فقط افراد بومی آمریکا یا بومیان آلاسکا می‌توانند از این داروخانه‌ها استفاده کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهایی را که توسط شبکه رادیویی FDA محدود شده‌اند به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا نیاز به رسیدگی خاص، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد استفاده از آن‌ها دارند. (توجه: این سناریو به ندرت اتفاق می‌افتد.)

برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* رجوع کنید، از وب‌سایت ما دیدن کنید یا با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها

برای انواع خاصی از داروها می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما استفاده کنید. به‌طور کلی داروهای ارائه شده از طریق پست داروهایی است که شما آن‌ها را به‌صورت مداوم جهت درمانی مشکل پزشکی مزمن یا بلندمدت مصرف می‌کنید. داروهایی که از طریق سرویس سفارش پستی طرح ما در دسترس **نیستند**، در فهرست داروهای ما با عبارت "**NM**" علامت‌گذاری شده‌اند.

خدمات سفارش پستی طرح ما به شما امکان می دهد حداقل برای یک دوره 31 روزه، و حداکثر به مدت 90 روز، داروی خود را سفارش دهید. پرداختی بیمار برای مصرف 90 روزه به اندازه مصرف یک ماهه است.

سفارش داروی تجویزی از طریق پست

جهت دریافت فرم سفارش و اطلاعات مربوط به تهیه داروی تجویزی از طریق پست، لطفا با خدمات اعضا تماس بگیرید

معمولاً داروی تجویزی سفارش پستی ظرف 14 روز به دست شما می‌رسد. اگر نیاز فوری دارید یا زمان تحویل از این فراتر رفت، لطفاً کم در دریافت ذخیرهٔ موقت داروهای تجویزی‌تان با خدمات اعضا تماس بگیرید (شماره‌تلفن‌های تماس با خدمات اعضا روی جلد پشتی این کتابچه درج شده‌اند).

روال سفارش پستی

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

1. داروهای تجویزی جدیدی که داروخانه از شما دریافت می‌کند

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

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

پس از این‌که داروخانه تجویزی را از ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی شما دریافت می‌کند، با شما تماس خواهد گرفت تا از شما بپرسد که آیا مایلید داروهای خود را بلافاصله دریافت کنید یا در زمان دیگر.

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

3. تکرار داروهای تجویزی سفارش پستی

درصورتی‌که نمی‌خواهید از طرح تکرار و تجدید خودکار نسخه استفاده کنید، لطفاً حداقل 14 روز پیش از زمانی که فکر می‌کنید داروهای نسخه‌فعلی‌تان به اتمام می‌رسد با داروخانه تماس بگیرید تا سفارش بعدی شما به موقع ارسال گردد. در صورت مواجهه با مشکل و نیاز به راهنمایی، لطفاً با مدیر پرونده خود با شماره‌تلفن 665-4627 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711.

بهترین راه‌های تماس با خود را به داروخانه اطلاع دهید تا بتوانند قبل از ارسال، سفارش شما را تأیید کنند.

A7. دریافت ذخیره بلندمدت داروها

می‌توانید یک ذخیره بلندمدت از داروهای تداومی که در فهرست دارویی طرح ما دکر شده است را دریافت کنید. داروهای بلندمدت داروهایی هستند که شما آن‌ها را به‌صورت مداوم برای یک بیماری مزمن یا برای بلندمدت مصرف می‌کنید.

بعضی از داروخانه‌های شبکه به شما این امکان را می‌دهد یک ذخیره بلندمدت از داروهای تداومی را دریافت کنید. پرداختی بیمار برای مصرف 31 روزه به اندازه مصرف یک ماهه است. در *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* ذکرشده است که کدام داروخانه‌ها می‌تواند یک ذخیره بلندمدت از داروهای تداومی را در اختیار شما قرار دهد. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با مدیر پرونده‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید.

برای برخی از انواع خاص از داروها می‌توانید از خدمات پستی شبکه طرح استفاده کنید تا یک ذخیره بلندمدت از داروهای تداومی را دریافت کنید. به منظور کسب اطلاعات درباره خدمات سفارش پستی، به **قسمت A6** مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست

به‌طور کلی ما هزینه داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شود را فقط در صورتی پرداخت می‌کنیم که شما قادر به استفاده از داروخانه شبکه نباشید. ما داروخانه‌های شبکه‌ای خارج از منطقه خدمات‌دهی خود داریم که شما به‌عنوان یکی از اعضای طرح ما می‌توانید نسخه خود را از آن دریافت کنید.

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

- اگر داروی تجویزی مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری باشد
- اگر این داورهای تجویزی به شرایط پزشکی اورژانسی مرتبط باشد
- پوشش به ذخیرهٔ 31 روزه محدود می‌شود، مگر این‌که داروی تجویزی برای بازهٔ زمانی کوتاه‌تری نوشته شده باشد

در این شرایط لطفاً ابتدا با مدیره پرونده‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید تا مطمئن شوید که داروخانه شبکه‌ای در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

A9. بازپرداخت به شما اگر هزینه داروی تجویزی را پرداخت کنید

اگر لازم باشد داروی تجویزی خود را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید، معمولاً به‌جای پرداخت بخشی از هزینه باید هزینه کامل را در هنگام دریافت دارو پرداخت کنید. در این‌صورت می‌توانید از ما درخواست کنید سهم خودمان را به شما عودت دهیم.

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

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

B. فهرست داروهای طرح ما

ما *فهرستی از داروهای تحت‌پوشش* داریم. ما به اختصار به آن «فهرست دارو» می‌گوییم.

ما داروهای موجود در فهرست دارویی را با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. فهرست داروها همچنین قوانینی را که باید برای دریافت داروهای خود رعایت کنید، به شما می‌گوید.

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

B1. داروهای فهرست دارویی ما

فهرست دارویی ما شامل داروهای تحت‌پوشش بخش D از Medicare است.

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

«فهرست داروی» ما شامل داروهای مارک‌دار، داروهای بدون‌مارک، و بیوسیملارها است.

یک داروی مارک‌دار، دارویی است که با نام تجاری متعلق به سازنده دارو فروخته می‌شود. داروهای مارک‌دار که پیچیده‌تر از داروهای بدون‌مارک هستند (به‌عنوان‌مثال داروهایی که بر پایه پروتئین هستند) محصولات بیولوژیکی نامیده می‌شوند. در فهرست دارویی ما، وقتی به «داروها» اشاره می‌کنیم، این می‌تواند به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای عمومی ترکیبات فعال مشابه با داروهای مارک‌دار دارند. ازآن‌جایی‌که محصولات بیولوژیکی پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند، به‌جای داشتن فرم عمومی، جایگزین‌هایی دارند که به آن‌ها بیوسیملار گفته می‌شود. به‌طور کلی، داروهای بدون‌مارک و بیوسیملارها به همان خوبی داروهای مارک‌دار یا محصولات بیولوژیکی عمل می‌کنند و معمولاً هزینه کمتری دارند. برای بسیاری از داروهای مارک‌دار و برخی محصولات بیولوژیکی، داروهای بدون‌مارک یا بیوسیمیلار جایگزین وجود دارد. اگر می‌خواهید بدانید که آیا داروی بدون‌مارک نیازهای شما را برآورده می‌کند یا داروی مارک‌دار، با ارائه‌دهنده‌تان صحبت کنید.

همچنین در طرح ما داروها و محصولات OTC خاص تحت‌پوشش قرار می گیرد. برخی داروهای OTC ارزان‌تر از داروهای تجویزی می‌باشد اما و به همان میزان مؤثر است. برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

B2. نحوه پیدا کردن یک دارو در فهرست داروی ما

برای اطلاع از این‌که آیا دارویی که مصرف می‌کنید در فهرست دارویی ما قرار دارد یا خیر، می‌توانید:

- جدیدترین فهرست دارویی که از طریق پست برای شما ارسال کرده‌ایم را بررسی کنید.
- به وب‌سایت طرح ما به نشانی زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Medicare. فهرست دارو در وب‌سایت ما همیشه به‌روزترین فهرست است.
- برای اطلاع از وجود یک دارو در فهرست دارویی ما یا درخواست یک نسخه از فهرست، با مدیر پرونده‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروهایی که تحت‌پوشش بخش D نیستند ممکن است تحت‌پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وب‌سایت Medi-Cal Rx به‌نشانی (/medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید
- از «ابزار مزایای در زمان واقعی» در وب‌سایت Caremark.com استفاده کنید یا با مدیریت پرونده‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید. با این ابزار می‌توانید داروهای موجود در فهرست دارو را جستجو کنید و در صورت وجود داروهایی جایگزینی که قادر به درمان همان شرایط باشند برآوردی از هزینه‌ای که باید بپردازید را به دست آورید.

B3. داروهایی که در فهرست دارویی ما نیستند

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

طرح ما برای انواع داروهای ذکرشده در این بخش هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. به این موارد **داروهای مستثنی** گفته می‌شود. اگر تجویزی برای یک داروی مستثنی شده دریافت می‌کنید، ممکن است لازم باشد هزینه آن را خودتان بپردازید. اگر فکر می‌کنید که به دلیل شرایط شما باید برای یک داروی مستثنی شده هزینه بپردازیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل ۹** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در اینجا سه قانون کلی برای داروهای مستثنی آورده شده است:

1. پوشش دارویی سرپایی طرح ما (که شامل بخش D از Medicare می‌شود) نمی‌تواند برای دارویی که بخش A یا بخش B از Medicare قبلاً پوشش می‌داده، هزینه پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت‌پوشش بخش A یا بخش B از Medicare را به‌صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها بخشی از مزایای داروهای تجویزی سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
2. طرح ما نمی تواند دارویی که خارج از ایالات‌متحده و قلمروهای آن خریداری شده است را تحت‌پوشش قرار دهد.
3. مورد مصرف دارو باید توسط سازمان غذا و دارو تأیید شده باشد یا توسط مراجع پزشکی خاص به‌عنوان درمان بیماری شما تأیید شود. پزشک شما ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان این بیماری تأیید نشده باشد. به این موارد، استفاده فاقد تأیید رسمی (off-label) گفته می‌شود. طرح ما معمولاً داروهایی که هنوز موارد کاربردشان تأیید نشده است را تحت‌پوشش قرار نمی‌دهد.

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

داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری

داروهای مورد استفاده برای تسکین صرفه یا علائم سرماخوردگی*

داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا برای تقویت رشد موی سر

ویتامین‌ها و مواد معدنی تجویزی، به‌استثنای ویتامین‌های دوران قبل از زایمان و داروهای آماده‌سازی فلوراید* که برای درمان اختلال جنسی و نعوظ استفاده می‌شوند

داروهای مورد استفاده برای درمان کم‌اشتهایی، کاهش وزن یا افزایش وزن*

داروهای سرپایی ساخته‌شده توسط شرکتی که می‌گوید شما باید آزمایش‌ها یا خدمات را فقط توسط آن‌ها انجام دهید

*داروهای انتخابی ممکن است توسط Medi-Cal تحت‌پوشش قرار گیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وب‌سایتMedi-Cal Rx به نشانی(www.medi- calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید.

B4. پرداخت‌مشترک هزینهٔ فهرست دارو

همهٔ داروهای موجود در فهرست داروی ما در ردیف یک قرار دارند. هر دسته‌بندی شامل داروهایی است که از یک خانواده می‌باشد (برای مثال، داروهای مارک‌دار، بدون‌مارک، یا بدون نسخه (OTC)). به‌طور کلی، هرچه ردیف هزینه بالاتر باشد، هزینه پرداختی شما برای دارو هم بیشتر است.

برای اطلاع درباره پرداخت مشترک هزینهٔ داروی خود، آن را در فهرست دارو جستجو کنید.

فصل 6 از *کتابچه راهنمای اعضا* مبلغی را که برای داروها در هر دسته پرداخت می‌کنید، بیان می‌کند.

C. محدودیت‌های برخی داروها

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

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

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

1. محدودیت استفاده از داروهای مارک‌دار هنگامی که داروی بدون‌مارک آن در دسترس است

به‌طور کلی داروی بدون‌مارک عملکردی مشابه داروی مارک‌دار دارد و ارزان‌تر است. اگر نوع بدون‌مارک یک داروی مارک‌دار وجود داشته باشد، داروخانه‌های شبکه ما نوع بدون‌مارک را در اختیار شما قرار می‌دهند.

- در صورت وجود داروی بدون‌مارک، معمولاً ما هزینه داروهای مارک‌دار را پرداخت نمی‌کنیم.
- بااین‌حال، اگر ارائه‌دهندهٔ شما دلیل پزشکی موثر نبودن داروهای بدون‌مارک را به ما بگوید، یا روی نسخهٔ شما برای داروی مارک‌داری عبارت «بدون جایگزین» را بنویسد، یا دلایل پزشکی موثر بودن داروهای مارک‌دار یا سایر داروهای تحت‌پوشش برای شما را به ما بگوید، ما داروی مارک‌دار را تحت‌پوشش قرار می‌دهیم.

2. دریافت تأییدیهٔ طرح پیش از سفارش

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

3. ابتدا یک داروی متفاوت را امتحان کنید

به‌طور کلی، ما از شما می‌خواهیم قبل از پوشش داروهایی که هزینه بیشتری دارند، داروهای ارزان‌تری را امتحان کنید که به همان اندازه مؤثر هستند. به‌عنوان‌مثال اگر کارآیی هر دو داروی A و B برای درمان مشکل و هزینه داروی A در مقایسه با داروی B کمتر باشد، ممکن است نیاز باشد که ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای درمان شما موثر **نباشد**، سپس داروی B را تحت‌پوشش قرار می‌دهیم. به این روش درمان مرحله‌ای می گویند.

4. محدودیت تعداد

برای بعضی از داروها، مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید را محدود کرده‌ایم. این امر، محدودیت تعداد نامیده می‌شود. به‌عنوان‌مثال، ممکن است با هر نسخه تنها تعداد محدودی از یک دارو در اختیار شما قرار گیرد.

جهت اطلاع از این که آیا داروی فعلی شما یا دارویی که می‌خواهید مصرف کنید مشمول قوانین فوق می‌شود یا خیر، فهرست دارو را بررسی کنید. برای اطلاع از جدیدترین اطلاعات، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا این‌که وب‌سایت ما به نشانی MolinaHealthcare.com/Medicare را بررسی کنید. اگر با تصمیم ما درباره پوشش یا درخواست استثنا موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش E در فصل 9 مراجعه کنید.

D. دلایل این که داروی شما ممکن است تحت‌پوشش نباشد

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

- طرح ما دارویی را که می‌خواهید مصرف کنید پوشش نمی‌دهد. ممکن است این دارو در فهرست دارویی ما نباشد. ما ممکن است نسخه داروی بدون‌مارک را پوشش دهیم، اما نسخه داروی مارک‌داری را که می‌خواهید مصرف کنید، پوشش نمی‌دهیم. یک دارو ممکن است جدید باشد، و ما هنوز آن را از نظر ایمنی و اثربخشی بررسی نکرده باشیم.
- طرح ما دارو را پوشش می‌دهد، اما قوانین یا محدودیت‌های خاصی برای پوشش دارو وجود دارد. همان‌طور که در بخش بالا توضیح داده شد، برخی از داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد قوانینی دارند که استفاده از آن‌ها را محدود می‌کند. در برخی موارد، شما یا تجویز کننده شما ممکن است از ما بخواهید استثنا قائل شویم.

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

D1. دریافت ذخیره موقت

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

جهت دریافت دخیره موقت دارو، باید از دو قانون زیر تبعیت کنید:

1. دارویی که مصرف می‌کنید:
- دیگر در فهرست دارویی ما نباشد، **یا**
- هرگز در فهرست دارویی ما نبوده باشد، **یا**
- اکنون به نوعی محدود شده است.
2. شما باید یکی از این شرایط را داشته باشید:
- سال گذشته عضو طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما بودید.
  - ما ذخیره موقت داروی شما را **در90 روز اول سال تقویمی** پوشش می‌دهیم.
  - این ذخیره موقت برای حداکثر (31) روز خواهد بود.
  - اگر نسخه شما برای دوره کوتاه‌تری تجویز شده باشد، می‌توانید چندین بار نسخه خود را تا حداکثر (31) روز تمدید کنید. باید داروهای تجویزی را در یکی از داروخانه‌های شبکه تهیه کنید.

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

- شما تازه عضو طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما شده‌اید.
  - ما ذخیره موقت داروی شما را **در طول (90) روز اول عضویت‌تان در طرح خود پوشش می‌دهیم.**
  - این ذخیره موقت برای حداکثر (31) روز خواهد بود.
  - اگر نسخه شما برای دوره کوتاه‌تری تجویز شده باشد، می‌توانید چندین بار نسخه خود را تا حداکثر (31) روز تمدید کنید. باید داروهای تجویزی را در یکی از داروخانه‌های شبکه تهیه کنید.
  - داروخانه‌های مراقبت بلندمدت ممکن است برای جلوگیری از هدر رفتن، در هر برهه زمانی مقادیر کمی از داروی تجویزی شما را ارائه دهند.
- شما بیش از (90) روز در برنامه ما بوده‌اید، در یک مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید و فوراً به یک مقدار دارو نیاز دارید.
  - ما یک ذخیره (31) روزه یا کمتر (اگر نسخه شما برای دوره کوتاه تری تجویز شده باشد) را تحت‌پوشش قرار می‌دهیم این ذخیره علاوه بر ذخیره موقت فوق می‌باشد.
  - لطفاً توجه داشته باشید که سیاست جابجایی ما فقط در مورد داروهایی کاربرد دارد که در فهرست «داروهای بخش D» قرار دارد و از داروخانه شبکه خریداری شده است. سیاست جابجایی برای خرید داروهایی که در فهرست بخش D قرار ندارد یا خرید دارو از ارائه‌دهنده خارج شبکه اعمال نمی‌شود، مگر این‌که شما واجدشرایط دسترسی به خارج از شبکه باشید.

D2. درخواست ذخیرهٔ موقت

برای درخواست ذخیرهٔ موقت لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

- به داروی دیگری تغییر دهید.

  طرح ما ممکن است داروی دیگری را پوشش دهد که برای شما مناسب است. با خدمات اعضا تماس بگیرید تا فهرستی از داروهایی را که تحت‌پوشش ما هستند و همان بیماری را درمان می‌کنند، درخواست کنید. این فهرست می‌تواند به ارائه‌دهنده شما کمک کند تا داروی تحت‌پوششی را پیدا کند که می‌تواند برای شما مفید باشد.

یا

- درخواست استثنا کنید.

  شما و ارائه‌دهنده شما می‌توانید از ما درخواست اعمال استثناء داشته باشید. به‌عنوان‌مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در فهرست دارویی ما نیست پوشش دهیم یا از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌دهندهٔ خدمات شما بگوید که دلیل پزشکی قاطعی برای استثناء قائل‌شدن برای شما وجود دارد، می‌توانند به شما کمک کنند که درخواست استثناء قائل‌شدن دریافت کنید.

D3. درخواست استثناء قائل‌شدن

اگر دارویی که مصرف می‌کنید از فهرست داروی ما برداشته شود یا محدودیتی برای سال بعد در مورد آن اعمال شود، می‌توانید پیش از سال بعد درخواست اعمال استثنا داشته باشید.

- ما تغییرات ایجاد شده در پوشش دارویی‌تان در سال بعد را به شما اطلاع خواهیم داد. از ما بخواهید که استثنا قائل شویم و سال آینده دارو را آنطور که می‌خواهید پوشش دهیم.
- ما طی ۷۲ ساعت پس از دریافت درخواست شما (یا بیانیهٔ پشتیبان تجویزکننده شما)، تصمیم خود را اعلام خواهیم کرد.

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

اگر برای درخواست استثنا به کمک نیاز دارید، با «خدمات اعضا» یا «مدیر پرونده‌تان» تماس بگیرید.

E. تغییرات پوشش برای داروهای شما

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

- تصمیم بگیریم ارائهٔ تأییدیه قبلی (دریافت مجوز از ما قبل از این‌که دارویی را دریافت کنید) برای دارو الزامی کنیم یا الزامی نکنیم.
- مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید را اضافه یا تغییر دهیم (محدودیت‌های کمی).
- محدودیت‌های درمان مرحله ای دارو را بیشتر کنیم یا تغییر دهیم (نخست باید دارویی را امتحان کنید، تا داروی دیگری را تحت‌پوشش قرار دهیم).

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

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

- یک داروی جدید و ارزان‌تر به بازار بیاید که به‌خوبی دارویی که در فهرست دارویی ما هم اکنون قرار دارد، عمل کند، یا

یا

- ما تشخیص دهیم که دارویی ایمن نیست، **یا**
- دارویی از بازار جمع آوری شود.

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

- فهرست دارویی فعلی ما را به‌صورت آنلاین در www.MolinaHealthcare.com/Medicare بررسی کنید **یا**
- برای مرور فهرست داروی فعلی ما از طریق شماره‌تلفن‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

برخی از تغییرات در فهرست دارویی ما **ناگهانی** اتفاق می‌افتد. برای مثال:

- **داروی مارک‌داری جدیدی در دسترس قرار بگیرد.** بعضی مواقع داروی بدون‌مارک جدیدی به بازار عرضه می‌شود که تأثیر آن مشابه یک داروی مارک‌دار موجود در فهرست داروی ما است. در چنین مواقعی، ممکن است داروی مارک‌دار را حذف کنیم و داروی بدون‌مارک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید ثابت می‌ماند.

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

  - ممکن است پیش از ایجاد این تغییر به شما اطلاع ندهیم ولی اطلاعات مربوط به تغییر خاصی که اعمال کرده‌ایم را برای شما ارسال خواهیم کرد.
  - شما یا ارائه‌دهنده شما می‌توانید برای «مستثنی» شدن از این تغییرات درخواست کنید. ما اطلاعات مربوط به اقدامات موردنیاز جهت درخواست استثناء قائل‌شدن را برای شما ارسال خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد موارد استثناء، به **فصل 9** از این کتابچه راهنما مراجعه کنید.
- **یک دارو از بازار جمع آوری شود.** اگر سازمان غذا و دارو اعلام کند دارویی که مصرف می‌کنید ایمن نیست یا سازنده دارو، آن را از بازار خارج کند، ما آن را از فهرست دارویی خود حذف می‌کنیم. اگر این دارو را مصرف می‌کنید، به شما اطلاع خواهیم داد.

ما ممکن است تغییرات دیگری را ایجاد کنیم که بر روی داروی مصرفی شما تأثیر داشته باشد. ما از قبل در مورد این تغییرات دیگر در فهرست دارویی خود به شما می‌گوییم. این تغییرات ممکن است در صورتی پیش بیاید که:

- سازمان غذا و دارو دستورالعمل جدیدی را ارائه کند یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی دربارهٔ دارویی منتشر شود.
- ما داروی بدون‌مارکی که در بازار جدید نیست را اضافه کنیم **و**
  - یک داروی مارک‌دار که در حال حاضر در فهرست داروی ما قرار دارد را جایگزین می‌کنیم **یا**
  - مقررات یا محدودیت‌های پوشش را برای داروی مارک‌دار تغییر می‌دهیم.
- داروی بدون‌مارکی را اضافه می‌کنیم **و**
  - یک داروی مارک‌دار که در حال حاضر در فهرست داروی ما قرار دارد را جایگزین می‌کنیم **یا**
  - مقررات یا محدودیت‌های پوشش را برای داروی مارک‌دار تغییر می‌دهیم.

هنگامی که این تغییرات اتفاق می‌افتد، ما:

- حداقل 30 روز قبل از این‌که تغییر را در فهرست دارویی خود ایجاد کنیم، به شما اطلاع می‌دهیم **یا**
- به شما اطلاع خواهیم داد و پس از این‌که برای دریافت مجدد دارو درخواست دهید، به شما برای 31 روز دارو ارائه می‌دهیم.

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

- آیا داروی مشابهی در فهرست داروی ما وجود دارد که بتوانید به‌جای آن مصرف کنید **یا**
- اگر باید برای این تغییرات درخواست استثنا کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناء، به **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

ممکن است تغییراتی که داروهای مصرفی شما اعمال می‌شود در وضعیت کنونی شما تأثیری نداشته باشد. برای چنین تغییراتی، اگر داروی مصرفی شما **در اوایل** سال تحت‌پوشش ما بوده است، معمولاً پوشش آن دارو **در طول مابقی سال** متوقف یا تغییر داده نخواهد شد.

به‌عنوان‌مثال، اگر دارویی را که در حال مصرف آن هستید حذف کنیم؛ مبلغ پرداختی شما برای آن دارو را افزایش دهیم، یا استفادهٔ آن را محدود کنیم، بدین‌ترتیب این تغییر بر استفادهٔ شما از آن دارو: یا مبلغ پرداختی شما برای آن دارو برای باقیماندهٔ سال اثر نمی‌گذارد.

F. پوشش دارویی در شرایط خاص

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

اگر برای اقامتی که طرح ما آن را پوشش می‌دهد در بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی بستری می‌شوید، ما به‌طور کلی هزینه داروهای تجویزی شما را در طول اقامت‌تان پوشش می‌دهیم. پرداخت مشترکی نخواهید پرداخت. هنگامی که شما بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی را ترک کردید، تازمانی‌که داروها همه قوانین پوشش ما را دارا باشند، داروهای شما را تحت‌پوشش قرار می‌دهیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش دارویی مبلغ پرداختی شما، به **فصل 6** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

F2. در یک مرکز مراقبت طولانی مدت

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

جهت اطلاع از این که آیا داروخانه یک مرکز مراقبت بلندمدت بخشی از شبکه ما است یا خیر، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه ها* مراجعه کنید. اگر داروخانه مربوط در فهرست نیست یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F3. در یک برنامه آسایشگاه مورد تأیید Medicare

داروها هرگز به‌طور همزمان تحت‌پوشش آسایشگاه بیماران لاعلاج و طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما قرار نمی‌گیرد.

- ممکن است در یک آسایشگاه Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به داروی درد، ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب نیاز داشته باشید که آسایشگاه شما آن را پوشش نمی‌دهد زیرا به تشخیص بیماری لاعلاج شما مربوط نیست. در آن صورت، طرح ما باید قبل از این‌که بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویز کننده یا ارائه‌دهنده آسایشگاه شما اعلان دریافت کند که دارو مرتبط نیست.
- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت داروهای غیرمرتبط که طرح ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌دهنده آسایشگاه یا تجویزکننده خود درخواست کنید تا قبل از این‌که از داروخانه بخواهید نسخه‌تان را ارائه دهد، مطمئن شوید که ما اخطار مربوط به نامرتبط بودن دارو را دریافت کرده‌ایم.

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

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

G. طرح‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها

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

هر بار که جهت دریافت داروی تجویزی خود اقدام می‌کنید، ما مشکلات احتمالی از قبیل اشتباهات دارویی را بررسی می‌کنیم زیرا :

- ممکن است به آن‌ها نیاز نباشد زیرا داروی دیگری مصرف می‌کنید که همان کار را انجام می‌دهد
- ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشد
- ممکن است در صورت مصرف هم‌زمان آن‌ها به شما آسیب بزند
- دارای ترکیباتی باشد که شما به آن‌ها حساسیت دارید یا ممکن است داشته باشید
- دارای مقادیر غیرایمنی از داروهای مسکن مخدر باشد

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

G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود

طرح ما برای کمک به اعضا دارای نیازهای بهداشتی پیچیده برنامهٔ ویژه‌ای دارد. در چنین مواردی، ممکن است واجدشرایط دریافت خدمات رایگان از طریق برنامه مدیریت دارودرمانی (MTM) باشید. این برنامه داوطلبانه و رایگان است. این طرح به شما و ارائه‌دهنده شما کمک می‌کند تا مطمئن شوید داروهای شما در بهبود سلامتی شما موثر است. اگر واجدشرایط شرکت در این برنامه باشید، یک داروساز یا سایر متخصصان سلامت به شما یک بررسی جامع از همه داروهای‌تان ارائه می‌دهد و با شما در مورد موارد زیر صحبت می‌کند:

- نحوهٔ بهره‌گرفتن هرچه بیشتر از داروهایی که مصرف می‌کنید
- هرگونه نگرانی که ممکن است، به‌عنوان‌مثال دربارهٔ هزینه‌ها و واکنش‌های دارو، داشته باشید.
- بهترین شیوهٔ مصرف داروهای‌تان
- هرگونه پرسش یا مشکل شما دررابطه‌با داروهای تجویزی یا بدون نسخه

سپس این موارد به شما خواهند داد:

- شما یک خلاصه کتبی از این گفتگو. خلاصه، حاوی یک برنامه اقدام دارویی است که توصیه می‌کند برای بهترین استفاده از داروهای خود چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- فهرست داروهای شخصی که شامل تمام داروهایی است که مصرف می‌کنید و دلیل مصرف آن‌ها.
- اطلاعات در مورد دفع ایمن داروهای تجویزی که مواد کنترل شده هستند.

بهتر است دربارهٔ برنامهٔ عملی و فهرست داروهای‌تان با پزشک‌تان صحبت کنید.

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

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

اگر دربارهٔ این طرح‌ها پرسشی دارید، لطفاً با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

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

طرح ما برنامه‌ای دارد که می‌تواند به اعضا کمک کند تا با خیال راحت از داروهای مخدر تجویزی خود و سایر داروهایی که اغلب مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند استفاده کنند. این برنامه، برنامهٔ مدیریت دارویی (DMP) خوانده می‌شود.

اگر از داروهای مخدراستفاده می‌کنید که از چندین پزشک یا داروخانه دریافت می‌کنید یا اگر اخیراً مصرف بیش از حد مواد مخدر داشته‌اید، ممکن است با پزشکتان صحبت کنیم تا مطمئن شویم که استفاده شما از داروهای مخدر مناسب و از نظر پزشکی ضروری است. در همکاری با پزشکان، اگر به این نتیجه رسیدیم که استفاده از داروهای تجویزی مخدر یا بنزودیازپین ایمن نیست، ممکن است نحوه دریافت آن داروها را محدود کنیم. محدودیت ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- از شما بخواهد که تمام داروهای تجویزیی آن داروها را از داروخانه‌های خاص و/یا از پزشکان خاصی دریافت کنید
- محدود کردن مقدار آن دسته از داروهایی که ما برای شما پوشش می‌دهیم

اگر به این نتیجه برسیم که لازم است یک یا چندین محدودیت برای شما اعمال شود، از پیش برای شما نامه‌ای ارسال خواهیم کرد. درصورتی‌که پوشش این داروها را محدود کنیم، یا درصورتی‌که ملزم باشید این نسخه را فقط از ارائه‌دهنده یا داروخانهٔ خاصی دریافت کنید، در این نامه به شما اطلاع می‌دهیم.

شما این فرصت را خواهید داشت تا به ما اطلاع دهید که می خواهید از کدام پزشکان یا داروخانه ها استفاده کنید، و هرگونه اطلاعات مهم را در اختیار ما قرار دهید. اگر تصمیم بگیریم پوشش شما را برای این داروها پس از فرصتی که به شما برای پاسخگویی داده شده است، محدود کنیم، نامه دیگری برای شما ارسال می‌کنیم که محدودیت‌ها را تأیید می‌کند.

اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، موافق نیستید که در معرض خطر سوءمصرف داروهای تجویزی قرار دارید، یا با محدودیت موافق نیستید، شما و تجویزکننده‌تان می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. در صورت درخواست تجدیدنظر، ما پرونده شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم کتبی به شما می‌دهیم. اگر همچنان هر بخشی از درخواست تجدیدنظر شما مربوط به محدودیت‌های دسترسی‌تان به این داروها را رد کنیم، پرونده شما را به‌طور خودکار برای یک سازمان بازبینی مستقل ارسال می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر و سازمان بررسی مستقل، به **فصل 9** از *فترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

DMP ممکن است در موارد زیر به شما مربوط نشود:

- اگر وضعیت پزشکی خاصی مانند سرطان یا بیماری کم خونی داسی شکل داشته باشید،
- اگر مراقبت بیماران لاعلاج، تسکینی یا پایان عمر دریافت می‌کنید، **یا**
- اگر در یک مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید.

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

مقدمه

در این فصل دربارهٔ هزینه‌ای که برای داروهای تجویزی خدمات سرپایی پرداخت می‌کنید اطلاعاتی به شما داده می‌شود. منظور ما از «دارو» موارد زیر است:

- داروهای تجویزی بخش D از Medicare **و**
- داروها و اقلام تحت‌پوشش Medi-Cal Rx، **و**
- داروها و اقلام تحت‌پوشش طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما که به‌عنوان مزایای اضافی از آن بهره‌مند هستید

به دلیل این‌که شما واجدشرایط Medi-Cal هستید، شما «کمک بیشتر» (Extra Help) از Medicare دریافت می‌کنید تا در پرداخت هزینه داروهای تجویزی بخش D از Medicare به شما کمک شود. ضمیمه جداگانه‌ای با عنوان «شواهد اصلاح‌کننده پوشش ویژه افرادی که برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی، کمک اضافه دریافت می‌کنند» (همچنین با عنوان «اصلاح‌کننده یارانه افراد کم‌درآمد» یا «LIS Rider» نیز شناخته می‌شود) ارسال کرده‌ایم که پوشش دارویی شما را توضیح می‌دهد. اگر این ضمیمه را ندارید، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید و بخواهید «LIS Rider» را برایتان ارسال کنند.

کمک بیشتر یکی از طرح‌های Medicare است که به اشخاصی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند هزینه داروهای تجویزی بخش D از Medicare از قبیل حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. کمک بیشتر تحت‌عنوان «مساعدهٔ افراد کم‌درآمد» یا «LIS» نیز خوانده می‌شود.

عبارات کلیدی دیگر و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* گنجانده شده است.

جهت اطلاع درباره داروهای تجویزی، می‌توانید به این قسمت‌ها مراجعه کنید:

- فهرست داروهای تحت‌پوشش *ما*.
  - ما به این فهرست، «فهرست دارو» می‌گوییم. این فهرست اطلاعت زیر را در اختیارتان قرار می‌دهد:
    - ما هزینه چه داروهایی را پرداخت می‌کنیم
    - آیا محدودیتی در مورد داروها وجود دارد
  - اگر به یک نسخه از فهرست دارو نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید جدیدترین نسخه از فهرست دارویی ما را در وب‌سایت ما به این نشانی پیدا کنید: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
  - اکثر داروهای تجویزی که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت‌پوشش Molina Medicare Complete Care هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (over-the-counter، OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت‌پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وب‌سایت Medi-Cal Rx به‌نشانی (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره‌تلفن 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.
- فصل 5 از *کتابچه راهنمای اعضا*.
  - نحوه دریافت داروهای تجویزی سرپایی خود را از طریق طرح ما نشان می‌دهد.

- این کتابچه راهنما شامل قوانینی است که لازم است آز آن‌ها پیروی کنید. همچنین نشان می‌دهد که طرح ما کدام نوع داروهای تجویزی را پوشش نمی‌دهد.
- وقتی از «ابزار مزایای بلادرنگ» برای جستجوی پوشش داروها استفاده می‌کنید (به فصل 5، بخش B2 مراجعه کنید)، هزینهٔ نشان داده‌شده به‌صورت «بلادرنگ» ارائه شده است، یعنی هزینهٔ نشان داده‌شده در این ابزار مربوط به آن زمان خاص است تا برآوردی از هزینه‌ای که باید از جیب‌تان بپردازید را به شما نشان دهد. جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با مدیر پرونده‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید.

- *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما*.
  - در اکثر موارد، برای دریافت داروهای تحت‌پوشش‌تان باید از یکی از داروخانه‌های شبکه استفاده کنید. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که موافقت می‌کنند با ما همکاری کنند.
  - در *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* فهرستی از داروخانه‌های شبکه ما ارائه شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه به **فصل 5** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. توصیف مزایا (EOB) 137
B. نحوه پیگیری حساب هزینه‌های دارویی شما 138
C. دریافت ذخیره دارویی یک ماهه یا بلندمدت برای شما هزینه‌ای ندارد 139
C1. دریافت ذخیرهٔ بلندمدت داروها 139
C2. مبلغ پرداختی شما 139
C3. انتخاب داروخانه 140
C4. دریافت ذخیرهٔ بلندمدت داروها 141
C5. مبلغ پرداختی شما 141
D. اگر پزشک مقداری کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند، داروی شما هزینه دارد 142
E. کمک در سهم هزینه نسخه برای افراد مبتلا به HIV/AIDS Medicare 142
E1. شبکه رادیویی برنامهٔ کمک دارویی بیماری ایدز (ADAP) 142
E2. اگر در ADAP ثبت‌نام نکرده‌اید 143
E3. اگر در ADAP ثبت‌نام کرده‌اید 143
F. واکسیناسیون‌ها 143
F1. پیش از واکسیناسیون لازم است از چه موضوعی آگاه باشید 143
F2. هزینه‌ای که برای واکسیناسیون تحت‌پوشش بخش D از Medicare پرداخت می‌کنید 144

A. A. توصیف مزایا (EOB)

طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما اطلاعات مربوط به حساب داروهای تجویزی شما را ثبت می‌کند. ما دو نوع هزینه را پیگیری می‌کنیم:

- هزینه‌های **پرداختی از جیب شما**. این هزینه‌ها شامل مبلغ پرداختی توسط شما یا سایرین از طرف شما برای داروهای تجویزی شما است.
- جمع **کل هزینه‌های دارو**. این هزینه‌ها شامل مجموع مبلغ پرداختی توسط شما یا سایرین برای داروهای تجویزی شما و مبلغ پرداختی توسط ما است.

هنگامی که داروهای تجویزی را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید، ما یک خلاصه به نام *توصیف مزایا* برای شما ارسال خواهیم کرد. ما به اختصار به آن EOB می گوییم. این EOB یک صورت‌حساب نیست. این EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید، ارائه می‌دهد: مانند افزایش قیمت آن‌ها و سایر داروهایی که با سهم هزینه کمتر موجود است. می‌توانید درباره این گزینه‌های کم‌هزینه‌تر با تجویزکننده داروی خود صحبت کنید. EOB شامل موارد زیر است:

- **اطلاعات موردنیاز کاربر**. در این خلاصه داروهای تجویزی که برای ماه قبل دریافت کرده‌اید فهرست شده‌اند. کل هزینه داروها، مبلغ پرداختی توسط ما و مبلغ پرداختی توسط شما یا سایرین در آن نشان داده می‌شود.
- **اطلاعات «سال جاری تا امروز».** این مبلغ شامل کل هزینه داروهای شما و مجموع پرداخت‌ها از 1 ژانویه است.
- **اطلاعات قیمت دارو**. این بخش از اطلاعات مبلغ کل دارو و درصد تغییر قیمت دارو از زمانی که اولین نسخه را دریافت کردید نشان می‌دهد.
- **گزینه‌های کم هزینه‌تر**. در صورت موجود بودن، آن‌ها در خلاصه داروهای فعلی شما ظاهر می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر با تجویزکننده‌تان صحبت کنید.

ما داروهایی را تحت‌پوشش قرار می‌دهیم که توسط Medicare تحت‌پوشش قرار نمی‌گیرد.

- مبالغ پرداختی برای این داروها در مقدار کل هزینه پرداختی از جیب شما منظور نخواهد شد.
- ما همچنین مقداری از هزینه داروهای بدون نسخه را هم می‌پردازیم. شما نباید مبلغی بابت این داروها پرداخت کنید.
- اکثر داروهای تجویزی که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت‌پوشش طرح هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (over-the-counter، OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت‌پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای اطلاعات بیشتر به وب‌سایت Medi-Cal Rx به‌نشانی (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) رجوع کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal با شماره‌تلفن 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کدام دارو کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید. به منظور اطلاع از این‌که کدام داروها در طرح ما پوشش داده می‌شود، به فهرست داروی ما مراجعه کنید.

B. نحوه پیگیری حساب هزینه‌های دارویی شما

جهت پیگیری هزینه داروها و پرداخت‌هایی که انجام می‌دهید، ما از سوابق دریافتی از شما و داروخانه استفاده می‌کنیم. در اینجا عنوان شده است که چطور می‌توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضویت استفاده کنید.

هر بار که تجویزی را دریافت می‌کنید، کارت شناسایی عضویت‌تان در Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) را نشان دهید. این به ما کمک می‌کند بدانیم چه داروهای تجویزیی را تهیه می‌کنید و چه مبلغی را می‌پردازید.

2. کلیه اطلاعات موردنیاز را دراختیار ما قرار دهید.

نسخه‌هایی از رسید داروهای تحت‌پوششی که برای آن هزینه کرده‌اید به ما بدهید. در این‌صورت می‌توانید از ما درخواست کنید سهم خودمان را به شما عودت دهیم.

در مواقع زیر باید نسخه رسیدهای مبلغ پرداختی خود را در اختیار ما قرار دهید:

- هنگامی که داروی تحت‌پوشش را در داروخانه شبکه با قیمتی خاص خریداری می‌کنید یا از کارت تخفیفی استفاده می‌کنید که بخشی از مزایای طرح ما نیست
- هنگامی که هزینه پرداختی‌تان را برای داروهایی پرداخت می‌کنید که تحت طرح امداد بیمار از سوی تولید کننده دارو دریافت می‌کنید
- هنگامی که داروهای تحت‌پوشش را از داروخانه ای که تحت‌پوشش نیست خریداری می‌کنید
- هنگامی که هزینه کامل داروی تحت‌پوشش را پرداخت می‌کنید

برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست از ما برای بازپرداخت یک دارو، به **فصل 7** از*کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

3. اطلاعات مربوط به پرداختی‌هایی را که دیگران برای شما انجام داده‌اند برای ما ارسال کنید.

مبالغ پرداختی توسط بعضی از افراد خاص و سازمان‌ها نیز به‌عنوان بخشی از سهم مشارکت استفاده‌کننده از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی لحاظ می‌شود. برای مثال، مبالغی که توسط طرح امداد دارویی ایدز (ADAP)، خدمات بهداشتی سرخپوستان و بیشتر خیریه‌ها پرداخت شود به‌عنوان سهم مشارکت شما محسوب می‌شود. این کار می‌تواند در جهت احراز صلاحیت شما برای پوشش در زمان فاجعه کمک‌ساز باشد. وقتی شما به سطح پوشش در زمان فاجعه می‌رسید، طرح ما تمام هزینه‌های داروهای بخش D از Medicare شما برای باقی سال را پرداخت می‌کند.

4. گزارش EOB که برای شما ارسال می‌کنیم را مطالعه کنید.

وقتی EOB را از طریق پستی دریافت کردید، از کامل و صحیح بودن آن اطمینان حاصل کنید.

- **آیا اسم هر داروخانه را به یاد دارید؟** تاریخ‌ها را بررسی کنید. آیا آن روز دارویی دریافت کردید؟
- **آیا داروهای فهرست‌شده را دریافت کردید؟** آیا با داروهایی که در رسیدهای‌تان فهرست شده‌اند مطابقت دارند؟ آیا داروها با آنچه پزشک‌تان تجویز کرده بود مطابقت دارند؟

برای اطلاعات بیشتر، می‌توانید با خدمات اعضای Molina Medicare Complete Care تماس بگیرید یا *کتابچه راهنمای* اعضای Molina Medicare Complete Care را بخوانید.

اگر به اشتباهاتی در این خلاصه پی بردید چه اقدامی باید انجام دهید؟

اگر بخشی از این EOB شما را سردرگم کرده است یا به‌نظر اشکال دارد، لطفا با ما در بخش خدمات اعضا Molina Medicare Complete Care Plus تماس بگیرید. همچنین پاسخ بخش زیادی از پرسش‌های‌تان را می‌توانید در وب‌سایت ما بیابید: MolinaHealthcare.com/Medicare.

در مورد کلاهبرداری احتمالی چطور؟

اگر این خلاصه حاوی داروهایی است که آن‌ها را دریافت نمی‌کنید یا هر چیزی که به‌نظرتان مشکوک است، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با ما در بخش خدمات اعضاMolina Medicare Complete Care Plus تماس بگیرید.
- یا با Medicare با شماره‌تلفن (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 2048 -1-877-486 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به‌صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.
- اگر مشکوک شدید که ارائه‌دهنده‌ای که عضو Medi-Cal است مرتکب کلاهبرداری، سوءاستفاده یا تعدی شده است، این حق را دارید که از طریق تماس با شماره‌تلفن رایگان و محرمانهٔ 1-800-822-6222 آن را گزارش دهید. سایر روش‌های گزارش‌دهی کلاهبرداری از Medi-Cal در این وب‌سایت شرح داده شده‌اند: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

اگر فکر می‌کنید که موردی اشتباه یا ناقص است یا اگر سؤالی داشتید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. این گزارش‌های EOB را نگه دارید. این گزارش‌ها سوابق مهمی از هزینه‌های دارویی شما است.

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

با طرح ما، تازمانی‌که قوانین طرح را دنبال کنید، هیچ هزینه‌ای برای داروهای تحت‌پوشش پرداخت نخواهید کرد.

درصورتی‌که به شما گفته شود دارویی تحت‌پوشش نیست برای اطلاع از نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر، **به فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این انتخاب‌های داروخانه، به **فصل 5** از *کتابچه راهنمای اعضا* و *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه ما* مراجعه کنید.

C1. دریافت ذخیره دارویی بلندمدت

برای برخی داروهای تجویزی، می‌توانید ذخیره بلندمدت درخواست کنید («ذخیره تمدید یافته» نیز خوانده می‌شود). ذخیره بلندمدت داروها حداکثر90 روزه است.

برای جزئیات بیشتر در مورد مکان و نحوه تهیه داروی طولانی مدت، به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا یا *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید.

C2. آنچه شما پرداخت می‌کنید

با خدمات اعضا تماس بگیرید تا متوجه شوید که مبلغ پرداخت مشترک شما برای هر داروی تحت‌پوشش چقدر است.

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

سهم هزینه شما، زمانی که یک مقدار یک ماهه از یک داروی تجویزی تحت‌پوشش را از منبع زیر دریافت می‌کنید:

	داروخانه شبکه ارائه ذخیره یک ماهه تا حداکثر 31 روز	**خدمات ارسال دارو از طریق پست توسط طرح ما** ارائه ذخیره یک ماهه تا حداکثر 31 روز	**یک داروخانه مراقبت درازمدت در شبکه** ارائه ذخیره حداکثر 31 روزه	**داروخانه خارج از شبکه** ارائه ذخیره حداکثر 31 روزه. پوشش‌دهی محدود به برخی موارد خاص است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل ۵ از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
داروهای بدون‌مارک (بدون نام برند)	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.
داروهای مارک‌دار	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره این که از چه داروخانه‌هایی می‌توانید ذخیره دارویی بلندمدت داروها دریافت کنید، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های طرح* مراجعه کنید.

C3. انتخاب داروخانه

مبلغ پرداختی توسط شما برای داروها به این امر بستگی دارد که آیا دارو را از مکان‌های زیر دریافت کرده‌اید یا خیر:

- داروخانه شبکه، **یا**
- داروخانه خارج از شبکه.

در موارد محدود، ما هزینه داروهای تجویزی که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده است را تحت‌پوشش قرار می‌دهیم. برای اطلاع از این‌که چه زمانی این کار را انجام می‌دهیم، به **فصل 5** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این انتخاب‌ها، به **فصل 5** از *کتابچه راهنمای اعضا* و *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه ما* مراجعه کنید.

C4. دریافت ذخیره دارویی بلندمدت

برای برخی داروهای تجویزی، می‌توانید ذخیره بلندمدت درخواست کنید («ذخیره تمدید یافته» نیز خوانده می‌شود). ذخیره بلندمدت داروها حداکثر90 روزه است.

برای جزئیات بیشتر در مورد مکان و نحوه تهیه داروی طولانی مدت، به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا یا *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید.

C5. آنچه شما پرداخت می‌کنید

هر بار که تجویزی را می‌پیچید، بخش از هزینه را پرداخت می‌کنید. اگر هزینه داروی تحت‌پوشش شما کمتر از پرداخت مشترک است، شما قیمت کمتر را پرداخت می‌کنید.

با خدمات اعضا تماس بگیرید تا متوجه شوید که مبلغ پرداخت مشترک شما برای هر داروی تحت‌پوشش چقدر است.

سهم هزینه شما، زمانی که ذخیره یک ماهه از یک داروی تجویزی تحت‌پوشش را از منبع زیر دریافت می‌کنید:

	داروخانه شبکه ارائه ذخیره یک ماهه تا حداکثر 31 روز	**خدمات ارسال دارو از طریق پست توسط طرح ما** ارائه ذخیره یک ماهه تا حداکثر 31 روز	**یک داروخانه مراقبت درازمدت در شبکه** ارائه ذخیره حداکثر 31 روزه	**داروخانه خارج از شبکه** ارائه ذخیره حداکثر 31 روزه. پوشش‌دهی محدود به برخی موارد خاص است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل ۵ از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
داروهای بدون‌مارک (بدون نام برند)	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.
داروهای مارک‌دار	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.	$0 با مساعدهٔ افراد کم‌درآمد/کمک بیشتر برای یک ذخیرهٔ 31 روزه.

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره این که از چه داروخانه‌هایی می‌توانید ذخیره دارویی بلندمدت داروها دریافت کنید، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های کنید*.

D. اگر پزشک مقداری کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند، داروی شما هزینه دارد

در برخی موارد، برای پوشش یک ماه کامل داروی تحت‌پوشش، مبلغی را پرداخت می‌کنید. بااین‌حال، پزشک شما می‌تواند کمتر از یک ماه دارو تجویز کند.

- ممکن است مواردی وجود داشته باشد که بخواهید از پزشک خود در مورد تجویز داروی کمتر از یک ماه بپرسید (به‌عنوان‌مثال، زمانی که برای اولین‌بار دارویی را امتحان می‌کنید که عوارض جانبی جدی دارد).
- گر پزشک شما موافقت کند، مجبور نخواهید بود برای تهیه داروی خاصی هزینه یک ماه کامل را بپردازید.

زمانی که کمتر از یک ماه از دارو دریافت می‌کنید، مبلغی که می‌پردازید بر اساس تعداد روزهایی است که دارو دریافت می‌کنید. ما مبلغی را که در روز برای داروی خود می‌پردازید («نرخ اشتراک هزینه روزانه») محاسبه می‌کنیم و آن را در تعداد روزهایی که برای آن دارو دریافت می‌کنید ضرب می‌کنیم.

- به این مثال توجه کنید: فرض کنید پرداخت هزینه داروی شما برای یک ماه کامل (یک منبع 30 روزه) $1.35 است. این بدان معنی است که مبلغی که برای داروی خود می‌پردازید کمتر از $0.05 در روز است. اگر داروی 7 روزه دریافت کنید، مبلغ پرداختی شما کمتر از $0.05 در روز ضرب در 7 روز خواهد بود، برای کل پرداختی کمتر از $0.35 خواهید پرداخت.
- سهم هزینهٔ روزانه به شما امکان می‌دهد قبل از این‌که هزینهٔ یک ماه کامل را بپردازید، اول مطمئن شوید که یک دارو برای شما مؤثر است یا خیر.
- همچنین می‌توانید از ارائه‌دهنده خود بخواهید که کمتر از یک ماه کامل دارو را تجویز کند، تا به شما کمک کند:
  - بهتر برای زمان تهیه مجدد داروهای خود برنامه ریزی کنید،
  - تجدید نسخه را با داروهای دیگری که مصرف می‌کنید هماهنگ کنید، **و**
  - کمتر به داروخانه بروید

E. کمک در سهم هزینه نسخه برای افراد مبتلا به HIV/AIDS *Medicare*

E1. شبکه رادیویی برنامهٔ کمک دارویی بیماری ایدز (ADAP)

برنامهٔ ADAP به اشخاص واجدشرایط مبتلا به HIV/AIDS جهت دسترسی به داروهای حیاتبخش مقابله با HIV کمک می‌کند. داروهای تجویزی Medicare بخش D که توسط ADAP پوشش داده می‌شوند نیز واجدشرایط کمک‌هزینه پرداخت مشترک California Department of Public Health, Office of AIDS برای اشخاصی هستند که در ADAP ثبت‌نام کرده‌اند.

E2. اگر در ADAP ثبت‌نام نکرده‌اید

جهت کسب اطلاع از معیارهای احراز صلاحیت، داروهای تحت‌پوشش یا نحوه ثبت‌نام در برنامه با شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید یا به وب‌سایت ADAP به این نشانی مراجعه کنید: www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

E3. اگر در ADAP ثبت‌نام کرده‌اید

ADAP می‌تواند همچنان به مشتریان ADAP، کمک‌هزینه پرداخت سهم مشترک نسخه Medicare بخش D را در مورد داروهای فرموله ADAP ارائه کند. برای اطمینان از ادامه دریافت این کمک، هر گونه تغییر در نام طرح Medicare بخش D یا شماره بیمه‌نامه خود را به مسئول ثبت‌نام ADAP محلی خود اطلاع دهید. اگر برای یافتن نزدیکترین سایت ثبت‌نام ADAP و/یا کارگر ثبت‌نام به کمک نیاز دارید، با شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید یا وب‌سایت قیدشده در بالا را بررسی کنید.

F. واکسیناسیون‌ها

پیام مهم در مورد هزینه‌ای که برای واکسن می پردازید: برخی واکسن‌ها مزایای پزشکی تلقی می‌شوند. سایر واکسن‌ها جزو داروهای Medicare بخش D محسوب می‌شوند. این واکسن‌ها را می‌توانید در *فهرست داروهای تحت‌پوشش طرح (فهرست داروها)* پیدا کنید. طرح ما اکثر واکسن‌های دوران بزرگسالی بخش D از Medicare را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ پوشش‌دهی و تسهیم هزینهٔ واکسن‌های خاص به «*فهرست داروهای تحت‌پوشش (فهرست دارو)*» مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

دو بخش برای پوشش‌دهی واکسن‌های بخش D از Medicare وجود دارد.

1. نخستین بخش پوشش‌دهی شامل هزینهٔ **خود واکسن** است. واکسن یک داروی تجویزی است.
2. دومین بخش پوشش دهی شامل هزینه **تزریق واکسن** است. به‌عنوان‌مثال، ممکن است گاهی اوقات واکسن پزشک شما تزریق شود.

F1. پیش از واکسیناسیون لازم است از چه موضوعی آگاه باشید

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

- ما می‌توانیم به شما بگوییم که طرح ما چگونه واکسیناسیون شما را پوشش میدهد و سهم شما از هزینه را توضیح می‌دهیم.
- همچنین می‌توانیم به شما راهنمایی کنیم که با استفاده از ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما، هزینه کمتری بپردازید. داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان شبکه موافقت می‌کنند که با طرح ما همکاری کنند. یک ارائه‌دهنده شبکه با ما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل شود که هیچ هزینه‌ای برای واکسن بخش D از Medicare نمی‌پردازید.

F2. هزینه‌ای که برای واکسیناسیون تحت‌پوشش Medicare بخش D پرداخت می‌کنید

هزینه‌ای که برای واکسیناسیون می‌پردازید بستگی به نوع واکسن دارد (برای چه واکسینه می‌شوید).

- برخی از واکسن‌ها به‌جای دارو، به‌عنوان مزایای سلامت در نظر گرفته می‌شوند. این واکسن‌ها برای شما بدون هیچ هزینه‌ای تحت‌پوشش است. برای آشنایی با پوشش این واکسن‌ها، به نمودار مزایا در **فصل 4** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- سایر واکسن‌ها جزو داروهای Medicare بخش D محسوب می‌شوند. شما می‌توانید این واکسن‌ها را در فهرست دارویی طرح ما پیدا کنید. ممکن است مجبور شوید برای واکسن‌های Medicare بخش D مبلغی را پرداخت کنید. اگر واکسن را سازمانی تحت‌عنوان **«کمیتهٔ مشورتی یا شیوه‌های ایمنی‌سازی (ACIP)»** برای بزرگ‌سالان تجویز کرده باشد، هیچ هزینه‌ای بابت واکسن پرداخت نخواهید کرد.

در اینجا سه راه متداول برای دریافت واکسن Medicare بخش D آورده شده است.

1. شما واکسن بخش D از Medicare و واکسن خود را در یک داروخانه شبکه دریافت می‌کنید.
   - برای اکثر واکسن‌های بزرگ‌سالان بخش D هیچ هزینه‌ای پرداخت نخواهید کرد.
   - برای دیگر واکسن‌های بخش D، ممکن است یا هیچ هزینه‌ای پرداخت نکنید **یا** بخشی از هزینه را پرداخت کنید.
2. شما واکسن بخش D را در مطب پزشک خود دریافت می‌کنید و پزشک به شما واکسن را تزریق می‌کند.
   - شما یا هیچ هزینه‌ای برای واکسن به پزشک نخواهید داد **یا** بخشی از هزینه را پرداخت می‌کنید.
   - طرح ما هزینه تزریق واکسن را به شما پرداخت خواهد کرد.
   - در این شرایط، مطب پزشک باید با طرح ما تماس بگیرد تا مطمئن شویم که آن‌ها می‌دانند که شما نباید هیچ هزینه‌ای برای واکسن پرداخت کنید **یا** فقط بخشی از هزینه را پرداخت کنید.
3. شما خودتان واکسن بخش D از Medicare را در داروخانه دریافت می‌کنید و آن را به مطب پزشک خود می‌برید تا برایتان تزریق کند.
   - برای اکثر واکسن‌های بزرگ‌سالان بخش D هیچ هزینه‌ای برای خود واکسن پرداخت نخواهید کرد.
   - برای دیگر واکسن‌های بخش D، ممکن است یا هیچ هزینه‌ای پرداخت نکنید **یا** بخشی از هزینه را پرداخت کنید.
   - طرح ما هزینه تزریق واکسن را به شما پرداخت خواهد کرد.

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم‌مان از صورت‌حساب خدمات یا داروهای تحت‌پوشش

مقدمه

این فصل اطلاعاتی را در مورد نحوه و زمان ارسال صورت‌حساب برای ما جهت درخواست پرداخت هزینه در اختیار شما قرار می‌دهد. همچنین دربارهٔ نحوه درخواست تجدیدنظر در صورت مخالفت با تصمیم ما در خصوص پوشش‌دهی خدمات اطلاعاتی را به شما ارائه می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما 146

B. ارسال درخواست برای پرداخت 149

C. تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی 146

D. درخواست‌های تجدیدنظر 150

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

شما نباید هیچ صورت‌حسابی بابت خدمات یا داروهای داخل شبکه دریافت کنید. ارائه‌دهندگان داخل شبکهٔ ما باید پس از دریافت خدمات و داروهای تحت‌پوشش توسط شما، صورت‌حساب را برای طرح صادر کنند. ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی همکاری می‌کند.

ما به ارائه‌دهندگان Molina Medicare Complete Care Plus می‌شود اجازه نمی‌دهیم هزینه این خدمات یا داروها را از شما دریافت کنند. ما مستقیماً هزینه ارائه‌دهندگان خود را پرداخت می‌کنیم و شما نیاز به پرداخت هیچ هزینه‌ای ندارید.

اگر صورت‌حسابی برای هزینهٔ کامل مراقبت‌های بهداشتی یا دارو دریافت کردید، صورت‌حساب را پرداخت نکنید و صورت‌حساب را برای ما ارسال کنید. جهت اطلاع از نحوهٔ ارسال صورت‌حساب، با خدمات اعضا مراجعه کنید.

- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم، مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم و شما قبلاً صورت‌حساب را پرداخت کرده باشید، حق شما است که مبلغ را باز پس بگیرید.
  - اگر هزینهٔ خدمات تحت‌پوشش Medicare را پرداخت کرده باشید، ما هزینه را به شما بر می‌گردانیم.
- اگر هزینهٔ خدمات Medi-Cal را که قبلاً دریافت کرده‌اید پرداخت کرده باشید، درصورتی‌که تمامی شرایط زیر را داشته باشید واجدشرایط عودت هزینه (بازگرداندن هزینه) خواهید بود:
  - خدماتی که دریافت کرده‌اید جزو خدمات تحت‌پوشش Medi-Cal باشند که مسئولیت پرداخت هزینه‌های آن بر عهدهٔ ما باشد. هزینهٔ خدماتی را که تحت‌پوشش Molina Medicare Complete Care Plus نیستند به شما عودت نمی‌دهیم.
  - خدمات تحت‌پوشش را پس از عضویت به‌صورت مشروع در Molina Medicare Complete Care Plus دریافت کرده باشید.
  - در طول یک سال از تاریخی که خدمات تحت‌پوشش را دریافت کرده‌اید، درخواست دهید که هزینه‌ها به شما برگردانده شود.
  - سندی مثل رسید دقیق صادره توسط ارائه‌دهندهٔ خدمات را ارائه دهید که نشان دهد هزینهٔ خدمات تحت‌پوشش را پرداخت کرده‌اید.
  - خدمات تحت‌پوشش را از یکی از ارائه‌دهندگان عضو Medi-Cal تحت شبکهٔ طرح دریافت کرده باشید. در صورت دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده، یا سایر خدماتی که Medi-Cal اجازه می‌دهد بدون تأییدیه قبلی (مجوز قبلی) از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید، لزومی به برآورده کردن این شرط ندارید.
- درصورتی‌که خدمات دریافتی به‌طور معمول نیازمند تأییدیه قبلی (مجوز قبلی) باشد، باید سندی از ارائه‌دهنده ارائه دهید که نشان دهد دریافت این خدمات تحت‌پوشش از نظر پزشکی ضروری بوده است.
- طرح Molina Medicare Complete Care Plus تصمیمش در مورد عودت هزینه‌های پرداختی شما را طی نامه‌ای تحت‌عنوان «اطلاعیهٔ اقدام» به شما اطلاع می‌دهد. اگر تمامی شرایط بالا را داشته باشید، ارائه‌دهندگان عضو Medi-Cal باید کل مبلغ پرداختی شما را به شما عودت دهند. اگر ارائه‌دهنده با عودت هزینه به شما مخالفت کند، Molina Medicare Complete Care Plus کل مبلغ پرداختی شما را به شما عودت می‌دهد. ما در طول 45 روز کاری از زمان دریافت ادعای شما مبلغ را به شما عودت می‌دهیم. اگر ارائه‌دهنده عضو Medi-Cal باشد، اما عضو شبکهٔ ما نباشد و با عودت هزینه به شما مخالفت کند، Molina Medicare Complete Care Plus مبلغ پرداختی شما را به شما عودت می‌دهد، اما فقط تا سقف مبلغی که FSS Medi-Cal پرداخت می‌کرد. طرح Molina Medicare Complete Care Plus کل مبلغ پرداختی شما را برای خدمات اورژانسی، یا سایر خدماتی که Medi-Cal اجازهٔ دریافت آن‌ها بدون تأییدیهٔ قبلی از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه را می‌دهد، به شما عودت می‌دهد. اگر یکی از شرایط بالا را نداشته باشید، ما مبلغ پرداختی‌تان را به شما عودت نمی‌دهیم.

- در شرایط زیر، مبلغ پرداختی‌تان را به شما عودت نمی‌دهیم:
  - خدماتی مثل خدمات زیبایی را درخواست و دریافت کرده باشید که تحت‌پوشش Medi-Cal نیستند.
  - این خدمات جزو خدمات تحت‌پوشش Molina Medicare Complete Care Plus نیستند.
  - به پزشکی مراجعه کرده باشید که عضو Medi-Cal نیست و فرمی را که می‌گوید در هر صورت خواهان دریافت خدمات هستید و خودتان هزینهٔ آن را پرداخت می‌کنید، امضاء کرده باشید.
- اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما خواهیم گفت.

اگر سؤالی داشتید با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید. اگر نمی‌دانید چه مبلغی می‌بایست پرداخت می‌کردید یا اگر صورت‌حساب دریافت می‌کنید و نمی‌دانید با آن چکار کنید، می‌توانیم به شما کمک کنیم. همچنین چنانچه مایلید اطلاعاتی درباره درخواست برای بازپرداخت هزینه ای که ما ارسال کرده‌اید در اختیار ما قرار دهید، می‌توانید با ما تماس بگیرید.

در اینجا نمونه‌هایی از شرایطی عنوان شده است که می‌توانید از ما درخواست بازپرداخت یا پرداخت صورت‌حساب را داشته باشید:

1. هنگامی که خدمات اورژانسی و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید

از ارائه‌دهنده بخواهید که برای ما صورت‌حساب صادر کند.

- اگر هزینه کامل را در زمان دریافت این خدمات پرداخت کرده‌اید، از ما درخواست کنید تا سهم‌مان از هزینه را به شما عودت دهیم. صورت‌حساب و مدرک مربوط به هرگونه پرداختی را که انجام داده‌اید برای ما ارسال کنید.
- ممکن است صورت‌حسابی از ارائه‌دهنده دریافت کنید که به نظر شما به او بدهکار نیستید. صورت‌حساب و مدرک مربوط به هرگونه پرداختی را که انجام داده‌اید برای ما ارسال کنید.
  - اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم، صورت‌حساب را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
  - اگر قبلاً هزینه خدمات Medicare را پرداخت کرده‌اید، ما مبلغ پرداختی‌تان را به شما عودت می‌دهیم.

2. هنگامی که ارائه‌دهنده‌ای صورت‌حسابی را برای شما ارسال می‌کند

- ارائه‌دهندگانِ شبکه باید همیشه صورت‌حساب را برای ما ارسال کنند. هنگام دریافت هر گونه خدمات یا نسخه، حتماً باید کارت شناسایی اعضا خود را نشان دهید. اما گاهی اوقات ممکن است مرتکب اشتباه شوند، و از شما درخواست کنند هزینهٔ خدمات را پرداخت کنید. در صورت دریافت هرگونه صورت‌حساب، از طریق شماره‌تلفن‌های درج‌شده در پایین این صفحه با خدمات اعضا یا مدیر پرونده‌تان تماس بگیرید.
- ازآن‌جایی‌که ما کل هزینه خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، شما مسئولیتی در قبال پرداخت هیچ هزینه‌ای ندارید. ارائه‌کنندگان نباید برای این خدمات از شما مبلغی را مطالبه کنند.
- به‌عنوان عضوی از طرح، در صورت دریافت خدماتی که ما پوشش می‌دهیم شما فقط بخشی از هزینه را پرداخت می‌کنید. ما به ارائه‌دهندگان اجازه نمی‌دهیم مبلغی بیشتر از این را از شما مطالبه کنند. حتی اگر ما مبلغی کمتر از هزینه یکی از خدمات را به ارائه‌دهنده بپردازیم، این مسئله صدق می‌کند. حتی اگر تصمیم بگیریم برخی از هزینه‌ها را پرداخت نکنیم، پرداخت این هزینه‌ها بر عهدهٔ شما نخواهد بود.
- وقتی یکی از ارائه‌دهندگان داخل شبکه صورت‌حسابی را به شما می‌دهد که به نظرتان از مبلغی که باید پرداخت کنید بیشتر است، صورت‌حساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس می‌گیریم و این مشکل را بررسی می‌کنیم.

- اگر صورت‌حسابی را که یکی از ارائه‌دهندگان داخل شبکه برای خدمات تحت‌پوشش Medicare صادر کرده است پرداخت کردید، اما احساس می‌کنید مبلغ زیادی را پرداخت کرده‌اید، صورت‌حساب و مدرک مربوط به هرگونه پرداختی را که انجام داده‌اید برای ما ارسال کنید. ما مبلغ پرداختی شما برای خدمات تحت‌پوشش ***یا*** مابه‌تفاوت مبلغ پرداختی شما و مبلغی که طرح ما می‌بایست پرداخت می‌کرد را به شما باز خواهیم گرداند.

3. درصورتی‌که عضویت‌تان در طرح ما مربوط به گذشته باشد

گاهی اوقات عضویت‌تان در طرح ما می‌تواند مربوط به گذشته باشد. (این یعنی اولین روز عضویت‌تان گذشته باشد. شاید سال گذشته بوده باشد.)

- درصورتی‌که عضویت‌تان در طرح ما مربوط به گذشته باشد و صورت‌حساب را پس از تاریخ عضویت‌تان پرداخت کرده باشید، می‌توانید از ما بخواهید که مبلغ پرداختی‌تان را به شما بازپرداخت کنیم.
- صورت‌حساب و مدرک مربوط به هرگونه پرداختی را که انجام داده‌اید برای ما ارسال کنید.

4. هنگامی که داروی تجویزی خود را از داروخانه خارج از شبکه تهیه می‌کنید

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

- فقط در موارد معدودی، ما داروهای تجویزیی را که در داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شوند پوشش می‌دهیم. هرگاه از ما درخواست برگشت هزینه را می‌کنید، یک نسخه از رسید خود را برای ما ارسال کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به **فصل 5** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

5. زمانی که هزینه نسخه کامل *بخش D از Medicare* را پرداخت می‌کنید به این دلیل که کارت شناسایی اعضا خود را همراه ندارید

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

- اگر داروخانه نتواند فوراً اطلاعات را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه نسخه کامل را خودتان بپردازید یا با کارت شناسایی اعضا خود به داروخانه بازگردید.
- هرگاه از ما درخواست دارید سهم‌مان از مبلغ پرداختی‌تان را به شما عودت دهیم، یک نسخه از رسیدتان را برایمان ارسال کنید.

6. زمانی که هزینه کامل نسخهٔ *بخش D از Medicare* را برای دارویی که تحت‌پوشش نیست پرداخت می‌کنید

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

- ممکن است این دارو در *فهرست داروهای تحت‌پوشش* (فهرست دارویی) ما در وب‌سایت نباشد، یا ممکن است الزام یا محدودیتی داشته باشد که شما درباره آن نمی‌دانید یا فکر می‌کنید برای شما اعمال نمی‌شود. اگر تصمیم به دریافت دارو دارید، ممکن است نیاز باشد هزینه را کامل بپردازید.
  - اگر برای دارو پولی نمی‌پردازید، اما فکر می‌کنید که ما باید هزینهٔ آن را پوشش دهیم، می‌توانید برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی دارو درخواست دهید (به **فصل 9** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید).
  - اگر شما و پزشک یا سایر تجویزکننده‌های داروهای‌تان فکر می‌کنید که فوراً به دارو نیاز دارید، می‌توانید درخواست دهید تا به‌سرعت دربارهٔ پوشش‌دهی داروهای شما تصمیم‌گیری شود (به **فصل 9** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید).

- هرگاه از ما درخواست برگشت هزینه را می‌کنید، یک نسخه از رسید خود را برای ما ارسال کنید. در برخی موارد، ممکن است لازم باشد اطلاعات بیشتری را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها دریافت کنیم تا سهم خود را از هزینه‌های زیر به شما بازپرداخت کنیم: سهم‌مان از هزینهٔ دارو.

وقتی درخواست پرداخت را برای ما ارسال می‌کنید، آن را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت‌پوشش باشد یا خیر. به این امر «تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی» گفته می‌شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید تحت‌پوشش باشد، سهم‌مان از هزینهٔ آن را پرداخت می‌کنیم.

اگر درخواست شما برای پرداخت را رد کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر برای ما ارسال کنید. برای یادگیری نحوه درخواست بررسی مجدد، به **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست برای پرداخت

صورت‌حساب و مدرک پرداختی‌تان برای خدمات Medicare را برای ما ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید. مدرک پرداخت می‌تواند یک نسخه از چک پرداخت هزینه یا رسید از طرف ارائه‌دهنده باشد. **بهتر است که یک نسخه از صورت‌حساب و رسیدهای خود برای سوابق خود نگهداری کنید.** می‌توانید از مدیر پرونده خود، درخواست راهنمایی داشته باشید. باید اطلاعات را در طول 1 سال کاری از تاریخ دریافت خدمات، کالا، یا دارو برای ما ارسال کنید.

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

برای خدمات پزشکی:
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

برای خدمات (Rx) بخش D
Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

باید ظرف مدت 365 روز از تاریخ دریافت خدمات و/یا اقلام مربوطه، یا **در ظرف 36 ماه** از تاریخ دریافت دارو درخواست خود را برای ما ارسال کنید.

C. تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی

هنگامی که درخواست شما برای پرداخت را دریافت کردیم، درباره پوشش‌دهی تصمیم می‌گیریم. این بدان معنی است که ما تصمیم می‌گیریم که آیا طرح ما خدمات، کالا یا داروی شما را پوشش دهد یا خیر. ما همچنین مقدار هزینه‌ای را که شما باید پرداخت کنید در صورت وجود، تعیین می‌کنیم.

- اگر به اطلاعات بیشتری از شما نیاز داشتیم به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر تصمیم بگیریم که طرح ما خدمات، کالا یا دارو را پوشش دهد و شما تمام قوانین دریافت آن را رعایت کرده باشید، سهم‌مان از هزینهٔ آن را پرداخت می‌کنیم. اگر از قبل هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، ما یک چک برای هزینه‌های زیر برایتان پست خواهیم کرد: مبلغی که پرداخت کرده‌اید ***یا*** سهم‌مان از هزینه. اگر مبلغ آن را پرداخت نکرده باشید، ما آن را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت می‌کنیم.

فصل 3 *کتابچه راهنمای اعضا* قوانین مربوط به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. **فصل 5** از *کتابچه راهنمای اعضا* قوانین مربوط به پوشش داروهای تجویزی بخش D از Medicare را توضیح می‌دهد.

- اگر تصمیم گرفتیم سهم‌مان از هزینه خدمات یا دارو را پرداخت نکنیم، نامه‌ای با ذکر دلیل برایتان ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین حقوق شما را برای درخواست بررسی مجدد توضیح می‌دهد.
- به‌منظور کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، به فصل 9 مراجعه کنید.

D. درخواست‌های تجدیدنظر

اگر فکر می‌کنید در رد درخواست شما برای پرداخت اشتباه کرده‌ایم، می‌توانید از ما درخواست کنید که تصمیم خود را تغییر دهیم. به این امر «درخواست تجدیدنظر» گفته می‌شود. همچنین اگر با مبلغی که ما پرداخت می کنیم موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

فرآیند تجدیدنظر رسمی دارای مراحل و مهلت‌های زمانی دقیق است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید:

- برای درخواست بررسی مجدد در مورد دریافت بازپرداخت جهت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، به **بخش F**، مراجعه کنید.
- برای درخواست تجدیدنظر در مورد دریافت هزینه برای دارو، به **بخش G**، مراجعه کنید.

فصل 8: حقوق قانونی و مسئولیت‌های شما

مقدمه

این فصل حاوی حقوق و مسئولیت‌های شما به‌عنوان عضو طرح است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم.
اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد 152

B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت‌پوشش 152

C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI) شما 153

C1. نحوهٔ محافظت ما از PHI شما 154

C2. حق شما برای مشاهدهٔ سوابق پزشکی خودتان 154

D. مسئولیت ما برای دادن اطلاعات به شما 162

E. ارائه‌دهندگان شبکه نمی‌توانند به‌طور مستقیم برای شما صورت‌حساب بفرستند 163

F. حق شما است که طرح ما را ترک کنید 163

G. حق شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌تان 163

G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری 163

G2. حق شما برای این که به ما اطلاع دهید چنانچه نتوانید تصمیم های مرتبط به مراقبت بهداشتی خود را شخصاً اتخاذ کنید، چه انتظاراتی از ما دارید 164

G3. اگر دستورالعمل‌های شما دنبال نشوند چه کاری باید انجام دهید 165

H. حق شما که شکایت کنید و از ما بخواهید در تصمیمات خود تجدیدنظر کنیم 165

H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد 165

I. مسئولیت‌های شما به‌عنوان عضوی از طرح 166

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

ما باید اطمینان حاصل کنیم که **همه** خدمات با رفتاری شایسته و به گونه‌ای در دسترس و راحت به شما ارائه می‌شود. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل‌درک باشد. باید هر سالی که عضو طرح ما هستید، حقوق مربوطه را به شما خاطرنشان کنیم.

- جهت کسب اطلاعات به‌شیوه‌ای که برای‌تان قابل‌درک باشد، با مدیر پرونده‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف است.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌های غیرانگلیسی و قالب‌هایی مثل چاپ با حروف درشت، خط بریل، یا فایل صوتی برای‌تان ارسال کند. جهت دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً به روش‌های زیر با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به Molina Medicare Complete Care Plus نامه دهید: شماره تماس 4627-665 (855)، شماره‌تلفن 7 ،711 :TTY روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی. برای خدمات پزشکی: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802.
- جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا یک قالب دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضا با شماره‌تلفن 665-4627 (855)، شماره‌تلفن 7 ،711 :TTY روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، تماس بگیرید:

- Medicare با شماره‌تلفن (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal یا Medi-Cal Office of Civil Rights با شماره‌تلفن 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند
- دپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده، دفتر حقوق مدنی به‌شماره‌تلفن 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به‌موقع شما به خدمات و داروهای تحت‌پوشش

اگر برای دریافت مراقبت مشکل دارید، 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی از طریق شماره‌تلفن 665-4627 (855)، TTY: 711 با خدمات اعضا تماس بگیرید.

شما به‌عنوان عضوی از طرح ما حقوقی دارید.

- حق انتخاب یک ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های درمانی اولیه (PCP) عضو شبکهٔ ما برای شما محفوظ است. ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد این‌که چه نوع ارائه‌دهندگانی می‌توانند به‌عنوان PCP عمل کنند و نحوه انتخاب PCP را در **فصل 3** از *کتابچه راهنمای اعضا* خود بیابید.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ ارائه‌دهندگان شبکه و پزشکانی که بیماران جدید می‌پذیرند با مدیریت پرونده‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید یا به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید.

- زنان از این حق برخوردار هستند که بدون دریافت ارجاع، به متخصصین امور بهداشتی زنان مراجعه کنند. ارجاع به معنای تأیید PCP شما برای استفاده از شخصی است که PCP شما نیست.
- حق دریافت خدمات تحت‌پوشش از ارائه‌دهندگان شبکهٔ طی بازهٔ زمانی منطقی برای شما محفوظ است.
  - این مورد شامل حق دریافت به‌موقع خدمات از طرف متخصصین است.
  - اگر نتوانید خدمات را در مدت‌زمان معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- بدون مجوز قبلی هم حق دریافت خدمات اورژانسی یا مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری را دارید.
- شما از این حق برخوردار هستید تا داروی تجویزی خود را از هر داروخانه شبکه و بدون انتظار طولانی تهیه کنید.
- حق آگاهی از زمانی که می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید برای شما محفوظ است. برای آشنایی با ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، به **فصل 3** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- هنگامی که برای اولین‌بار به طرح ما ملحق می‌شوید، اگر از شرایط خاصی برخوردار باشید، از این حق برخوردار هستید تا ارائه‌دهندگان فعلی تان و تأییدیه‌های خدمات را برای مدت‌زمان 12 ماه حفظ کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات خود، به **فصل 1** *کتاب راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبت و مدیر پرونده خود تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی خود را بگیرید.

فصل 9 از *کتابچه راهنمای اعضا* به شما می‌گوید که اگر فکر می‌کنید خدمات یا داروهای خود را در مدت‌زمان معقولی دریافت نمی‌کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید. در این فصل توضیح داده شده است که اگر درخواست شما برای پوشش‌دهی خدمات یا داروهای شما رد شود و شما با این تصمیم‌گیری موافق نباشید، باید چه اقدامی انجام دهید.

C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI) شما

ما بر اساس قوانین فدرال و ایالتی از اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI) شما محافظت می‌کنیم.

اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI) شما شامل اطلاعاتی است که هنگام ثبت‌نام در طرح به ما داده‌اید. همچنین شامل سوابق پزشکی و دیگر اطلاعات پزشکی و بهداشتی شما است.

حقوق شما در ارتباط با اطلاعات بهداشتی شخصی‌تان و نحوه استفاده از ان برای شما محفوظ است. ما اطلاعات مربوط به حقوق شما و نیز نحوه محافظت ما از حریم خصوصی PHI شما را به‌صورت یک اعلامیه کتبی در اختیار شما قرار می‌دهیم. این اعلامیه، «اعلامیه حفظ حریم خصوصی» گفته می‌شود.

اعضایی که ممکن است به دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به دریافت مجوز از هیچ عضو دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ارسال مطالبه برای خدمات حساس نیستند. طرح Molina Medicare Complete Care Plus ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به نشانی پستی، نشانی ایمیل یا شماره‌تلفن تعیین‌شده جایگزین عضو یا در صورت عدم تعیین، به نام عضو در نشانی یا شماره‌تلفن موجود در پرونده ارسال می‌کند. طرح Molina Medicare Complete Care اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی از عضو دریافت کننده مراقبت در اختیار هیچ عضو دیگری قرار نخواهد داد. طرح Medicare Complete Care درخواست‌های ارتباط محرمانه را در فرم و قالب درخواستی، درصورتی‌که به‌آسانی در فرم و قالب درخواستی قابل تولید باشد، یا در مکان‌های دیگری هماهنگ می‌کند. درخواست یک عضو برای ارتباطات محرمانه مربوط به خدمات حساس تازمانی‌که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه نکند، معتبر خواهد بود

C1. نحوه محافظت از PHI شما

ما مطمئن می‌شویم که هیچ فرد غیرمجاز به سوابق شما نگاه نمی‌کند یا آن را تغییر نمی‌دهد.

به‌استثنای موارد ذکرشده در پایین، ما PHI شما را به کسی که به شما مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه نمی‌دهد یا هزینه مراقبت شما را پرداخت نمی‌کند، نمی‌دهیم. در صورت انجام چنین کاری، ابتدا باید از شما اجازه کتبی بگیریم. شما یا شخصی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم‌گیری به‌نمایندگی از شما است می‌توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی اوقات لازم نیست که نخست به‌صورت کتبی از شما اجازه بگیریم. این موارد استثنا طبق قانون مجاز یا الزامی است:

- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی قرار دهیم تا کیفیت مراقبت برنامه ما را بررسی کنند.
- ما باید PHI را با حکم دادگاه منتشر کنیم.
- ما باید PHI شما را به Medicare بدهیم. اگر Medicare اطلاعات PHI شما را برای تحقیقات یا استفاده‌های دیگر منتشر کند، طبق قوانین فدرال این کار را انجام می‌دهد.

C2. حق شما است که به سوابق پزشکی خود نگاه کنید

- حق شما برای مشاهدهٔ سوابق پزشکی‌تان و دریافت یک نسخه از آن محفوظ است.
- حق شما برای درخواست به‌روزرسانی یا اصلاح سوابق پزشکی‌تان محفوظ است. اگر از ما درخواست چنین کاری را داشته باشید، ما با همکاری ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما در مورد اعمال تغییرات تصمیم‌گیری می‌کنیم.
- شما حق دارید بدانید که آیا ما PHI شما را با دیگران به اشتراک گذاشته‌ایم یا خیر.

اگر پرسش یا دغدغه‌ای درباره حریم خصوصی PHI خود دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

حریم خصوصی شما

عضو محترم Molina Medicare:

حریم خصوصی شما برای ما مهم است. ما به حریم خصوصی شما احترام می‌گذاریم و از آن محافظت می‌کنیم. ما در Molina با هدف ارائهٔ مزایای سلامت به شما از اطلاعات شما استفاده می‌کنیم و آن را به اشتراک می‌گذاریم. ما در Molina می‌خواهیم به شما اطلاع دهیم که چطور از اطلاعاتتان استفاده می‌کنیم یا آن‌ها را به اشتراک می‌گذاریم.

عبارت **PHI** به معنی «*اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده*» است. PHI شامل نام، شماره عضویت، نژاد، قومیت، نیازهای زبانی یا سایر اطلاعات هویتی شما است. ما در Molina از شما می‌خواهیم که از شیوه‌های ما برای استفاده یا واگذاری PHI شما مطلع باشید.

دلیل استفاده یا به اشتراک‌گذاری PHI اعضای ما چیست؟

- برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی
- برای پرداخت هزینه های مراقبت درمانی
- جهت بررسی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که دریافت می‌کنید
- برای اطلاع‌رسانی به شما دربارۀ گزینه‌هایی که در انتخاب خدمات مراقبت دارید
- برای اداره برنامۀ درمانی
- برای استفاده یا اشتراک‌گذاری PHI با دیگر افراد با اهدافی که به واسطه قانون مجاز باشد.

طرح Molina چه زمانی برای استفاده یا به‌اشتراک‌گذاری PHI شما به اجازۀ کتبی (مجوز) شما نیاز دارد؟

Molina برای استفاده یا اشتراک گذاری PHI برای اهدافی که در بالا فهرست نشده است، به مجوز کتبی شما نیاز دارد.

حقوق حریم خصوصی شما چیست؟

- به PHI خودتان نگاهی بیندازید
- یک نسخه از PHI را دریافت کنید
- PHI را اصلاح کنید
- از ما درخواست کنید بخواهید تا از به کارگیری یا به اشتراک‌گذاری PHI شما به روش‌های خاص خودداری کنیم
- دریافت فهرستی از افراد یا مکان‌هایی خاص که ما PHI شما را با آن‌ها به اشتراک گذاشته‌ایم

طرح Molina چگونه از PHI من محافظت می‌کند؟

طرح Molina از روش‌های زیادی برای محافظت از PHI در طرح‌های بهداشتی ما استفاده می‌کند. این روش‌ها عبارت است از محافظت اطلاعات کتبی، شفاهی یا داده‌های کامپیوتری PHI شما. در زیر روش‌هایی ذکرشده است که Molina برای محافظت از PHI اتخاذ می‌کند:

- Molina سیاست‌ها و قوانینی برای محافظت از PHI دارد.
- Molina محدودیت‌هایی در مورد دسترسی افراد به PHI اعمال می‌کند. فقط کارکنان Molina که نیاز دارند از PHI شما استفاده کنند از آن اطلاع خواهند داشت.
- کارکنان Molina دربارۀ نحوه محافظت و حفظ ایمنی PHI آموزش دیده‌اند.
- کارکنان Molina باید به‌صورت کتبی موافقت کنند که از قوانین و سیاست‌های محافظت از PHI تبعیت کنند.
- Molina از PHI در کامپیوترهای ما محافظت می‌کند اطلاعات PHI در کامپیوترهای ما با استفاده از فایروال و رمزهای عبور به‌صورت خصوصی نگهداری می‌شود.

طرح Molina ملزم به رعایت چه موارد قانونی است؟

- PHI شما را به‌صورت خصوصی حفظ کند.
- ارائه اطلاعات به‌صورت کتبی، مانند این فرم دررابطه‌با وظایف و اصول حریم خصوصی ما درباره PHI شما؛
- پیروی از شرایط اعلامیه اصول حریم خصوصی ما.

اگر فکر می‌کنید که حقوق حریم خصوصی شما محافظت نمی‌شود، چه کاری می‌توانید انجام دهید؟

- از طریق برقراری تماس یا ارسال نامه با Molina تماس بگیرید و شکایت کنید.
- شکایت‌تان را به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ارائه دهید.

ما هرگز اجازه نمی‌دهیم اقدامات یا شرایط گذشته بر برخوردمان با شما اثر بگذارد. اقدام حقوقی شما به‌هیچ‌وجه فرایند مراقبت از شما را تغییر نمی‌دهد.

مطالب عنوان شده در بالا فقط یک خلاصه است. اعلامیه اصول حفظ حریم خصوصی ما دارای اطلاعات بیشتری درباره نحوه استفاده و به اشتراک گذاری PHI اعضای ما است. اعلامیه اصول حفظ حریم خصوصی ما در قسمت بعدی این کتابچهٔ اعضا ارائه شده است. این اعلامیه در وب‌سایت ما به نشانی www.molinahealthcare.com موجود است. همچنین از طریق تماس با بخش خدمات اعضا در شماره‌تلفن 665-4627 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711 می‌توانید تجویزی از اعلامیه اصول حریم خصوصی را دریافت کنید. 711، 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی. کاربران TTY لطفاً با شماره 711 تماس بگیرند.

اعلامیه اصول حریم خصوصی
.MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC

در این اعلامیه، درباره نحوه استفاده از اطلاعات پزشکی شما و ارائه آن به دیگران و نحوه دسترسی شما به این اطلاعات توضیحاتی ارائه شده است. لطفاً به دقت آن را مطالعه کنید.

شرکت Molina Healthcare of California (یعنی «**Molina Healthcare**»، «**Molina**»، «**ما**» یا «**مال ما**») از اطلاعات درمانی مربوط به شما محافظت و از آن‌ها برای ارائه مزایای درمانی به‌عنوان عضو Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) استفاده می‌کند. ما از اطلاعات شما برای درمان، پرداخت و عملکردهای مربوط به مراقبت بهداشتی استفاده و به اشتراک می‌گذاریم. همچنین ما اطلاعات شما را در راستای اهداف مجاز و الزامات قانونی استفاده می‌کنیم و به اشتراک می‌گذاریم. ما موظفیم که اطلاعات بهداشتی شما را به‌صورت خصوصی محافظت و از شرایط این اعلامیه پیروی کنیم. تاریخ اعمال این اعلامیه، 23 سپتامبر 2013 است.

عبارت **PHI** به معنی «اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده» است. در واقع PHI به اطلاعات بهداشتی گفته می‌شود که شامل نام، شماره عضویت و دیگر اطلاعات شناسایی شما است و Molina آن را مورد استفاده قرار می‌دهد یا به اشتراک می‌گذارد.

چرا Molina از اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده (PHI) شما استفاده می‌کند یا آن‌ها را به اشتراک می‌گذارد؟
ما با هدف ارائه مزایای مراقبت سلامت از PHI شما استفاده می‌کنیم و آن را به اشتراک می‌گذاریم. در واقع PHI شما درراستای اهداف درمانی، پرداخت و اجرای عملکردهای مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی استفاده و به اشتراک گذاشته می‌شود.

برای درمان
ما در Molina از PHI شما جهت ارائه یا انجام مقدمات موردنیاز در این زمینه استفاده و آن را به اشتراک می‌گذاریم. همچنین این درمان شامل موارد ارجاع بین شما و پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی است. به‌عنوان‌مثال، ممکن است اطلاعات مربوط به وضعیت درمانی شما را با یک متخصص به اشتراک بگذاریم. این امر به متخصص کمک می‌کند تا درباره درمان شما با پزشک شما گفتگو کند.

برای پرداخت
ما در Molina ممکن است PHI شما را به‌منظور تصمیم‌گیری درباره پرداخت مورد استفاده قرار دهیم یا به اشتراک بگذاریم. این امر شامل موارد دعوی، درخواست تجدیدنظر درباره درمان و تصمیم‌گیری‌های مربوط به نیازهای پزشکی است. امکان دارد نام شما، وضعیت پزشکی شما، درمان شما و اقلامی که به شما ارائه می‌شود در صورت‌حساب نوشته شود. به‌عنوان‌مثال،ممکن است ما به پزشک اطلاع دهیم که شما از مزایای ما برخوردار هستید. همچنین درباره مبلغ صورت‌حسابی که قصد پرداخت آن را داریم به پزشک اطلاع می‌دهیم.

برای عملکردهای مرتبط با مراقبت بهداشتی
ما در Molina ممکن است PHI شما را در راستای اجرای طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما مورد ما استفاده قرار دهیم یا به اشتراک بگذاریم. به‌عنوان‌مثال، ممکن است ما اطلاعات دعوی شما را جهت اطلاع رسانی به شما دربارۀ یک طرح بهداشتی مفید برای شما استفاده کنیم. همچنین ممکن است جهت رفع مشکلات اعضا از PHI شما استفاده کنیم آن را به اشتراک بگذاریم. علاوه‌براین، PHI شما به ما کمک می‌کند که مبلغ مطالبه شده توسط شما به درستی پرداخت شده است.

عملکردهای مرتبط با ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مستلزم بسیاری از نیازهای تجاری روزانه است. این عملکردها شامل موارد زیر می‌شود اما محدود به این موارد نیست:

- بهبود کیفیت؛
- عملکرد در برنامه های درمانی برای کمک به اعضا در شرایطی خاص (مثلاً بیماری آسم)؛
- اجرا یا تنظیم جلسات بررسی پزشکی؛
- خدمات حقوقی ازجمله کلاهبرداری و سوء استفاده و برنامه های مربوط به پیگرد؛
- اقداماتی برای کمک به ما در زمینه پیروی از قوانین؛
- پاسخگویی به نیازهای اعضا، ازجمله حل شکایات و نارضایتی‌ها.

ما PHI شما را با سایر شرکت‌های («**همکاران تجاری**») که مجری برنامه‌های مختلف برای طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما هستند به اشتراک می گذاریم. همچنین ممکن است که ما از PHI شما جهت ارسال یادآور قرارهای ملاقات شما استفاده کنیم. ممکن است ما از PHI شما برای ارائه اطلاعات مربوط به سایر درمان ها، سایر مزایا و خدمات مرتبط با سلامت استفاده کنیم.

Molina چه زمان می‌تواند بدون دریافت رضایت‌نامه کتبی (تأییدیه) از PHI شما استفاده کند یا آن را به اشتراک بگذارد؟

علاوه بر مداوا، پرداخت هزینه و خدمات بهداشتی، Molina از نظر قانونی مجاز یا ملزم است که از PHI شما در راستای اهداف مختلف زیر استفاده کند و آن را به اشتراک بگذارد:

الزامات قانونی

همچنین ما اطلاعات شما را در راستای اهداف مجاز و الزامات قانونی استفاده و به اشتراک می‌گذاریم. ما PHI شما را زمانی به اشتراک می‌گذاریم که به واسطه معاونت وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) این امر لزومی داشته باشد. این امر ممکن است جهت پیروی از یک حکم دادگاه، سایر بررسی‌های حقوقی یا اعمال قانون انجام شود.

بهداشت عمومی

PHI شما ممکن است جهت اجرای فعالیت‌های مرتبط با بهداشت عمومی مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود این امر ممکن است شامل کمک به سازمان‌های بهداشت عمومی برای پیشگیری از بروز بیماری یا کنترل آن باشد.

نظارت بر خدمات بهداشتی

ممکن است PHI شما توسط سازمان‌های دولتی استفاده شود یا با آن‌ها به اشتراک گذاشته شود. این سازمان‌ها ممکن است جهت انجام ارزیابیها، به PHI شما نیاز داشته باشد.

تحقیق

ممکن است PHI شما در راستای اهداف تحقیقاتی خاص از قبیل تحقیقات مورد تأیید هیئت محرمانگی یا بررسی سازمانی مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

مراحل قانونی یا اجرایی

ممکن است PHI شما در مراحل قانونی، مانند پیروی از دستور دادگاه، مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

اعمال قانون

ممکن است PHI شما جهت اجرای قانون با پلیس به اشتراک گذاشته شود یا در این زمینه استفاده شود، مانند مواردی از قبیل کمک به یافتن مظنون، شاهد یا شخص گمشده.

ایمنی و بهداشت
ممکن است PHI شما جهت پیشگیری از یک تهدید جدی برای بهداشت یا ایمنی عمومی به اشتراک گذاشته شود.

عملکردهای دولتی
PHI شما ممکن است برای وظایف خاص، مانند فعالیت‌های امنیت ملی، با دولت به اشتراک گذاشته شود.

قربانیان موارد سوء استفاده، غفلت یا خشونت خانگی
اگر ما معتقد باشیم که فردی قربانی موارد سوء استفاده یا غفلت شده است، ممکن است PHI شما با مقامات قضایی به اشتراک گذاشته شود.

جبران خسارت کارگران
ممکن است PHI شما در راستای پیروی از قوانین جبران خسارت کارگری مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

سایر موارد به اشتراک گذاری اطلاعات
ممکن است PHI شما با مسئولین کفن و دفن یا مسئولین پزشکی قانونی به اشتراک گذاشته شود تا بتوانند وظیفه خودشان را انجام دهند.

طرح Molina چه زمانی برای استفاده یا به‌اشتراک‌گذاری PHI شما به اجازهٔ کتبی (مجوز) شما نیاز دارد؟ Molina جهت استفاده از PHI شما و به اشتراک گذاری آن در راستای اهدافی بجز موارد مذکور در این اعلامیه، به اجازه کتبی شما نیاز دارد. Molina پیش از به اشتراک گذاری PHI شما در راستای اهداف زیر، به اجازه شما نیاز دارد: (1) اکثر موارد استفاده و اشتراک گذاری اطلاعات روانشناسی؛ (2) استفاده از اطلاعات و ارائه آن به سایر افراد در راستای اهداف بازاریابی؛ و (3) موارد استفاده و به اشتراک گذاری اطلاعات که شامل فروش PHI است. شما می‌توانید رضایت کتبی که در اختیار ما گذاشته‌اید را لغو کنید. لغو رضایت نامه در مورد اقدامات پیشین ما کاربرد ندارد، زیرا پیش از انجام اقدامات مذکور رضایت خود را اعلام کرده بودید.

حقوق مربوط به اطلاعات بهداشتی شما چیست؟
شما از این حقوق برخوردار هستید:

- **درخواست اعمال محدودیت درباره موارد استفاده و اشتراک گذاری PHI (اشتراک گذاری PHI)**
  می‌توانید از ما درخواست کنید تا برای انجام درمان، پرداخت یا سایر عملکردهای مراقبت بهداشتی، PHI شما را با دیگران به اشتراک نگذاریم. همچنین می‌توانید از ما درخواست کنید تا PHI شما را با خانواده، دوستان یا سایر افرادی که نام می‌برید و در مراحل مراقبت بهداشتی شما حضور دارند، به اشتراک نگذاریم. اما ما ملزم نیستیم تا با این درخواست شما موافقت کنیم. لازم است که به‌صورت کتبی از ما درخواست کنید. می‌توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

- **درخواست مکاتبات محرمانهٔ PHI**

می‌توانید از Molina درخواست کنید تا به شیوه‌ای خاص یا در مکانی خاص PHI شما را در اختیار شما قرار دهد تا PHI شما خصوصی بماند. ما درخواست‌های منطقی را پیگیری می‌کنیم، یعنی شما برای ما توضیح دهید که چگونه به اشتراک گذاری بخشی یا کل PHI می‌تواند زندگی شما را به خطر بیندازد. لازم است که به‌صورت کتبی از ما درخواست کنید. می‌توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

- **بررسی و نسخه PHI شما**

شما از این حق برخوردار هستید تا PHI که در اختیار ما قرار دارد را بررسی و یک نسخه از آن را دریافت کنید. این مورد شامل سوابقی است که جهت پوشش دهی، اقامه دعوی یا سایر موارد تصمیم‌گیری به‌عنوان عضوی از Molina استفاده می‌کنید. لازم است که به‌صورت کتبی از ما درخواست کنید. می‌توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. ممکن است برای نسخه‌برداری یا پست سوابق، هزینه‌ای متناسب از شما دریافت کنیم. در برخی شرایط خاص، ممکن است درخواست شما را رد کنیم. *نکته مهم: ما نسخه کامل سوابق پزشکی شما را در اختیار نداریم. در صورت تمایل به مطالعه سوابق پزشکی خود دریافت یک نسخه از آن یا تغییر آن، لطفاً با پزشک یا درمانگاه خود تماس بگیرید.*

- **ایجاد تغییرات در PHI**

می‌توانید از ما درخواست کنید که PHI شما را تغییر دهیم (عوض کنیم). این امر فقط شامل آن سوابق شما است که ما به دلیل عضویت شما در طرح نگه داشته‌ایم. لازم است که به‌صورت کتبی از ما درخواست کنید. می‌توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. اگر درخواست شما را رد کنیم، می‌توانید نامه ای مبنی بر عدم موافقت خود با این تصمیم برای ما ارسال کنید.

- **دریافت گزارش درباره موارد اشتراک گذاری PHI (اشتراک گذاری PHI)**

می‌توانید از ما درخواست کنید تا فهرست اشخاص خاصی که PHI شما ظرف مدت شش سال پیش از تاریخ درخواست شما با آن‌ها به اشتراک گذاشته شده است را در اختیار شما قرار دهیم. این مورد شامل به اشتراک گذاری PHI به دلایل زیر نمی‌باشد:

- برای درمان، پرداخت یا عملکردهای مراقبت درمانی؛
- به اشترک‌گذاری PHI افراد با خود آن‌ها؛
- اشتراک‌گذاری که با اجازه شما انجام شود؛
- موارد استفاده یا اشتراک‌گذاری که به‌واسطهٔ قانون مربوطه در غیر این‌صورت مجاز باشند؛
- انتشار PHI برای مسائل امنیت ملی یا برای اهداف اطلاعاتی؛ یا
- به‌عنوان بخشی از یک مجموعه محدود از داده‌ها با توجه به قانون مربوطه؛ یا
- انتشار PHI جهت حفظ امنیت ملی یا در راستای اهداف اطلاعاتی.

اگر شما این فهرست را بیشتر از یک‌بار در طول مدت 12 ماه درخواست کنید، ما هزینه‌ای معقول را برای هر بار درخواست در نظر می‌گیریم. لازم است که به‌صورت کتبی از ما درخواست کنید. برای درخواست می‌توانید از فرم Molina استفاده کنید.

ممکن است هرکدام از درخواست‌های فوق را داشته باشید یا یک نسخه کاغذی از این اعلامیه را دریافت کنید. لطفاً 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی با خدمات اعضای مولینا با شماره‌تلفن‌تلفن 4627-665 (855) تماس بگیرید. کاربران TTY لطفاً با شماره 711 تماس بگیرند.

اگر از حقوق شما محافظت نمی‌شود، چه کاری می‌توانید انجام دهید؟
اگر فکر می‌کنید که حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می‌توانید به Molina یا وزارت بهداشت و خدمات انسانی شکایت کنید. در صورت ارائه شکایت، ما هیچ اقدامی بر علیه شما انجام نخواهیم داد. خدمات مراقبتی و مزایای شما به هیچ شکل تغییری نخواهد کرد.

با روش‌های زیر می‌توانید شکایت‌تان را برای ما ارسال کنید:

از طریق تلفن:
تماس با خدمات اعضا Molina، از طریق شماره 4627-665 (855)
7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر، به‌وقت محلی. کاربران TTY لطفاً با شماره 711 تماس بگیرند.

به‌صورت کتبی:
Molina Healthcare of California Inc.
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

می‌توانید شکایت خود را به نشانی زیر برای معاونت وزارت بهداشت و خدمات انسانی ارسال کنید:
U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights – Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);
(202) 619-3818 (فکس)

وظایف Molina چیست؟
Molina ملزم به انجام کارهای زیر است:

- PHI شما را به‌صورت خصوصی حفظ کند؛
- ارائه اطلاعات به‌صورت کتبی، مانند این فرم دررابطه‌با وظایف و اصول حریم خصوصی ما درباره PHI شما؛
- در صورت افشای PHI محافظت نشده شما، یک اعلامیه در اختیارتان قرار دهد؛
- از اطلاعات ژنتیکی شما برای اهدافی به‌جز موارد عنوان‌شده استفاده نکرده یا در اختیار دیگران قرار ندهد؛
- شرایط این اعلامیه را دنبال کند.

این اعلامیه ممکن است تغییر کند.
Molina از این حق برخوردار است تا اصول مربوط به اطلاعات و شرایط این اعلامیه را در هر زمانی تغییر دهد. در صورت هرگونه تغییر، شرایط و اصول جدید در مورد تمام موارد PHI اعمال می‌شود. درصورت اعمال تغییرات اساسی، Molina اعلامیه اصلاح شده را در وب‌سایت ما پست خواهد کرد. همچنین، اعلامیه اصلاح شده یا اطلاعات مرتبط با این تغییرات اساسی و نحوه دسترسی به اعلامیه اصلاح شده را در موارد پستی سالیانه بعدی برای اعضای تحت‌پوشش Molina می‌گنجاند.

اطلاعات تماس
اگر پرسشی دارید، با دفتر زیر تماس بگیرید:

از طریق تلفن:
خدمات اعضای Molina
(855) 665-4627، شماره‌تلفن TTY: 711. 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی.

به‌صورت کتبی:
Molina Healthcare of California Inc.
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

این اطلاعات به‌صورت رایگان به زبان‌های دیگر موجود است. لطفاً در 7 روز هفته از 8 صبح تا ساعت 8 بعدازظهر به‌وقت محلی با خدمات اعضا با شماره‌تلفن‌تلفن‌های (855) 665-4627، شماره‌تلفن TTY: 711 تماس بگیرید.
Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al <(855) 665-4627 TTY 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

D. مسئولیت ما برای دادن اطلاعات به شما

به‌عنوان عضوی از طرح ما، شما این حق را دارید که در مورد طرح ما، ارائه‌دهندگان شبکه ما و خدمات تحت‌پوشش خود اطلاعاتی از ما دریافت کنید.

اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما یک مترجم شفاهی در اختیار شما قرار می‌دهیم تا پاسخگوی هرگونه پرسش شما درباره طرح ما باشد. جهت دریافت مترجم، با خدمات اعضا تماس بگیرید. این خدمات رایگان است. همچنین می‌توانید مطالب و یا اطلاعات نوشته‌شده را به زبان‌های اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، و ویتنامی در اختیار شما قرار دهیم. ما همچنین این اطلاعات را به‌صورت صوتی، خط بریل یا خط درشت در اختیار شما قرار می‌دهیم. جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا یک قالب دیگر در حال حاضر یا در آینده، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر می‌توانید با بخش خدمات اعضا با شماره‌تلفن 665-4627 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711 تماس بگیرید.

اگر به اطلاعاتی در مورد هرکدام از موارد زیر نیاز داشتید، با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- نحوه انتخاب یا تغییر طرح‌ها
- طرح ما، ازجمله:
  - اطلاعات مالی
  - اعضای طرح چگونه به ما امتیاز داده اند
  - تعداد درخواست‌های تجدیدنظر اعضا
  - نحوه خروج از طرح
- ارائه‌دهندگان داخل شبکهٔ ما و داروخانه‌های داخل شبکهٔ ما، ازجمله:
  - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه
  - مشخصات ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما
  - نحوه پرداخت هزینه ارائه‌دهندگان در شبکه ما
- خدمات و داروهای تحت‌پوشش، شامل:
  - خدمات (به **فصل‌های 3 و 4** از *کتابچه راهنمای اعضای* خود مراجعه کنید) و داروها (**به فصل‌های 5 و 6** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید) که تحت‌پوشش طرح ما هستند.
  - محدودیت‌های موجود در پوشش و داروها
  - قوانینی که باید جهت دریافت خدمات و داروهای تحت‌پوشش رعایت کنید
- چرا چیزی تحت‌پوشش نیست و چه کاری می‌توانید در مورد آن انجام دهید (به **فصل 9** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید)، ازجمله این‌که از ما بخواهید:
  - توضیح کتبی دررابطه‌با این که چرا موردی تحت‌پوشش قرار نمی‌گیرد
  - تغییر تصمیمی که گرفته‌ایم
  - پرداخت صورت‌حسابی که دریافت کرده‌اید

E. این‌که ارائه‌دهندگان شبکه نمی‌توانند به‌طور مستقیم برای شما صورت‌حساب بفرستند

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه ما نمی‌توانند شما را ملزم به پرداخت هزینه برای خدمات تحت‌پوشش کنند. همچنین اگر ما کمتر از مبلغی که ارائه‌دهنده هزینه کرده است، پرداخت کنیم آن‌ها نمی‌توانند قبض را معادل کنند یا از شما هزینه دریافت کنند. برای اطلاع از این‌که اگر یک ارائه‌دهنده شبکه بخواهد هزینه خدمات تحت‌پوشش را از شما دریافت کند، چه کاری باید انجام دهید، به **فصل 7** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

F. حق شما است که طرح ما را ترک کنید

اگر تمایلی نداشته باشید، هیچکس نمی‌تواند شما را ملزم به ادامه عضویت در طرح کند.

- شما از این حق برخوردار هستید تا از طریق Original Medicare یا طرح Medicare Advantage، از بیشترین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برخوردار شوید.
- شما می‌توانید مزایای داروی تجویزی بخش D از Medicare را از طرح داروی تجویزی یا طرح MA دیگری دریافت کنید.
- به **فصل 10** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید:
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد این‌که چه زمانی می‌توانید به برنامه مزیت MA یا طرح مزایای داروهای تجویزی بپیوندید.
  - برای اطلاع از نحوه دریافت مزایای Medi-Cal در صورت ترک طرح ما.

G. حق شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود

شما حق دریافت اطلاعات کامل از پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را دارید تا به شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی‌تان کمک کنند.

G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری

ارائه‌دهندگان شما باید مشکل پزشکی شما و انتخاب‌های درمانی را به روشی قابل‌درک برای شما توضیح دهد. شما از این حقوق برخوردار هستید:

- **از انتخاب‌های‌تان مطلع باشید.** شما حق دارید در مورد گزینه‌های مختلف درمانی مطلع شوید.
- **از ریسک‌های موجود مطلع شوید.** شما حق دارید از تمامی ریسک‌های موجود مطلع شوید. ما باید از قبل به شما بگوییم که آیا خدمات یا درمان بخشی از یک آزمایش تحقیقاتی است یا خیر. شما حق دارید از هرگونه درمانی امتناع کنید.
- **دریافت نظر ثانویه.** شما حق دارید که پیش از اتخاذ تصمیم در مورد درمان به پزشک دیگری نیز مراجعه کنید.
- **پاسخ منفی بدهید.** شما حق دارید از هرگونه درمانی امتناع کنید. این حق شامل حق ترک بیمارستان یا سایر مراکز پزشکی، حتی در صورت توصیهٔ پزشک‌تان به ماندن است. از این حق برخوردار هستید تا مصرف دارویی که تجویز شده است را متوقف کنید. اگر از درمان امتناع کنید یا مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید، ما شما را از برنامه خود حذف نمی‌کنیم. بااین‌حال، اگر از درمانی خودداری کنید یا مصرف دارویی را متوقف کنید، مسئولیت کلیهٔ عواقب آن بر عهدهٔ شما خواهد بود.

- **از ما بخواهید دلیل امتناع ارائه‌دهنده از ارائهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به شما شرح دهیم.** چنانچه ارائه‌دهنده ای از ارائه خدمات به شما خودداری کرد، درصورتی‌که عقیده دارید باید خدمات مربوطه به شما ارائه شود، حق دارید از ما توضیح بخواهید.
- **از ما درخواست کنید تا خدمات یا دارویی که رد کرده‌ایم یا معمولاً تحت‌پوشش قرار نمی‌گیرد را پوشش دهیم.** به این امر «تصمیم درباره پوشش‌دهی» گفته می‌شود. در **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا* دربارهٔ این‌که چطور می‌توانید از ما درخواست که دربارهٔ پوشش‌دهی تصمیم‌گیری کنیم توضیح داده شده است.

G2. حق شما برای این که به ما اطلاع دهید چنانچه نتوانید تصمیم‌های مرتبط به مراقبت بهداشتی خود را شخصاً اتخاذ کنید، چه انتظاراتی از ما دارید

جهت کسب اطلاعات بیشتر، در 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به‌وقت محلی با بخش خدمات اعضا Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP به‌شماره‌تلفن 4627-665 (855) تماس بگیرید. اگر ناشنوا یا کم‌شنوا هستید، برای خدمات رلهٔ کالیفرنیا با شماره‌تلفن 711 :TYY تماس بگیرید.

بعضی مواقع افراد نمی‌توانند شخصاً درباره امور مراقبت بهداشتی خود تصمیم‌گیری کنند. پیش از این‌که در چنین شرایطی قرار بگیرید، می‌توانید اقدامات زیر را انجام دهید:

- یک فرم کتبی پر کنید و **این حق را به فرد دیگری اعطا کنید که از طرف شما دررابطه‌با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما تصمیم‌گیری کند**.
- **دستورالعمل‌های کتبی مربوط به زمانی که،** ازجمله دربارهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که **نمی‌خواهید**، قادر به تصمیم‌گیری نیستید را در اختیار پزشک خود قرار دهید تا وی بتواند اقدامات لازم را انجام دهد.

سند حقوقی که دستورالعمل‌های خود را در آن ذکر کنید، «راهنمایی پیش‌نگرانه» نام دارد. انواع مختلفی از «راهنمایی‌های پیش‌نگرانه» با نام‌های مختلف وجود دارد . نمونه‌هایی از این بیانیه‌ها عبارت است از وکالت نامه جهت تعیین وکیل برای مراقبت‌های بهداشتی و وصیت نامه‌ای که طی آن شخص بیمار وصیت می‌کند، در صورت ابتلا به بیماری شدید، وی را با روش‌های مصنوعی زنده نگه ندارند.

شما لزومی به داشتن «راهنمایی پیش‌نگرانه» ندارید، اما می‌توانید داشته باشید. اگر می‌خواهید از «راهنمایی پیش‌نگرانه» استفاده کنید، باید مراحل زیر را انجام دهید:

- **فرم را دریافت کنید.** می‌توانید فرم مربوطه را از پزشک، وکیل یا سازمان خدمات حقوقی و یا مددکار اجتماعی خود دریافت کنید. داروخانه‌ها و مطب‌های ارائه‌دهنده اغلب این فرم‌ها را دارند. شما می‌توانید یک فرم رایگان آنلاین پیدا کنید و آن را دانلود کنید. برای درخواست فرم می‌توانید با خدمات اعضا هم تماس بگیرید.
- **فرم را پر کنید و امضا کنید.** این فرم یک سند حقوقی به‌شمار می‌رود. بهتر است که یک وکیل یا شخص دیگری که به آن اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP شما، در تکمیل آن به شما کمک کند.
- **داروهای تجویزی را در اختیار افرادی قرار دهید که لازم است درباره آن اطلاع داشته باشند.** باید تجویزی از فرم را به پزشک‌تان بدهید. باید یک نسخه از آن را نیز به فردی بدهید که او را به‌عنوان تصمیم گیرنده از جانب خود انتخاب کرده‌اید. همچنین می‌توانید داروهای تجویزیی از آن را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده خود بدهید. یک نسخه را در خانه نگه دارید.
- اگر می‌خواهید در بیمارستان بستری شود و یک «راهنمایی پیش‌نگرانه‌ای» را امضا کرده‌اید، **یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.**
  - در بیمارستان از شما سؤال می‌شود که آیا «راهنمایی پیش‌نگرانه» را امضا کرده‌اید و آیا آن را با خود به همراه دارید یا خیر.
  - اگر فرم «راهنمایی پیش‌نگرانه» را امضا نکرده‌اید، در بیمارستان این فرم موجود است و از شما خواسته می‌شود اگر می‌خواهید آن را امضا کنید.

شما از این حقوق برخوردار هستید:

- «راهنمایی پیش‌نگرانه» خود را در پرونده پزشکی خود قرار دهید.
- هر زمان خواستید «راهنمایی پیش‌نگرانه» خود را تغییر دهید یا لغو کنید.
- در مورد تغییرات در مورد قوانین «راهنمایی پیش‌نگرانه» بیشتر بدانید. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP در مورد تغییرات قانون ایالتی حداکثر 90 روز پس از تغییر به شما اطلاع خواهد داد.

جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

G3. اگر از دستورالعمل‌های شما پیروی نشوند چه کاری باید انجام دهید

اگر «راهنمایی پیش‌نگرانه‌ای» را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان دستورالعمل‌های موجود در آن را دنبال نمی‌کند، می‌توانید شکایتی را برای Ombuds Program ارسال کنید. برقراری تماس رایگان است. TTY: 1-855-847-7914. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.

به این نشانی نامه ارسال کنید: **Department of Health Care Services**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, Ca 95814

وب‌سایت: http://calduals.org/background/cci/archive/policy/cal-mediconnect-ombudsman/

H. حق شما جهت شکایت و درخواست از ما برای تجدیدنظر در تصمیمات‌مان

فصل 9 از *کتابچه راهنمای اعضا* به شما می‌گوید که در صورت داشتن هر گونه مشکل یا نگرانی در مورد خدمات یا مراقبت تحت‌پوشش خود چه کاری می‌توانید انجام دهید. به‌عنوان‌مثال، می‌توانید از ما درخواست کنید تا درباره پوشش‌دهی تصمیم‌گیری کنیم، برای تغییر در تصمیم‌گیری مربوط به پوشش درخواست تجدیدنظر کنید یا این که شکایتی ارائه کنید.

شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات مربوط به درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات سایر اعضا نسبت به طرح ما را در اختیار داشته باشید. برای دریافت این اطلاعات با خدمات اعضا تماس بگیرید.

H1. در خصوص رفتار ناعادلانه یا جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد

اگر فکر می‌کنید که ما با شما ناعادلانه رفتار کرده‌ایم، و این رفتار ما با تبعیض به دلایل ذکرشده در **فصل 11** از *کتابچه راهنمای اعضا* ارتباط **ندارد**، یا به اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود نیاز دارید، می‌توانید با شماره‌تلفن زیر تماس بگیرید:

- خدمات اعضا
- طرح مشاوره و مدافعه بیمهٔ درمانی (HICAP) از طریق شماره 0424-560 (714). برای جزئیات بیشتر در مورد HICAP، به فصل 2 مراجعه کنید
  - شهرستان لس‌انجلس: 4519-383 (213)
  - شهرستان سن‌دیگو: 8772-565 (858)

- شهرستان ایمپریال 0223 -353 (760)
- شهرستان‌های ریورساید و سن‌برناردینو: 8369-256 (909)

- Ombuds Program با شماره‌تلفن 8609-452-888-1. برای جزئیات بیشتر در مورد این برنامه، به **فصل 2** از *فترچه راهنمای اعضا* خود مراجعه کنید.
- Medicare در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره‌تلفن (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE کاربران TTY باید با شماره 2048-486-877-1 تماس بگیرند. (شما همچنین می‌توانید سند «Medicare Rights & Protections» (حقوق و محافظت‌های Medicare) را که در وب‌سایت Medicare به نشانی www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf در دسترس می‌باشد مطالعه یا دانلود کنید.)

I. مسئولیت‌های شما به‌عنوان یک عضو برنامه

شما به‌عنوان یک عضو از طرح، مسئول هستید که موارد زیر را انجام دهید. اگر پرسشی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- ***کتابچه راهنمای اعضا*را مطالعه** و درباره آنچه تحت‌پوشش قرار می‌گیرد و قوانین مربوط به دریافت خدمات و داروهای تحت‌پوشش اطلاعاتی کسب کنید. برای جزئیات بیشتر دربارهٔ
  - خدمات تحت‌پوشش، به **فصل‌های 3 و 4** *فترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. این فصل ها موارد تحت‌پوشش، مواردی که تحت‌پوشش نیستند، مقرارتی که لازم است تبعیت کنید و مبلغی که پرداخت می‌کنید را برای شما توصیف می‌کنند.
  - برای داروهای تحت‌پوشش، به **فصل‌های 5 و 6** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- **هرگونه پوشش درمانی یا داروی تجویزی دیگری که دارید را به اطلاع ما برسانید.** ما باید اطمینان حاصل کنیم که شما از تمام گزینه‌های پوشش‌دهی خود در زمان دریافت خدمات مراقبت درمانی استفاده می‌کنید. اگر پوشش‌های دیگری دارید لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- **به پزشک و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اطلاع دهید** که در طرح ما عضو هستید. هنگامی دریافت خدمات یا دارو، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- **به پزشکان** و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت درمانی کمک کنید تا به بهترین نحو از شما مراقبت کنند.
  - اطلاعات موردنیاز آن‌ها درباره خود و وضعیت سلامت خود را در اختیارشان قرار دهید. تا آنجا که می‌توانید دربارهٔ مشکلات سلامتی‌تان اطلاعات جمع‌آوری کنید. طرح‌ها و دستورالعمل‌های درمانی که شما و ارائه‌دهنده شما بر آن‌ها توافق دارید را دنبال کنید.
  - مطمئن شوید که پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان، از کلیه داروهای مصرفی شما اطلاع داشته باشند. این امر شامل داروهای تجویزی، داروهای غیرتجویزی، ویتامین‌ها و مکمل‌ها می‌شود.
  - اگر سؤالی دارید بپرسید. پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات به شما باید مسائل را به شیوه‌ای که برای‌تان قابل‌درک باشد برای‌تان توضیح دهند. اگر سؤالی کردید و پاسخ آن را متوجه نشدید، مجددا پرسش خود را مطرح کنید.
- **با «مدیر پرونده‌تان»**، ازجمله برای پر کردن ارزیابی سالانه خطر سلامتی، همکاری کنید.
- **با ملاحظه باشید.** ما انتظار داریم که کلیه اعضا به حقوق سایر بیماران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم که شما در مطب پزشک، بیمارستان و سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات، رفتاری محترمانه داشته باشید.
- **در مورد خدماتی که خارج از طرح ما دریافت می‌کنید به ما بگویید.**

- **بدهی‌تان را پرداخت کنید.** شما به‌عنوان یکی از اعضای طرح، مسئول هستید این هزینه‌ها را پرداخت کنید:
  - حق بیمهٔ بخش A از Medicare و بخش B از Medicare. برای اکثر اعضای طرح، Medi-Cal حق بیمهٔ بخش A و حق بیمهٔ بخش B شما را پرداخت می‌کند.
  - **اگر هرگونه خدمات یا دارویی را دریافت می‌کنید که تحت‌پوشش طرح ما نیست، باید هزینه کامل آن را پرداخت کنید.** (**توجه:** اگر با تصمیم ما در خصوص پوشش‌ندادن خدمت یا دارویی مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ نحوهٔ درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 مراجعه کنید.)
- **اگر محل سکونت شما تغییر کرد، به ما اطلاع دهید.** اگر قصد نقل‌مکان دارید، فوراً به ما بگویید. با مدیر پرونده‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید.
  - **اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل‌مکان کنید، نمی‌توانید در این طرح بمانید.** فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو این طرح باشند. **فصل 1** از *کتابچه راهنمای اعضا* اطلاعاتی را دربارهٔ منطقه خدمات ما ارائه می‌دهد.
  - اگر نمی‌دانید که آیا به خارج از منطقه خدمات‌دهی ما نقل‌مکان می‌کنید یا خیر، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. طی یک دوره خاص از زمان ثبت‌نام خود می‌توانید در Original Medicare یا در یک طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یا طرح داروی تجویزی Medicare در محل زندگی جدید خود ثبت‌نام کنید. ما می‌توانیم به شما اطلاع دهیم که آیا در منطقه جدید شما طرحی داریم یا خیر.
  - هنگام نقل‌مکان، نشانی جدید خود را به Medicare و Medi-Cal بگویید. برای شماره‌تلفن‌های Medicare و Medi-Cal به **فصل 2** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - **اگر به محلی واقع در منطقه خدماتی ما نقل‌مکان می‌کنید، همچنان باید به ما اطلاع دهید.** لازم است که سوابق مربوط به عضویت و نحوه تماس با شما را به‌روز نگه داریم.
- **اگر شماره‌تلفن جدیدی دارید** یا راه بهتری برای تماس با شما هست به ما بگویید.
- **اگر پرسش یا دغدغه‌ای دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.**

فصل 9. اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیم‌گیری دربارۀ پوشش‌دهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه) از چه طریقی باید اقدام کنید

مقدمه

در این فصل درباره حقوق شما اطلاعاتی ارائه شده است. این فصل را مطالعه کنید تا از اقدامات لازم در موارد زیر مطلع شود:

- با طرح‌تان مشکلی دارید یا از طرح‌تان شکایتی دارید.
- به خدمات، اقلام یا داروهایی نیاز دارید که طرح شما می‌گوید هزینه آن‌ها را پرداخت نمی‌کند.
- اگر با تصمیمی که طرح درباره خدمات مراقبتی شما گرفته، موافق نیستید.
- شما فکر می‌کنید خدمات تحت‌پوشش شما خیلی زود پایان می‌یابد.
- اگر دربارۀ خدمات و پشتیبانی طولانی مدت مربوط به خدمات بزرگ‌سالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS) و خدمات آسایشگاهی (NF) مشکل یا شکایتی داشتید.

این فصل به چند قسمت مختلف تقسیم شده است که به شما کمک می‌کند به راحتی اطلاعات موردنیاز خود را پیدا کنید. **اگر مشکل یا نگرانی داشتید، فقط کافی است قسمت‌هایی از این فصل که به مشکل شما مرتبط است را مطالعه کنید.**

بلازم است مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، داروها و خدمات و پشتیبانی بلندمدتی را که پزشک شما یا دیگر ارائه‌دهندگان خدمات برای‌تان ضروری دانسته‌اند به‌عنوان بخشی از طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود دریافت کنید. **اگر دررابطه‌با خدمات مراقبتی خود مشکلی دارید، می‌توانید از طریق شماره 1-855-501-3077 با Medi-Cal Ombuds تماس بگیرید و راهنمایی دریافت کنید.** در این فصل درباره راه‌های مختلف جهت حل مشکلات و شکایت‌های مختلف شما توضیح داده شده است اما همیشه می‌توانید از Ombuds Program نیز جهت حل مشکل خود درخواست راهنمایی کنید. به منظور آگاهی از سایر منابع اطلاعاتی که به نگرانی‌های شما می‌پردازند و روش‌های تماس دررابطه‌با آن‌ها، به **فصل 2** از *کتابچه راهنمای اعضا* خود مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری باید انجام دهید 171

A1. دربارۀ اصطلاحات حقوقی 171

B. محل‌های دریافت کمک 171

B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر 171

C. درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما 173

D. مشکلات مرتبط با مزایای شما 173

E. تصمیمات گرفته‌شده دربارۀ پوشش‌دهی و درخواست‌های تجدیدنظر 173

E1. تصمیم‌گیری دربارۀ پوشش‌دهی 173

E2. درخواست تجدیدنظر 174

E3. کمک دررابطه‌با تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر 174
E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند 175
F. مراقبت پزشکی 176
F1. استفاده کردن از این بخش 176
F2. درخواست برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی خدمات 177
F3. درخواست تجدیدنظر سطح1 178
F4. درخواست تجدیدنظر سطح 2 181
F5. مشکلات مربوط به پرداخت 186
G. داروهای نسخه‌داربخش B از Medicare 188
G1. تصمیمات دربارهٔ پوشش‌دهی بخش D و تجدیدنظر دربارهٔ تصمیمات 188
G2. استثنائات بخش D 189
G3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست اعمال استثنا از آن‌ها مطلع باشید 190
G4. درخواست برای تصمیم‌گیری درخصوص پوشش‌دهی، شامل یک استثنا 191
G5. درخواست تجدیدنظر سطح1 193
G6. درخواست تجدیدنظر سطح 2 195
H.. درخواست پوشش‌دهی مدت‌زمان بستری بیشتر در بیمارستان197
H1. کسب اطلاعاتی درباره حقوق Medicare 197
H2. درخواست تجدیدنظر سطح1 198
H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2 200
H4. نحوهٔ درخواست تجدیدنظر سطح 1 جایگزین 200
H5. نحوهٔ درخواست تجدیدنظر سطح 2 جایگزین 201
I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی 202
I1. اطلاعیه قبلی، قبل از اتمام پوشش شما 202
I2. درخواست تجدیدنظر سطح1 203
I3. درخواست تجدیدنظر سطح 2 204

I4. نحوهٔ درخواست تجدیدنظر سطح 1 جایگزین 205
I5. نحوهٔ درخواست تجدیدنظر سطح 2 جایگزین 206
J. درخواست تجدیدنظر فراتر از سطح2 207
J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare 207
J2. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare 208
J3. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare 208
K. نحوه طرح شکایت 209
K1. دررابطه‌با چه مشکلاتی باید شکایت کرد؟ 209
K2. شکایت‌های داخلی 211
K3. شکایت‌های خارجی 212

A. اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری باید انجام دهید

این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها را توضیح می‌دهد. فرآیندی که شما استفاده می‌کنید بستگی به نوع مشکل شما دارد. از یک فرآیند برای **تصمیمات پوششی و درخواست تجدیدنظر** و از یکی دیگر برای **شکایت** استفاده کنید که گلایه نیز نامیده می‌شود.

برای اطمینان از انصاف و سرعت، هر فرآیند دارای مجموعه ای از قوانین، رویه‌ها و موعدهای زمانی است که ما و شما باید از آن‌ها پیروی کنیم.

A1. درباره عبارات حقوقی

در این فصل اصطلاحات قانونی برای برخی از قوانین و مهلت‌های زمانی وجود دارد. بسیاری از این عبارات حقوقی ممکن است به‌سختی قابل‌درک باشد، بنابراین ما از کلمات ساده‌تر به‌جای واژه‌های دقیق حقوقی استفاده کرده‌ایم. ما تا جایی که امکان داشته باشد کمتر از اختصارها استفاده کرده‌ایم.

به‌عنوان‌مثال، ممکن است بگوییم:

- «شکایت کنید» به‌جای این‌که «تسلیم شکایت»
- «تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی» به‌جای «تصمیم سازمانی»، «معین‌سازی مزایا»، «تعیین در معرض ریسک بودن» یا «تعیین‌تکلیف پوشش‌دهی»
- «تصمیم‌گیری سریع دربارهٔ پوشش‌دهی» به‌جای «تعیین تکلیف تسریع‌یافته»
- «سازمان بازرسی مستقل (IRO)» به‌جای «نهاد بازرسی مستقل (IRE)». آگاهی از اصطلاحات حقوقی مناسب به مکالمهٔ شفاف‌تر کمک می‌کند، پس این اصطلاحات را هم ارائه می‌کنیم.

B. از کجا کمک بگیریم

B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر

گاهی اوقات آغاز یا پیگیری مراحل رسیدگی به یک مشکل ممکن است گیج‌کننده باشد. زمانی که احساس سلامتی نمی‌کنید یا انرژی کافی ندارید، این امر بیشتر محسوس است. برخی‌مواقع ممکن است دانش کافی جهت طی مراحل بعدی نداشته باشید.

دریافت راهنمایی از برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی

می‌توانید با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید. مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا در زمینه برطرف کردن مشکلاتتان تصمیم‌گیری کنید. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مرتبط نیست. HICAP دارای مشاورین آموزش‌دیده‌ای در همهٔ کشورها است و خدمات آن رایگان است. شماره‌تلفن HICAP عبارت از 1-800-434-0222 می‌باشد.

کمک‌های برنامهٔ Medicare Medi-Cal Ombuds

می‌توانید با برنامهٔ Medicare Medi-Cal Ombuds تماس بگیرید و در مورد سؤالات پوشش سلامت خود با یک وکیل مدافع صحبت کنید. این برنامه کمک حقوقی رایگان ارائه می‌دهد. برنامهٔ Ombuds با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا طرح‌های بیمه درمانی ارتباطی ندارد. شماره‌تلفن آن‌ها 1-888-804-3536 و وب‌سایت آن‌ها www.healthconsumer.org است.

راهنمایی و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات بیشتر و کمک، می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. اینجا دو روش برای دریافت کمک از Medicare ارائه شده است:

- در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به وب‌سایت Medicare به نشانی (www.medicare.gov) مراجعه کنید.

کمک و اطلاعات از Medi-Cal

تماس: شماره‌تلفن 5000-449 (916)، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 08:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر به وقت محلی. TTY: 711

کمک از وزارت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کالیفرنیا (California Department of Health Care Services)
دفتر رسیدگی به شکایات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ Medi-Cal از دپارتمان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کالیفرنیا (DHCS) می‌تواند کمک کند. آن‌ها می‌توانند در زمینه مشکلات مربوط به عضویت، تغییر، یا ترک برنامه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کمک کنند. درصورتی‌که نقل‌مکان کرده‌اید و با انتقال Medi-Cal خود به شهرستان جدید مشکل دارید هم می‌توانید از آن‌ها درخواست کمک کنید. شما می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با مسئول رسیدگی به شکایات به‌شماره‌تلفن 8609-452-888-1 تماس بگیرید.

دریافت کمک از سازمان مراقبت‌های درمانی مدیریت‌شده کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care)
برای کمک رایگان با بخش مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شدهٔ کالیفرنیا (DMHC) تماس بگیرید. این سازمان مسئولیت نظارت بر طرح‌های بهداشت را بر عهده دارد. سازمان DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت‌حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره‌تلفن این سازمان 2219-466-888-1 است. افرادی که ناشنوا هستند و مشکل شنوایی یا گفتاری دارند می‌توانند از شماره رایگان TDD با شماره‌تلفن‌تلفن 9891-688-877-1 استفاده کنند. همچنین می‌توانید به وب‌سایت DMHC مراجعه کنید: www.HealthHelp.ca.gov.

بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شده مسئول سامان بخشی به طرح‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است. در صورت هرگونه نارضایتی دررابطه‌با طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود، باید ابتدا با طرح خود با شماره‌تلفن‌تلفن *4627-665 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711* تماس بگیرید و پیش از تماس با اداره فوق، از روند شکایت از طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این فرآیند تسلیم شکایت باعث تضییع حقوق قانونی احتمالی یا ارائه درمان‌های در دسترس شما نخواهد شد. درصورت شکایت از خدمات اورژانس، شکایتی که به‌طور رضایت‌بخش توسط طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما حل‌وفصل نشده است یا شکایتی که برای بیش از 30 روز حل نشده باقی مانده است، می‌توانید برای دریافت کمک با این اداره تماس بگیرید. ممکن است واجدشرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) هم باشید. اگر برای IMR واجدشرایط باشید، IMR یک بررسی بی‌طرفانه از تصمیمات پزشکی طرح بهداشتی دررابطه‌با ضرورت ارائه خدمات یا درمان‌ها، تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش‌دهی برای موارد درمانی تجربی یا تحقیقاتی، و دعاوی مربوط به پرداخت برای خدمات اورژانسی یا خدمات پزشکی فوریتی انجام می‌دهد. سازمان همچنین یک شماره‌تلفن رایگان **(1-888-466-2219)** و یک تلفن TDD در شماره **(1-877-688-9891)** برای افراد دچار ناتوانی های شنوایی و گفتاری دارد. وب‌سایت اینترنتی این اداره به نشانی www.dmhc.ca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های تقاضا برای IMR و دستورالعمل‌های آنلاین می‌باشد.

C. درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما از طرح‌های Medicare و Medi-Cal برخوردار هستید. اطلاعات این فصل بر **تمامی** مزایای طرح‌های Medicare و Medi-Cal شما اعمال می‌شود. این گاهی اوقات «فرایند یکپارچه» نامیده می‌شود زیرا فرایندهای Medicare و Medi-Cal را ترکیب یا ادغام می‌کند.

گاهی اوقات نمی‌توان فرایندهای Medicare و Medi-Cal را با هم ترکیب کرد. در این شرایط، شما از یک فرایند برای مزایای Medicare و از فرآیند دیگر برای مزایای Medi-Cal استفاده می‌کنید. **بخش F4** این موقعیت‌ها را توضیح می‌دهد.

D. مشکلات مرتبط با مزایای شما

اگر مشکل یا نگرانی داشتید، فقط کافی است قسمت‌هایی از این فصل که به مشکل شما مرتبط است را مطالعه کنید. جدول زیر به شما کمک می‌کند تا قسمت مرتبط با مشکلات یا شکایت‌های خود در این فصل را پیدا کنید.

آیا مشکل یا نگرانی شما درباره مزایا یا پوشش‌دهی طرح است؟ ازجمله مشکلات مرتبط با خدمات مراقبت پزشکی خاص، این که خدمات و پشتیبانی بلندمدت یا داروهای تجویزی پوشش داده می‌شود یا خیر، روش پوشش‌دهی این موارد و مشکلات مرتبط با پرداخت هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی پزشکی یا داروهای تجویزی است.	
بله. مشکل من مربوط به مزایا یا پوشش است. به **بخش E**، «تصمیمات دربارهٔ پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر» مراجعه کنید.	**خیر.** مشکل من مربوط به مزایا یا پوشش نیست. به **بخش K**، «چگونه شکایت کنیم» مراجعه کنید.

E. تصمیمات دربارهٔ پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر

این فرایند شامل درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی طرح و درخواست‌های تجدیدنظر دررابطه‌با مشکلات مرتبط با مزایا و پوشش‌دهی طرح است. همچنین شامل مشکلاتی دررابطه‌با پرداخت هزینه‌ها است.

E1. تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی:

تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی طرح به تصمیم‌گیری دربارهٔ مزایا یا پوشش‌دهی شما، یا دربارهٔ مبلغ پرداختی توسط ما برای خدمات پزشکی، موارد مختلف یا داروهای شما گفته می‌شود. به‌عنوان‌مثال، پزشک شما که عضو شبکه است هر زمان که از او مراقبت‌های پزشکی دریافت می‌کنید، تصمیم (مطلوبی) را دربارهٔ پوشش‌دهی برای شما می‌گیرد (به فصل 4، بخش H از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید).

شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم‌گیری پوشش کنید. شما یا پزشک‌تان ممکن است دربارهٔ این‌که آیا خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا خیر، یا این‌که آیا از ارائهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

موردنیازتان به شما امتناع می‌کنیم یا خیر مردد باشید. **اگر قبل از دریافت خدمات پزشکی می‌خواهید بدانید که آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید که دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات شما تصمیم بگیریم.**

تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی به تصمیم‌هایی اطلاق می‌شود که دربارهٔ این‌که کدام خدمات برای شما تحت‌پوشش هستند و چه مبالغی را پرداخت می‌کنیم گرفته می‌شوند. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که Medicare یا Medi-Cal دیگر خدماتی یا داروهایی را برای شما پوشش نمی‌دهند. اگر با این تصمیم دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات یا داروها مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

E2. استیناف

اگر ما تصمیمی دررابطه‌با پوشش‌دهی خدمات یا داروها گرفتیم و شما از این تصمیم راضی نبودید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر در تصمیم‌گیری کنید. درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست بررسی و تغییر تصمیم پوششی است که گرفته‌ایم.

هنگامی که برای اولین‌بار تصمیمی را تجدیدنظر می‌کنید، به این درخواست تجدیدنظر سطح 1 می‌گویند. در این درخواست تجدیدنظر، تصمیمی را که دررابطه‌با پوشش‌دهی خدمات یا داروها گرفته‌ایم بررسی می‌کنیم تا مشخص شود که آیا همه قوانین را به‌درستی رعایت کرده‌ایم یا خیر. بازبینی‌کنندگان متفاوت از کسانی که تصمیم نامطلوب اصلی را گرفته‌اند، به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنند.

در اکثر مواقع، شما باید درخواست تجدیدنظرتان را از سطح 1 آغاز کنید. اگر مشکل درمانی شما فوری بوده یا مربوط به یک تهدید فوری و جدی به سلامتی شما می‌شود، یا اگر درد شدید دارید و به تصمیم فوری نیاز دارید، می‌توانید از اداره مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شده به نشانی www.dmhc.ca.gov برای بررسی پزشکی IMR درخواست کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 190 مراجعه فرمایید.

هنگامی که بررسی را انجام دادیم، تصمیم خود را به‌صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهیم. تحت شرایط خاصی که بعداً در این فصل توضیح داده می‌شود، می‌توانید برای «تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی» یا تجدیدنظر سریع درباره یک تصمیم درخواست دهید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما **منفی باشد**، نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم. اگر مشکل شما دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات یا اقلام پزشکیِ Medicare یا داروهای بخش B است، در نامه ارسالی به شما اطلاع می‌دهیم که پرونده شما برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 به «واحد بررسی مستقل (IRO)» ارسال شده است. اگر مشکل شما مرتبط به پوشش‌دهی خدمات یا اقلام بخش D از Medicare یا Medicaid است، در این نامه به شما اطلاع داده می‌شودکه چگونه شخصاً برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 اقدام کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های تجدیدنظر سطح 2 به **بخش F4** مراجعه کنید. اگر مشکل شما مربوط به پوشش خدمات یا کالاهای تحت‌پوشش هم Medicare و هم Medicaid است، نام اطلاعتی را در خصوص هر دو نوع درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما ارائه می‌دهد.

اگر از تصمیم تجدیدنظر سطح 2 راضی نیستید، ممکن است بتوانید از سطوح دیگر تجدیدنظر گذر کنید.

E3. کمک دررابطه‌با تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر

شما می‌توانید از هر یک از موارد زیر کمک بخواهید:

- با **خدمات اعضا** با شماره‌تلفن‌تلفن‌های درج‌شده در پایین صفحه.
- **برنامهٔ Ombuds به‌شماره‌تلفن 1-855-501-3077.**
- **برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP)** با شماره‌تلفن 1-800-434-0222.

- **مرکز راهنمایی در بخش مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده (DMHC)** برای کمک رایگان. این سازمان مسئولیت نظارت بر طرح‌های بهداشت را بر عهده دارد. سازمان DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت‌حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره‌تلفن این سازمان 1-888-466-2219 است. افرادی که ناشنوا هستند و مشکل شنوایی یا گفتاری دارند می‌توانند از شماره رایگان TDD 1-877-688-9891 استفاده کنند. همچنین می‌توانید به وب‌سایت DMHC مراجعه کنید: www.HealthHelp.ca.gov.
- **پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر شما**. پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری می‌تواند درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی طرح یا درخواست تجدیدنظر از طرف شما ارائه کند.
- **یکی از دوستان یا اعضای خانواده**. می‌توانید فرد دیگری را منصوب کنید تا به‌نمایندگی از شما برای تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی طرح یا برای تجدیدنظر درخواست دهد.
- **یک وکیل**. شما حق داشتن وکیل دارید، اما برای درخواست تصمیم پوشش یا درخواست تجدیدنظر، **نیازی به داشتن وکیل ندارید**.
  - می‌توانید با وکیل خود تماس بگیرید یا نام وکیلی را از بین فهرست وکلای مورد تأیید یا دیگر خدمات ارجاعی انتخاب کنید. بعضی از گروه‌های حقوقی درصورتی‌که واجدشرایط باشید خدمات حقوقی را به‌صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌دهند.
  - با تماس با برنامهٔ Medi-Cal Omuds از طریق شماره 1-888-804-3536 یک وکیل کمک حقوقی درخواست کنید.

اگر می‌خواهید وکیل یا شخص دیگری به‌عنوان نماینده شما عمل کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. در این فرم به فرد اجازه داده می‌شود که از طرف شما اقدام کند.

از طریق شماره‌تلفن‌های پایین صفحه با خدمات اعضأ تماس بگیرید و فرم «انتصاب نماینده» را درخواست کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf *یا از طریق وب‌سایت ما به نشانی* MolinaHealthcare.com/Medicare *فرم را دریافت کنید*. **باید تجویزی از فرم امضاءشده را در اختیار ما قرار دهید.**

E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند

چهار شرایط مختلف وجود دارد که دررابطه‌با تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر است. هرکدام از این شرایط دارای قوانین و مهلت‌های قانونی متفاوتی است. ما جزئیات هر یک را در بخش جداگانه‌ای از این فصل بیان می‌کنیم. به بخش مربوطه مراجعه کنید:

- **بخش F**، «مراقبت‌های پزشکی»
- **بخش G**، «داروهای تجویزی بخش D از Medicare»
- **بخش H**، «درخواست از ما برای پوشش‌دهی مدت‌زمان بستری بیشتر در بیمارستان»
- **بخش I**، «درخواست از ما برای پوشش‌دهی مدت‌زمان بستری بیشتر در بیمارستان (این بخش فقط برای این خدمات اعمال می‌شود: مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری ماهر، و خدمات جامع توان‌بخشی سرپایی (CORF).)

اگر مطمئن نیستید از کدام بخش استفاده کنید، از طریق شماره‌تلفن‌های پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

F. مراقبت پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر برای دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مشکل دارید یا می‌خواهید هزینه مراقبت‌تان را به شما بازپرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید.

این بخش در مورد مزایای شما برای مراقبت‌ها و خدمات پزشکی است که در **فصل 4** از *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح داده شده است. ما به‌طور کلی در ادامه این بخش به «پوشش مراقبت‌های پزشکی» یا «مراقبت‌های پزشکی» اشاره می‌کنیم. اصطلاح «مراقبت‌های پزشکی» شامل خدمات و اقلام پزشکی و همچنین داروهای تجویزی بخش B از Medicare می‌شود که عبارت از داروهایی هستند که توسط پزشک یا متخصص مراقبت‌های بهداشتی شما تجویز می‌شوند. ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی تجویزی بخش B از Medicare اعمال شود. وقتی که اینطور است، توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای تجویزی بخش B با قوانین مربوط به خدمات و اقلام پزشکی متفاوت است.

F1. استفاده کردن از این بخش

این بخش درباره اقدامات مربوط به مشکلات زیر توضیح داده است:

1. شما فکر می‌کنید که ما مراقبت‌های پزشکی را که شما نیاز دارید پوشش می‌دهیم اما آن را دریافت نمی‌کنید.
   چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما درخواست کنید تا تصمیمی درباره پوشش دهی اتخاذ کنیم. به **بخش F2** مراجعه کنید.
2. ما مراقبت‌های پزشکی را که پزشک شما یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌خواهند به شما ارائه دهند، تأیید نکردیم، و شما فکر می‌کنید که ما باید تأیید کنیم.
   چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید در خصوص تصمیم‌مان درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F3** مراجعه کنید.
3. شما مراقبت‌های پزشکی دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید ما آن را پوشش می‌دهیم، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم. **چه کاری می‌توانید انجام دهید:** شما می‌توانید درخصوص تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت هزینه‌ها درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F5** مراجعه کنید.
4. اگر مراقبت‌های پزشکی که فکر می‌کنید تحت‌پوشش بوده است را دریافت کرده‌اید و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید و از ما می‌خواهید که هزینه را به شما عودت دهیم. **چه کاری می‌توانید انجام دهید:** می‌توانید از ما درخواست کنیدکه مبلغ را به شما عودت دهیم. به **بخش F5** مراجعه کنید.
5. ما پوشش شما را برای یک مراقبت پزشکی خاص کاهش دادیم یا متوقف کردیم، و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند.

چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید در خصوص تصمیم ما مبنی بر کم یا متوقف شدن مراقبت پزشکی درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F4 مراجعه کنید.**

- اگر این پوشش برای مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مرکز مراقبت پرستاری ماهر، یا خدمات مرکز توان‌بخشی جامع سرپایی (CORF) باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش H** یا **بخش I** مراجعه کنید.
- برای سایر مواردی که شامل کاهش یا توقف پوشش شما برای مراقبت‌های پزشکی خاص است، از این بخش (**بخش F**) به‌عنوان راهنمای خود استفاده کنید.

6. شما با تأخیر در مراقبت مواجه هستید یا نمی‌توانید پزشکی پیدا کنید.
   چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید شکایتی را مطرح کنید. به **بخش K2** مراجعه کنید.

F2. درخواست تصمیم‌گیری نسبت به پوشش‌دهی خدمات

هنگامی که تصمیمی دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات شامل خدمات مراقبت پزشکی شما می‌شود، به آن «**تعیین‌تکلیف سازمانی یکپارچه**» می‌گویند.

شما، پزشک یا نماینده‌تان می‌توانید از طریق موارد زیر از ما بخواهید که در مورد پوشش تصمیم بگیریم:

- تماس: 4627-665 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711.
- فکس: 2155-834 (844).
- به این نشانی نامه ارسال کنید: Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش‌دهی

وقتی تصمیم خود را به شما می‌دهیم، از موعدهای زمانی «استاندارد» استفاده می‌کنیم مگر این‌که با استفاده از موعدهای زمانی «سریع» موافقت کنیم. تصمیم‌گیری استاندارد دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات به این معنی است که ما دربارهٔ موارد زیر به شما پاسخی روشن می‌دهیم:

- خدمت یا مورد پزشکی ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما. در خصوص طرح‌های Knox-Keene، ظرف 5 روز کاری، و زودتر از 14 روز تقویمی پس از این‌که درخواست شما را دریافت کردیم.
- داروی تجویزی بخش B از Medicare ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما.

تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی

اصطلاح حقوقی «تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی» عبارت از «**تعیین تکلیف تسریع‌شده**»است.

هنگامی که از ما می‌خواهید دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات مراقبت پزشکی خود تصمیم‌گیری کنیم و برای حفظ سلامتی‌تان به پاسخی سریع نیاز دارید، از ما برای «تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی» درخواست کنید. تصمیم‌گیری سریع دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات به این معنی است که ما دربارهٔ موارد زیر به شما پاسخی روشن می‌دهیم:

- خدمات یا کالای پزشکی ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما.
- داروی تجویزی بخش B از Medicare ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما، یا درصورتی‌که شرایط پزشکی شما مستلزم پاسخ سریع‌تری باشد، زودتر از این موعد.

اگر فکر می‌کنید **نباید** روزهای بیشتری را برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش‌دهی خدمات صرف کنیم، می‌توانید در خصوص این‌که تصمیم‌مان روزهای بیشتری به طول انجامیده است «شکایت سریعی» را طرح کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت، ازجمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید. به محض تصمیم‌گیری با شما تماس خواهیم گرفت.

برای این‌که دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات‌تان سریع تصمیم‌گیری شود، باید دو شرط زیر را داشته باشید:

- شما برای مراقبت‌های پزشکی که **دریافت نکرده‌اید**، درخواست پوشش می‌کنید. در خصوص پوشش هزینه‌های خدمات پزشکی که قبلاً دریافت کرده‌اید، نمی‌توانید درخواست تصمیم‌گیری سریع کنید.
- استفاده از موعدهای زمانی استاندارد **می‌تواند به سلامتی شما آسیب جدی وارد کند** یا به عملکرد شما آسیب برساند.

اگر پزشک‌تان به ما بگوید که سلامت شما این‌گونه ایجاب می‌کند، به‌طور خودکار خیلی سریع دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات‌تان تصمیم‌گیری می‌کنیم. اگر بدون حمایت پزشک‌تان چنین درخواستی را ارائه دهید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا این مورد را دریافت می‌کنید یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم برای تصمیم‌گیری سریع دربارهٔ پوشش‌دهی را ندارد، یک نامه برای‌تان ارسال می‌کنیم و در عوض از مهلت‌های زمانی استاندارد پیروی می‌کنیم. نامه به شما می‌گوید:

- در صورت درخواست پزشک، به‌طور خودکار خیلی سریع دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات‌تان تصمیم‌گیری می‌کنیم.
- چطور می‌توانید درخصوص تصمیم ما برای اتخاذ رویهٔ معمول تصمیم‌گیری به‌جای تصمیم‌گیری سریع دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات، یک «شکایت سریع» طرح کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت، ازجمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر بگوییم **نه**، شما حق دارید اعتراض کنید. اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر راهی رسمی است که از ما بخواهید تصمیم خود را بررسی کرده و آن را تغییر دهیم.
- اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دارید، به سطح 1 فرآیند تجدیدنظر خواهید رفت (به **بخش F3** مراجعه کنید).

در شرایط محدود ممکن است درخواست شما برای تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی را رد کنیم، به این معنی که درخواست را بررسی نمی‌کنیم. نمونه‌هایی از زمان‌هایی که یک درخواست رد می‌شود عبارت‌اند از:

- اگر درخواست ناقص باشد،
- اگر شخصی از طرف شما درخواست را ارائه کند اما از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، یا
- اگر بخواهید درخواست‌تان پس گرفته شود.

اگر درخواستی را برای تصمیم پوشش رد کنیم، اخطاریه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست بازبینی برای رد درخواست را توضیح می‌دهد. به این بررسی تجدیدنظر می‌گویند. درخواست تجدیدنظر در بخش بعدی مورد بحث قرار می‌گیرد.

F3. درخواست تجدیدنظر سطح 1

جهت آغاز مرحله درخواست تجدیدنظر، شما یا پزشک شما یا یک ارائه‌دهنده دیگر و یا نمایندهٔ شما باید با ما تماس بگیرد. با 4627-665 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711 تماس بگیرید.

به‌صورت کتبی یا از طریق تماس با ما به‌شماره‌تلفن 4627-665 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711، **برای «تجدیدنظر استاندارد» یا «تجدیدنظر سریع» درخواست دهید**.

- اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگری بخواهد به ارائه خدمات یا موردی که قبلاً در طول تجدیدنظر دریافت می‌کردید ادامه دهد، ممکن است لازم باشد آن‌ها را به‌عنوان نماینده خود نام ببرید تا از طرف شما اقدام کنند.
- اگر شخص دیگری غیر از پزشک شما درخواست تجدیدنظر را برای شما ارائه کرد، فرم انتصاب نماینده را اضافه کنید که به این شخص اجازه نمایندگی شما را می‌دهد. با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf *یا از طریق وب‌سایت ما به نشانی* MolinaHealthcare.com/Medicare *می‌توانید فرم را دریافت کنید.*

- ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون فرم بپذیریم، اما تازمانی‌که آن را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی خود را شروع یا تکمیل کنیم. اگر فرم را ظرف 44 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما دریافت نکنیم:
  - ما درخواست شما را رد می‌کنیم و
  - یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که در آن حق شما را برای درخواست از جهت تجدیدنظر تصمیم ما برای رد درخواست تجدیدنظر شما را توضیح می‌دهیم.

باید **ظرف 60 روز تقویمی** از تاریخ ارسال نامه و اعلام تصمیم ما، نسبت به درخواست تجدیدنظر اقدام کنید.

اگر این موعد را از دست دهید و دلیل موجهی برای این امر داشته باشید، ممکن است ما زمان بیشتری جهت درخواست تجدیدنظر در اختیار شما قرار دهیم. مثال‌هایی از دلایل خوب مواردی هستند مانند این‌که شما یک بیماری جدی داشته‌اید یا اطلاعات اشتباهی دربارهٔ موعد زمانی به شما داده‌ایم. شما باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدیدنظر خود را توضیح دهید.

- شما حق دارید که از ما رونوشتی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشک‌تان می‌توانید اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا درخواست تجدیدنظر شما را تقویت کند.

اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید درخواست «بررسی سریع» داشته باشید.

اصطلاح حقوقی «تجدیدنظر سریع»، «**تجدیدنظر تسریع‌شده**» است.

- اگر در مورد تصمیم ما در مورد پوشش مراقبتی که دریافت نکرده‌اید درخواست تجدیدنظر کنید، شما و/یا پزشکتان تصمیم می‌گیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
- روند درخواست تجدیدنظر سریع مانند تصمیم پوشش سریع است. برای درخواست تجدیدنظر سریع، دستورالعمل‌های درخواست تصمیم‌گیری سریع دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات در **بخش F2** را دنبال کنید.
- اگر پزشک شما به ما بگوید که وضعیت سلامت شما این‌گونه ایجاب می‌کند، ما به شما تجدیدنظر سریع می‌دهیم.

اگر به شما بگوییم که خدمات یا مواردی را که قبلاً دریافت کرده‌اید متوقف یا کاهش می‌دهیم، ممکن است بتوانید آن خدمات یا موارد را در طول درخواست تجدیدنظر خود ادامه دهید.

- اگر ما تصمیم بگیریم پوشش خدمات یا اقلامی که پیش از این مورد تأیید بوده است را تغییر دهیم یا متوقف کنیم، اطلاعیه‌ای را برای شما قبل از عملی شدن آن ارسال خواهیم کرد.
- اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 1 ارائه دهید.
- اگر ظرف 10 روز تقویمی از تاریخ درج‌شده روی نامهٔ ما یا تا تاریخ موثر در نظر گرفته‌شده برای اقدام، هر کدام که دیرتر رخ دهد، درخواست تجدیدنظر سطح 1 کنید، به پوشش خدمات یا اقلام ادامه می‌دهیم.
  - اگر این مهلت را رعایت کنید، تازمانی‌که درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما در انتظار است، خدمات یا اقلام را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.
  - همچنین تمام خدمات یا اقلام دیگر (که هدف درخواست تجدیدنظر شما نیستند) را بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.

- اگر قبل از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر ندهید، خدمات یا داروهای شما تازمانی‌که منتظر تصمیم تجدیدنظر خود هستید ادامه نخواهد یافت.

ما به درخواست شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخمان را به شما می‌دهیم.

- وقتی درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم، دوباره به تمام اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت‌های پزشکی نگاه می‌کنیم.
- بررسی می‌کنیم، که آیا هنگامی که به درخواست شما پاسخ **منفی** داده‌ایم، از قوانین پیروی کرده‌ایم یا خیر.
- در صورت نیاز اطلاعات بیشتری را جمع آوری می‌کنیم. ممکن است با شما یا پزشکتان تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری دریافت کنیم.

مهلت‌هایی برای تجدیدنظر سریع وجود دارد.

- زمانی که ما از موعدهای سریع استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما** پاسخی بدهیم. اگر برای شرایط سلامت شما ضروری باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما می‌دهیم.
  - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را مجددا بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. *اگر مشکل شما مربوط به پوشش‌دهی یکی از خدمات یا کالاهای Mediaid است، خودتان می‌توانید در سریع‌ترین زمان ممکن درخواست «تجدیدنظر سطح 2 – دادرسی ایالتی» را نزد ایالت ثبت کنید. «دادرسی ایالتی» در کالیفرنیا «بخش دادرسی‌های دولتی» نامیده می‌شود. به‌منظور ثبت درخواست «دادرسی ایالتی»، آنطور که قابل‌اجرا است، به ... مراجعه کنید.*
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما بله بگوییم،** باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در طول 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما تأیید یا ارائه کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم، درخواست تجدیدنظر شما را به سازمان بررسی مستقل برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم.

مهلت‌هایی برای درخواست تجدیدنظر استاندارد وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای پوشش خدماتی که دریافت نکرده‌اید، به شما پاسخ دهیم.
- اگر درخواست شما برای یک داروی تجویزی بخش B از Medicare است که دریافت نکرده‌اید، ما پاسخ خود را **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر یا در صورت نیاز سلامتی‌تان زودتر به شما می‌دهیم.
  - اگر ظرف موعد معین‌شده به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را مجددا بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. *اگر مشکل شما مربوط به پوشش‌دهی یکی از خدمات یا کالاهای Mediaid است، خودتان می‌توانید در سریع‌ترین زمان ممکن درخواست «تجدیدنظر سطح 2 – دادرسی ایالتی» را نزد ایالت ثبت کنید. «دادرسی ایالتی» در کالیفرنیا «بخش دادرسی‌های دولتی» نامیده می‌شود. به‌منظور ثبت درخواست «دادرسی ایالتی»، آنطور که قابل‌اجراست، به ... مراجعه کنید*

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما بله بگوییم، باید در طول 30 روز تقویمی از تاریخی که درخواست تجدیدنظر شما را دریافت کرده‌ایم، یا در سریع‌ترین زمان ممکن است بسته به شرایط سلامتی شما و ظرف 72 ساعت از تاریخی که تصمیم‌مان را عوض کرده‌ایم، یا درصورتی‌که درخواست تجدیدنظر شما مربوط به داروهای تجویزی بخش B از طرح Medicare است در طول 7 روز تقویمی از تاریخی که درخواست شما دریافت کرده‌ایم، پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم تأیید یا ارائه کنیم.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** بگوییم، **حق تجدیدنظر بیشتر برای شما محفوظ است:**

- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما **منفی باشد**، نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما درباره پوشش‌دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medicare است، در نامه ارسالی به شما اطلاع می‌دهیم که پرونده شما برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 به واحد بررسی مستقل ارسال شده است.
- اگر مشکل شما مرتبط به پوشش‌دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medi-Cal است، در این نامه به شما اطلاع داده می‌شود می‌شود که چگونه شخصاً برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 اقدام کنید.

F4. درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر ما به بخشی یا به تمام موارد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، یک نامه برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه به شما می‌گوید که آیا معمولاً Medicare، Medi-Cal یا هر دو طرح، خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهند.

- اگر مشکل شما به خدمات یا اقلام طرح **Medicare** مربوط است، ما به‌صورت خودکار و به‌محض تکمیل درخواست تجدیدنظر سطح 1، پروندهٔ شما را برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که **Medi-Cal** معمولاً آن‌ها را پوشش می‌دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید. در نامه درباره نحوه انجام این کار به شما اطلاع داده می‌شود. همچنین در ادامه این فصل اطلاعات بیشتری را درج می‌کنیم. ما به‌طور خودکار برای خدمات یا موارد Medi-Cal درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای شما ارسال نمی‌کنیم.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا موردی است که ممکن است **Medicare و Medi-Cal** هر دو آن را پوشش دهند، به‌طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر سطح 2 با سازمان بررسی مستقل دریافت می‌کنید. شما همچنین می‌توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید.

اگر زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را ثبت کردید واجدشرایط ادامه مزایا بودید، مزایای شما برای خدمات، اقلام یا داروهای مورد تجدیدنظر ممکن است در سطح 2 نیز ادامه یابد. برای اطلاعات در مورد ادامه مزایای خود در طول درخواست تجدیدنظر سطح 1 به **بخش F3** مراجعه کنید.

- اگر مشکلتان مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولا فقط توسط Medicare پوشش داده می‌شود، در طول مراحل درخواست تجدیدنظر سطح 2 با واحد بررسی مستقل، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام ادامه نخواهد داشت.
- اگر مشکل شما در مورد سرویسی است که معمولاً فقط تحت‌پوشش Medi-Cal قرار می‌گیرد، اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ظرف 10 روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما ارسال کنید، مزایای شما برای آن سرویس ادامه می‌یابد.

هنگامی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medicare معمولاً پوشش می‌دهد

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. این سازمان مستقل توسط Medicare استخدام شده است.

نام رسمی «سازمان بررسی مستقل»، **«نهاد بررسی مستقل»** است که گاهی اوقات **IRE** نامیده می‌شود.

- این سازمان با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی نیست. Medicare این شرکت را به‌عنوان سازمان بررسی مستقل انتخاب کرد و Medicare بر کار آن‌ها نظارت دارد.
- ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما («مدارک پرونده» شما) را به این سازمان ارسال می‌کنیم. شما حق دارید یک نسخه رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید.
- شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات دیگری نیز برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظرتان در اختیار واحد بررسی مستقل قرار دهید.
- مسئولین بررسی در واحد بررسی مستقل به دقت اطلاعات مرتبط با درخواست تجدیدنظر شما را مورد بررسی قرار می‌دهند.

اگر تجدیدنظر سریع در سطح 1 داشتید، یک تجدیدنظر سریع در سطح 2 هم خواهید داشت.

- اگر تجدیدنظر سریع در سطح 1 داشتید، به‌طور خودکار یک تجدیدنظر سریع در سطح 2 خواهید داشت. سازمان بررسی مستقل باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهند.
- اگر درخواست شما برای یک کالا یا خدمات پزشکی است و سازمان بررسی مستقل نیاز به جمع آوری اطلاعات بیشتری دارد که ممکن است به نفع شما باشد، **ممکن است تا 14 روز تقویمی بیشتر طول بکشد**. اگر درخواست شما برای داروی تجویزی بخش B از Medicareباشد، سازمان بررسی مستقل نمی‌تواند زمان بیشتری را برای تصمیم‌گیری اختصاص دهد.

اگر تجدیدنظر استاندارد در سطح 1 داشتید، به‌طور خودکار یک تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 هم خواهید داشت.

- اگر درخواست تجدیدنظر استانداردی در سطح 1 داشتید، به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر استانداردی در سطح 2 دریافت می‌کنید.
- اگر درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی است، سازمان بررسی مستقل باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.
- اگر درخواست شما برای داروی تجویزی Medicare بخش B باشد، سازمان بازبینی مستقل باید **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.
- اگر درخواست شما برای یک کالا یا خدمات پزشکی است و سازمان بررسی مستقل نیاز به جمع آوری اطلاعات بیشتری دارد که ممکن است به نفع شما باشد، **ممکن است تا 14 روز تقویمی بیشتر طول بکشد**. اگر درخواست شما برای داروی تجویزی بخش B از Medicareباشد، سازمان بررسی مستقل نمی‌تواند زمان بیشتری را برای تصمیم‌گیری اختصاص دهد.

سازمان بررسی مستقل پاسخشان را به‌صورت مکتوب به شما می‌دهد و دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- **اگر Independent Review Organization به بخشی یا تمام درخواست اقلام یا خدمات پزشکی بله بگوید،** باید به سرعت تصمیم را اجرایی کنیم:
  - پوشش مراقبت‌های پزشکی را **ظرف 72 ساعت** تأیید کنیم یا
  - خدمات را **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل به **درخواست‌های استاندارد** ارائه دهیم یا
  - خدمات را **ظرف 72 ساعت** از تاریخی که تصمیم سازمان بررسی مستقل را به **درخواست‌های سریع** دریافت می‌کنیم، ارائه دهیم.
- اگر سازمان بازبینی مستقل به بخشی یا تمام درخواست داروی تجویزی Medicare بخش B **بله** بگوید، ما باید داروی تجویزی Medicare بخش B مورد اختلاف را مجاز یا ارائه کنیم:
  - **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل به **درخواست‌های استاندارد**، یا
  - **ظرف 24 ساعت** از تاریخی که تصمیم سازمان بررسی مستقل درخصوص **درخواست‌های سریع** را دریافت می‌کنیم.
- اگر Independent Review Organization به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما **نه** گفت، به این معنی است که آن‌ها موافقت می‌کنند که ما درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید نکنیم. به این پاسخ، «حمایت از تصمیم گرفته‌شده» یا «رد کردن درخواست تجدیدنظر شما» گفته می‌شود.
  - اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.
  - پس از سطح 2، سه سطح اضافی در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد که در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهند.
  - اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما رد شد و شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را دارید، باید تصمیم بگیرید که آیا به سطح 3 بروید و درخواست تجدیدنظر سومی را ارائه دهید یا خیر. جزئیات نحوه انجام این کار در اخطار کتبی که پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، آمده است.
  - یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 3، 4، و 5 تجدیدنظر به **بخش L** بروید.

هنگامی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد

دو روش برای ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2 در خصوص خدمات و اقلام طرح Medi-Cal وجود دارد: (1) تسلیم شکایت یا بررسی مستقل پزشکی یا (2) دادرسی ایالتی **(1) بررسی پزشکی مستقل**

می‌توانید شکایت یا بررسی مستقل پزشکی (IMR) را به سازمان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هماهنگ کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care, DMHC) تسلیم کنید. پس از ارائه شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی می‌کند و یک تصمیم نهایی می‌گیرد. IMR برای هرگونه خدمات یا اقلام پزشکی تحت‌پوشش Medi-Cal است. IMR یک بررسی درباره پرونده شما توسط پزشکانی است که بخشی از طرح ما یا بخشی از DMHC نیست. اگر تصمیم‌گیری IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را در اختیار شما قرار دهیم. IMR رایگان است.

در موارد زیر می‌توانید شکایت کنید یا برای IMR درخواست دهید:

- رد، ایجاد تغییرات یا وجود تأخیر در خدمات یا درمان Medi-Cal به دلیل این‌که طرح تصمیم گرفته باشد که آن خدمات یا درمان‌ها از نظر پزشکی ضرورتی ندارد.
- درمان آزمایشی یا تحقیقاتی Medi-Cal برای شرایط پزشکی جدی را پوشش نخواهد داد.
- هزینهٔ خدمات Medi-Cal اورژانسی یا فوری که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت نخواهد کرد.
- ظرف 30 روز تقویمی برای درخواست تجدیدنظر استاندارد و ظرف 72 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع، درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما دربارهٔ خدمات Medi-Cal را پاسخ نداده باشد.

توجه: اگر ارائه‌دهنده شما درخواست تجدیدنظر را برای شما ارائه دهد ولی فرم انتصاب نماینده را دریافت نکنیم، شما باید پیش از تسلیم IMR سطح 2 به ادارهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شده درخواست تجدیدنظر خود را ارائه کنید.

اگر قبلاً دادرسی ایالتی را در مورد همان موضوع پیگیری کرده‌اید، شما برای IMR و دادرسی ایالتی واجدشرایط نیستید.

در اکثر موارد، پیش از درخواست IMR باید درخواست تجدیدنظر خود را برای ما ارسال کنید. برای کسب اطلاعات درباره مراحل درخواست تجدیدنظر «مرحله 1»، به صفحه 200 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید به DMHC شکایت کنید یا از مرکز راهنمایی DMHC درخواست IMR نمایید.

اگر درمان شما رد شده باشد به این دلیل که آزمایشی یا تحقیقاتی بوده است، نباید پیش از درخواست برای IMR نسبت به ارائه درخواست تجدیدنظر خود اقدام کنید.

اگر مشکل شما فوریت پزشکی دارد یا تهدیدی فوری و جدی نسبت به سلامت شما باشد یا اگر درد شدید دارید، باید فوراً این مسئله را به اطلاع DMHC برسانید بدون این‌که ابتدا روال درخواست تجدیدنظر ما را دنبال کنید.

باید **ظرف 6 ماه** پس از دریافت نتیجه کتبی تصمیم‌گیری درباره درخواست تجدیدنظر خود، برای IMR اقدام کنید. ممکن است DMHC درخواست شما را پس از 6 ماه به دلیل موجه قبول کند از قبیل زمانی که به علت ابتلا به یک عارضه پزشکی قادر به ارائه درخواست برای IMR ظرف 6 ماه نبودید یا اعلامیه لازم و کافی را در مورد روال IMR از ما دریافت نکرده باشید.

جهت درخواست IMR:

- فرم درخواست/شکایت بررسی مستقل پزشکی را در وب‌سایت www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx پر کنید یا با مرکز راهنمایی DMHC با شماره‌تلفن 1-877-688-9891 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرند.
- نسخه نامه‌ها یا دیگر اسناد مربوط به خدمات یا اقلامی که ما رد کرده‌ایم (درصورتی‌که موجود است) را پیوست کنید. این کار به تسریع فرآیند IMR کمک می‌کند. نسخه‌های کپی اسناد را ارسال کنید، نه نسخه‌های اصلی را. مرکز راهنمایی نمی‌تواند مدارک را به شما عودت دهد
- اگر فرد دیگری در زمینه IMR به شما کمک می‌کند، «فرم دستیار مورد تأیید» را پر کنید. از طریق نشانی www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx یا تماس با مرکز راهنمایی این اداره با شماره‌تلفن 1-888-466-2219 می‌توانید این فرم را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.

- فرم‌ها و ضمائم آن را برای ما به نشانی‌های زیر پست یا فکس کنید:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
فکس: 916-255-5241

اگر واجدشرایط استفاده از IMR باشید، DMHC پرونده شما را بررسی می‌کند و ظرف 7 روز تقویمی نامه‌ای برای شما ارسال می‌کند و به شما اطلاع می‌دهد که صلاحیت استفاده از IMR را دارید. پس از این‌که درخواست و مدارک معتبر از طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما دریافت شد، تصمیم IMR ظرف 30 روز تقویمی اتخاذ خواهد شد. شما باید تصمیم IMR را در ظرف 45 روز تقویمی از تاریخ تسلیم درخواست کامل شده دریافت کنید.

اگر مشکل شما فوری است و صلاحیت استفاده از IMR را دارید، DMHC پرونده شما را بررسی می‌کند و ظرف 2 روز تقویمی نامه ای برای شما ارسال می‌کند و به شما اطلاع می‌دهد که صلاحیت استفاده از IMR را دارید. پس از این‌که درخواست و مدارک معتبر از طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما دریافت شد، تصمیم IMR ظرف 3 روز تقویمی اتخاذ خواهد شد. شما باید تصمیم IMR را در ظرف 7 روز تقویمی از تاریخ تسلیم درخواست کامل شده دریافت کنید. اگر از نتایج IMR راضی نیستید، می‌توانید همچنان درخواست برگزاری دادرسی ایالتی را داشته باشید.

اگر DMHC همه سوابق پزشکی موردنیاز را از طرف شما یا پزشک معالج دریافت نکند، IMR ممکن است بیشتر طول بکشد. اگر از پزشکی استفاده می‌کنید که در شبکه طرح سلامت‌تان نیست، مهم است که سوابق پزشکی را از آن پزشک دریافت کنید و برای ما ارسال کنید. لازم است نسخه‌هایی از سوابق پزشکی دریافتی از پزشکان حاضر در شبکه را در اختیار طرح سلامتتان قرار دهید.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما برای IMR واجدشرایط نیست، DMHC پرونده شما را از طریق روال شکایات عادی مصرف کنندگان بررسی خواهد کرد. به شکایت شما باید در ظرف 30 روز تقویمی از زمان تسلیم درخواست نامه پر شده رسیدگی شود. اگر شکایت شما جنبه فوری دارد، به آن زودتر رسیدگی خواهد شد.

(1) دادرسی ایالتی.

(2) دادرسی ایالتی

می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت‌پوشش Medi-Cal درخواست جلسه دادرسی کنید. درصورتی‌که پزشک یا ارائه‌دهنده شما تقاضای خدمات یا اقلامی که مورد تأیید ما نیست را داده باشد، یا ما هزینه خدمات یا موردی که از پیش داشته‌اید را دیگر پرداخت نکنیم و به تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی بدهیم، حق دارید درخواست رسیدگی ایالتی بدهید.

در اکثر موارد، پس از پست شدن اطلاعیه «حقوق شما دررابطه‌با دادرسی» به شما **120 روز فرصت دارید درخواست دادرسی ایالتی بدهید.**

توجه: اگر شما درخواست دادرسی ایالتی کردید، زیرا به شما گفته‌ایم که سرویس دریافتی توسط شما تغییر پیدا کرده یا متوقف خواهد شد، درصورتی‌که می‌خواهید به دریافت آن خدمات در طی فرآیند دادرسی ایالتی ادامه دهید، **برای ارسال درخواست روزهای کمتری فرصت دارید.** برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش «آیا مزایای من در طول درخواست‌های تجدیدنظر سطح 2 ادامه پیدا می‌کنند» در صفحه 202 مراجعه کنید.

دو روش برای درخواست دادرسی ایالتی وجود دارد:

1. می‌توانید «درخواست برای دادرسی ایالتی» را در پشت اعلامیه اقدام پر کنید. باید تمام اطلاعات درخواستی را ارائه کنید، مانند نام کامل، نشانی، شماره‌تلفن، نام طرح یا ایالتی که اقدام بر علیه آن انجام می‌گیرد، برنامه(های) کمکی شما و دلیلی کامل مبنی بر این‌که چرا می‌خواهید دادرسی برگزار شود. سپس می‌توانید درخواست خود را به یکی از این روش‌ها ارسال کنید:
   - دپارتمان رفاه شهرستان به نشانیی که روی اعلامیه درج شده است.
   - به بخش خدمات اجتماعی ایالت کالیفرنیا:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

   - بخش دادرسی‌های ایالتی به شماره فکس 916-651-5210 یا 916-651-2789
2. از طریق شماره 1-800-952-5253 می‌توانید با بخش خدمات اجتماعی ایالت کالیفرنیا تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر می‌خواهید درخواست دادرسی ایالتی را از طریق تلفن اعلام کنید، توجه داشته باشید که خطوط تلفن اکثر مواقع اشغال هستند.

دفتر دادرسی عادلانه تصمیم خود را به‌صورت کتبی به شما می‌دهد و دلایل را توضیح می‌دهد.

- اگر دفتر دادرسی عادلانه به بخشی یا تمام درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی **بله** بگوید، ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آن‌ها، مجوز یا ارائه خدمات یا مورد را ارائه کنیم.
- اگر دفتر دادرسی عادلانه به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید، به این معنی است که آن‌ها موافقت می‌کنند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید کنیم. به این پاسخ، «حمایت از تصمیم گرفته‌شده» یا «رد کردن درخواست تجدیدنظر شما» گفته می‌شود.

اگر تصمیم Independent Review Organization یا دفتر دادرسی عادلانه برای تمام یا بخشی از درخواست شما **خیر** باشد، شما حقوق تجدیدنظر بیشتری دارید.

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما به **واحد بررسی مستقل (IRE)** منتقل شده است، تنها در صورتی می‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر کنید که ارزش دلاری خدمات یا اقلام موردنیازتان یک مقدار حداقل خاص باشد. یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. **در نامه ای که از طرف سازمان بررسی مستقل دریافت می‌کنید، درباره حقوق دیگر شما در زمینه درخواست تجدیدنظر توضیح داده شده است.**

نامه ای که از دفتر دادرسی منصفانه دریافت می‌کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را شرح می‌دهد.

برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ حقوق خود در زمینهٔ تجدیدنظر در سطوح بالاتر از «سطح 2»، به **بخش L** مراجعه کنید.

F5. مشکلات مربوط به پرداخت

ما به ارائه‌دهندگان شبکه‌مان اجازه نمی‌دهیم هزینه خدمات تحت‌پوشش را از شما دریافت کنند. حتی اگر ما مبلغی کمتر از هزینه یکی از خدمات یا موارد تحت‌پوشش را به ارائه‌دهنده بپردازیم، این مسئله صدق می‌کند. در صورت دریافت صورت‌حساب، هرگز ملزم به پرداخت آن نیستید. تنها مبلغی که باید از شما درخواست شود، سهم‌تان از پرداخت مشترک برای *دسته داروهایی است که نیازمند پرداخت مشترک هستند*.

اگر صورت‌حسابی برای خدمات یا موارد تحت‌پوشش دریافت کردید، آن را برای ما ارسال کنید. **نباید خود شما صورت‌حساب را پرداخت کنید.** ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس می‌گیریم و این مشکل را بررسی می‌کنیم. اگر صورت‌حساب را پرداخت کنید، اگر قوانین دریافت خدمات یا کالا را رعایت کنید، می‌توانید مبلغ را پس بگیرید.

برای اطلاعات بیشتر به **فصل 7** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. این شرایطی را توضیح می‌دهد که ممکن است لازم باشد از ما بخواهید بازپرداخت یا صورت‌حسابی را که از یک ارائه‌دهنده دریافت کرده‌اید بپردازیم. همچنین درباره نحوه ارسال اسناد برای ما و درخواست برای پرداخت، توضیحاتی ارائه شده است.

اگر درخواست برگرداندن هزینه را دارید، در حقیقت درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی خدمات را دارید. ما بررسی می‌کنیم که آیا خدمات یا اقلامی که شما هزینه آن‌ها را پرداخت کرده‌اید، تحت‌پوشش بوده است یا خیر و بررسی می‌کنیم که آیا شما از تمام قوانین مربوط به استفاده از خدمات تحت‌پوشش پیروی کرده‌اید.

- اگر خدمات یا موردی که برای آن پرداخت کرده‌اید تحت‌پوشش باشد و تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما پرداخت را برای شما **یا** ارائه‌دهنده‌تان ارسال میکنیم *یا اگر طرح دارای تسهیم هزینه است، سهم خود* را از هزینه سرویس یا مورد ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان پرداخت خواهیم کرد. ارائه‌دهنده شما سپس هزینه را برای شما ارسال خواهد کرد.
- اگر هنوز هزینه آن خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده‌اید، ما این هزینه را مستقیماً برای ارائه‌دهنده ارسال خواهیم کرد. وقتی هزینه را پرداخت می‌کنیم، به این معنی است که به درخواست شما درباره تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی، پاسخ **مثبت** داده‌ایم.
- اگر خدمات یا اقلام تحت‌پوشش نباشند یا اگر شما از تمام قوانین پیروی نکرده باشید، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم و در آن توضیح می‌دهیم که به چه دلیل هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نخواهیم کرد.

اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت مخالف هستید، **میتوانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید.** روند تجدیدنظر توضیح داده شده در **بخش F3** را دنبال کنید. هنگامی که این دستورالعمل‌ها را دنبال می‌کنید، توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت هزینه‌ها توسط ما درخواست تجدیدنظر ارائه می‌کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست شما، پاسخگو باشیم.
- اگر از ما بخواهید برای مراقبت‌های پزشکی که دریافت کرده‌اید و هزینه آن‌ها را خودتان پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **خیر** باشد و **Medicare** معمولاً خدمات یا مورد را پوشش دهد، ما پرونده شما را به سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم. در صورت بروز چنین حالتی، از طریق نامه به شما اطلاع می‌دهیم.

- اگر سازمان بررسی مستقل تصمیمی برخلاف نظر ما داشته باشد و بگوید که باید هزینه را پرداخت کنیم، ما ظرف 30 روز تقویمی هزینه را برای شما یا برای ارائه‌دهنده تان ارسال می‌کنیم. اگر پاسخ به درخواست تجدیدنظر شما در هر سطحی بالاتر از سطح 2 **مثبت** باشد، باید مبلغ پرداختی شما را ظرف 60 روزِ تقویمی برای شما یا ارائه‌دهنده‌تان ارسال کنیم.
- اگر نظر سازمان بررسی مستقل درباره درخواست تجدیدنظر شما **منفی** باشد، به این معنی است که با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش درخواست شما موافقت کرده است. به این پاسخ، «حمایت از تصمیم گرفته‌شده» یا «رد کردن درخواست تجدیدنظر شما» گفته می‌شود. نامه‌ای دریافت می‌کنید که در آن حقوقی که ممکن است در زمینهٔ ارائهٔ درخواست تجدیدنظر بیشتر داشته باشید شرح داده شده‌اند. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطوح اضافی تجدیدنظر به **بخش L** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **خیر** است و **Medi-Cal** معمولاً خدمات یا کالاها را پوشش می‌دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید. ما به‌صورت خودکار درخواست تجدیدنظر سطح 2 را برای شما ثبت نمی‌کنیم. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **بخش F4** مراجعه کنید.

G. داروهای نسخه‌داربخش D از Medicare

مزایای شما به‌عنوان عضو از طرح ما شامل پوشش‌دهی بسیاری از داروهای تجویزی است. بسیاری از این داروها، داروهای بخش D از Medicare هستند. تعداد کمی از داروها هستند که در بخش D از Medicare تحت‌پوشش قرار نمی‌گیرند اما Medi-Cal آن‌ها را پوشش می دهد. **این بخش فقط به تجدیدنظر داروی‌های بخش D مربوط می‌شود.** در باقیماندهٔ این بخش به‌جای «داروهای بخش D» صرفاً از عبارت «دارو» استفاده می‌کنیم.

برای تحت‌پوشش قرار گرفتن، دارو باید برای یک نشانه پذیرفته شده پزشکی استفاده شود. این بدان معناست که این دارو توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تأیید شده است یا توسط مراجع پزشکی خاصی پشتیبانی می‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد یک نشانه پذیرفته شده پزشکی به **فصل 5** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G1. تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی داروهای بخش D و درخواست تجدیدنظر دربارهٔ تصمیمات

چند مثال در زمینهٔ تصمیم‌گیری‌ها دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات که می‌توانید برای داروهای بخش D، از ما درخواست کنید:

- شما از ما درخواست می‌کنید که استثناء قائل شویم، ازجمله این‌که از ما درخواست می‌کنید:
  - یکی از داروهای بخش D که در فهرست دارویی ما نیست را پوشش دهیم.
  - یکی از محدودیت‌های طرح‌مان در زمینهٔ پوشش را که به یکی از داروها مربوط می‌شود کنار بگذاریم (مانند محدودیت در مقداری که می‌توانید دریافت کنید)
- از ما می‌پرسید که آیا دارویی برای شما پوشش داده می‌شود یا خیر (مثل زمانی که داروی شما در فهرست دارویی طرح ما قرار دارد، اما ما از شما می‌خواهیم قبل از این‌که آن را برای شما پوشش دهیم، تأییدیه از ما دریافت کنید)

توجه: توجه اگر داروخانه‌تان به شما بگوید که نسخه‌تان را نمی‌تواند آنطور که نوشته شده است، بپیچد، داروخانه به شما اعلامیه‌ای کتبی می‌دهد که در آن توضیح می‌دهد چگونه برای درخواست تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی با ما تماس بگیرید.

تصمیم اولیه دربارهٔ پوشش‌دهی داروهای بخش D شما **«تعیین‌تکلیف پوشش‌دهی»** نامیده می‌شود.

- اگر از ما درخواست کنید که هزینه دارویی را که قبلاً خریده‌اید پرداخت کنیم، این درخواست به تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش هزینه‌ها مربوط است.

اگر با تصمیم مربوط به پوشش‌دهی از طرف ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم ما داشته باشید. در این بخش به شما گفته می‌شود که چطور می‌توانید برای تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی و تجدیدنظر دربارهٔ تصمیمات درخواست دهید. از نمودار زیر برای کمک استفاده کنید.

در کدامیک از این موقعیت‌ها قرار دارید؟			
ما به شما گفتیم که دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم یا هزینه‌ای برای آن پرداخت نمی‌کنیم.	آیا می‌خواهید ما هزینه دارویی را که قبلاً دریافت کرده و هزینه آن را نیز پرداخت کرده‌اید، به شما برگردانیم؟	آیا می‌خواهید ما دارویی را در فهرست دارو پوشش دهیم و فکر می‌کنید که از قوانین و محدودیت‌های موجود برای دریافت داروی موردنیاز (مانند دریافت تأییدیه قبلی) تبعیت کرده‌اید؟	آیا به دارویی نیاز دارید که در فهرست داروی ما نیست یا این‌که می‌خواهید ما قانون یا محدودیتی را دربارهٔ پوشش‌دهی دارویمان لغو کنیم؟
می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (این بدان معناست که از ما درخواست بررسی‌مجدد دارید.)	**می‌توانید از ما درخواست کنیدکه مبلغ را به شما عودت دهیم.** (این نوعی تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات است.)	**می‌توانید از ما درخواست کنید دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات تصمیم‌گیری کنیم.**	**از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم.** (این نوعی تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات است.)
به **بخش G5** مراجعه کنید.	به **بخش G4** مراجعه کنید.	به **بخش G4** مراجعه کنید.	با **بخش G2** شروع کنید، سپس به **بخش G3 و G4** مراجعه کنید.

G2. استثنائات بخش D

اگر دارویی را به‌روشی که می خواهید پوشش ندهیم، می‌توانید از ما درخواست کنید که «استثناء» قائل شویم. اگر درخواست شما برای پرداخت را رد کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر برای ما ارسال کنید.

هنگامی که درخواست مورد استثنا می‌کنید، پزشک شما یا دیگر تجویز کنندگان لازم است که دلایل پزشکی مبنی بر نیاز شما به این مورد استثنا را توضیح دهند.

درخواست برای پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست یا برای حذف یک محدودیت بر یک دارو، گاهی اوقات درخواست **«استثنای فرمولاری»** نامیده می‌شود.

در اینجا چند نمونه از موارد استثنا عنوان شده است که شما یا پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر می‌توانید از ما درخواست کنید:

1. **پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست**

- امکان استثناء قائل‌شدن در خصوص پرداخت مشترک هزینهٔ دارو وجود ندارد.

2. **حذف محدودیت برای داروی تحت‌پوشش**

- قوانین یا محدودیت‌های اضافی برای داروهای خاصی در فهرست دارویی ما اعمال می‌شود (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید).

- قوانین و محدودیت‌های بیشتر درباره پوشش‌دهی برخی از داروهای خاص عبارت‌اند از:
  - لزوم استفاده از نوع بدون‌مارک دارو به‌جای نوع مارک‌دار آن دارو.
  - دریافت تأییدیه قبلی پیش از موافقت ما با پوشش‌دهی داروی شما. به این مورد «تأییدیه قبلی» گفته می‌شود.
  - لزوم امتحان یک داروی دیگر پیش از این‌که ما با پوشش‌دهی داروی مورد نظرتان موافقت کنیم. به این حالت برخی‌مواقع «درمان مرحله‌ای» گفته می‌شود.
  - محدودیت در مقدار. برای بعضی از داروها، مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید را محدود کرده‌ایم.
- اگر ما با استثنایی برای شما موافقت کردیم و محدودیتی را کنار گذاشتیم، می‌توانید برای مبلغ پرداخت مشترکی که باید بپردازید درخواست استثناء قائل‌شدن کنید.

3. **تغییر پوشش دارو به ردهٔ پرداخت مشترک پایین‌تر.** تمامی داروهای موجود در فهرست داروی ما در یکی از رده‌های پرداخت مشترک هزینه قرار دارند. به‌طور کلی، هرچه عدد ردیف پرداخت مشترک پایین‌تر باشد، مقدار پرداخت مشترک موردنیاز شما کمتر است.

درخواست برای پرداخت قیمت کمتر برای یک داروی غیر ترجیحی تحت‌پوشش، گاهی اوقات درخواست «**استثنای فرمولاری**» نامیده.

- فهرست دارویی ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. به این موارد داروهای «جایگزین» گفته می‌شود.
- اگر یک داروی جایگزین برای وضعیت پزشکی شما در ردهٔ پایین‌تری نسبت به دارویی است که مصرف می‌کنید، می‌توانید از ما بخواهید آن را با مبلغ اشتراک هزینه داروی جایگزین پوشش دهیم. بدین‌ترتیب مبلغ پرداخت مشترک شما برای دارو کاهش می‌یابد.
  - اگر داویی که مصرف می‌کنید محصولی بیولوژیکی است، می‌توانید از ما درخواست کنید که با پایین‌ترین ردهٔ پرداخت مشترک برای جایگزین‌های محصولات بیولوژیکی برای شرایط شما آن را به‌صورت پرداخت مشترک پوشش دهیم.
  - اگر دارویی که مصرف می‌کنید دارویی مارک‌دار است، می‌توانید از ما درخواست کنید که با پایین‌ترین ردهٔ پرداخت مشترک برای جایگزین‌های داروی مارک‌دار برای شرایط شما آن را به‌صورت پرداخت مشترک پوشش دهیم.
  - اگر دارویی که مصرف می‌کنید دارویی بدون‌مارک است، می‌توانید از ما درخواست کنید پایین‌ترین ردهٔ پرداخت مشترک برای جایگزین داروهای بدون‌مارک برای شرایط شما آن را به‌صورت پرداخت مشترک پوشش دهیم.
- اگر ما درخواست شما درخصوص استثناء قائل‌شدن برای رده‌بندی را تأیید کنیم و بیش از یک ردهٔ پرداخت مشترک پایین‌تر با داروهای جایگزین وجود دارد که نمی‌توانید مصرف کنید، معمولاً کمترین مبلغ را پرداخت می‌کنید.

G3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست اعمال استثنا از آن‌ها مطلع باشید

پزشک شما یا هر تجویز کننده دیگری باید درباره دلایل پزشکی آن به ما توضیح دهد

پزشک شما یا هر تجویز کننده دیگری باید توضیح دهد که به چه دلایل پزشکی، مورد استثنا درخواست شده است. برای تصمیم‌گیری سریع‌تر، هنگامی که درخواست استثنا می‌کنید، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌های خود درج کنید.

فهرست دارویی ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. به این موارد داروهای «جایگزین» گفته می‌شود. اگر یک داروی جایگزین تأثیری دقیقاً مشابه دارویی را داشته باشد که شما درخواست کرد اید و عوارض جانبی بیشتری نیز ایجاد نکند یا مشکلات سلامتی ایجاد نکند، ما معمولاً درخواست شما برای اعمال مورد استثنا را **نمی‌پذیریم**. اگر از ما درخواست کنید برای رده‌بندی استثناء قائل شویم، ما معمولا درخواست شما را **نمی‌پذیریم**، مگر این‌که تمامی داروهای جایگزین در رده(های) پرداخت مشترک پایین‌تر برای شما موثر نباشند یا احتمالاً واکنش‌ها یا آسیب‌های دیگری را برای شما به‌دنبال داشته باشند.

ما می‌توانیم به درخواست شما برای اعمال استثنا پاسخ مثبت دهیم یا منفی.

- اگر پاسخ‌مان به درخواست اعمال استثنای شما **مثبت** باشد، این مورد استثنا معمولاً تا پایان همان سال بر قوت خود باقی است. این پاسخ تازمانی‌که پزشک‌تان آن دارو را برای شما تجویز کند و آن دارو همچنان ایمن و برای درمان شرایط شما موثر باشد به قوت باقی می‌ماند.
- اگر به درخواست استثنای شما **نه** بگوییم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر **نه** گفتیم، برای کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر به **بخش G5** مراجعه کنید.

در بخش بعدی به شما گفته می‌شود که چطور برای تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات درخواست دهید، و یک مورد استثناء هم بررسی خواهد شد.

G4. درخواست برای تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات، شامل یک استثنا

- با تماس با شماره‌تلفن 4627-665 (855)، ارسال نامه، یا ارسال فکس، برای نوعی از تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی خدمات درخواست دهید. شما یا نماینده خود و یا پزشک (یا تجویزکننده‌ای دیگر) می‌تواند این کار را انجام دهد. نام خود، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به مطالبه را درج کنید.
- شما یا پزشکتان (یا تجویزکننده‌ای دیگر) یا فردی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌تواند درخواست تصمیم‌گیری پوشش‌دهی را داشته باشد. همچنین می‌توانید از یک وکیل درخواست کنید تا از طرف شما اقدام کند.
- برای اطلاع از نحوه نامگذاری شخصی به‌عنوان نماینده خود به **بخش E3** مراجعه کنید.
- نیاز نیست به پزشک یا دیگر تجویزکنندهٔ داروهای‌تان مجوز دهید تا به‌نمایندگی از شما برای تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی خدمات درخواست دهد.
- اگر می‌خواهید درباره بازپرداخت هزینه دارو توسط ما به شما درخواست بدهید، به **فصل 7** *کتابچه راهنمای اعضا* خود مراجعه کنید.
- اگر درخواست استثناء قائل‌شدن دارید، «بیانیهٔ پشتیبان» را برای ما ارسال کنید. بیانیهٔ پشتیبان باید شامل دلایل پزشکی پزشک یا ارائه‌کنندهٔ دیگرتان برای درخواست استثناء قائل‌شدن باشد.
- پزشک شما یا تجویزکننده‌ای دیگر می‌تواند بیانیه پشتیبان را برای ما فکس کرده یا از طریق پست ارسال کند. آن‌ها می‌توانند از طریق تلفن به ما بگویند، و سپس بیانیه را فکس یا پست کنند.

اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید برای «تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی» درخواست دهید.

ما از «مهلت‌های زمانی استاندارد» استفاده می‌کنیم مگر این‌که موافقت کرده باشیم از «موعدهای زمانی سریع» استفاده کنیم.

- **تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش‌دهی** به این معنی است که شما ظرف 72 ساعت پس از این‌که ما بیانیه پزشک شما را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت خواهید کرد.
- **تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی** به این معنی است که شما ظرف 24 ساعت پس از این‌که ما بیانیه پزشک شما را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت خواهید کرد.

«تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی» **«تعیین‌تکلیف پوشش‌دهی تسریع‌شده»نامیده می‌شود.**

- تصمیم پوشش استاندارد دریافت می‌کنید درصورتی‌که:
  - این برای دارویی است که شما دریافت نکردید. اگر درخواست برگرداندن هزینه دارویی را دارید که قبلاً هزینه آن را خود شما پرداخت کرده‌اید، نمی‌توانید درخواست تصمیم‌گیری سریع دربارهٔ پوشش‌دهی داشته باشید.
  - اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامتی یا توانایی شما به‌طور جدی آسیب می‌بیند.

اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگری به ما بگوید که سلامت شما نیاز به یک تصمیم پوشش سریع دارد، ما موافقت می‌کنیم و آن را به شما می‌دهیم. ما نامه‌ای برای شما می‌فرستیم که به شما می‌گوید.

- اگر درخواست تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی را بدهید اما پزشکتان یا تجویزکننده دیگری از شما پشتیبانی نکند، ما تصمیم می‌گیریم که آیا این مورد را دریافت می‌کنید یا خیر.
- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم را برای تصمیم‌گیری سریع نسبت به پوشش‌دهی ندارد، به‌جای آن از یک موعد زمانی استاندارد استفاده خواهیم کرد.
  - ما نامه‌ای برای شما می‌فرستیم که به شما می‌گوید. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه از تصمیم ما شکایت کنید.
  - می‌توانید یک «شکایت سریع» ارائه کرده و ظرف 24 ساعت از پاسخ شکایت خود مطلع شوید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات، ازجمله شکایات سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

موعدهای معین‌شده برای تصمیم‌گیری سریع دربارهٔ پوشش‌دهی

- اگر ما از موعدهای زمانی سریع استفاده می‌کنیم، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست‌تان به شما پاسخگو باشیم. اگر استثنا بخواهید، ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیهٔ پشتیبان پزشک‌تان پاسخ‌مان را به شما می‌دهیم. اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر این موعد زمانی را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 به **فصل G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوییم، ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیهٔ پشتیبان پزشک شما پوشش را به شما می‌دهیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** بگوییم، طی نامه‌ای دلایل آن را به شما توضیح می‌دهیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

موعدهای معین‌شده برای تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش‌دهی برای دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- اگر ما از موعدهای زمانی استاندارد استفاده می‌کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما به شما پاسخگو باشیم. اگر استثنا بخواهید، ما ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیهٔ پشتیبان پزشک‌تان پاسخ‌مان را به شما می‌دهیم. اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر این موعد زمانی را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوییم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا اظهارنامه

حمایتی پزشکتان برای یک استثنا پوشش به شما تعلق می‌گیرد.

- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** بگوییم، طی نامه‌ای دلایل آن را به شما توضیح می‌دهیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

موعدهای معین‌شده برای تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش‌دهی برای هزینه دارویی که قبلاً آن را خریداری کرده‌اید.

- ما در مدت‌زمان 14 روز بعد از دریافت درخواست استیناف شما، پاسخ خواهیم داد.
- اگر این موعد زمانی را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوییم، ظرف 14 روز تقویمی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- **اگر** به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** بگوییم، طی نامه‌ای دلایل آن را به شما توضیح می‌دهیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

G5. درخواست تجدیدنظر سطح 1

درخواست تجدیدنظر در خصوص تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش داروهای بخش D، **«تعیین‌تکلیف مجدد»** طرح نامیده می‌شود.

- از طریق تماس با 4627-665 (855)، ارسال نامه، یا ارسال فکس برای ما، درخواست تجدیدنظر **استاندارد** یا **سریع** خود را ارائه دهید. شما یا نماینده خود و یا پزشک (یا تجویزکننده‌ای دیگر) می‌تواند این کار را انجام دهد. نام خود، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به ادعای خود را درج کنید.
- باید **ظرف 60 روز تقویمی** از تاریخ ارسال نامه و اعلام تصمیم ما، نسبت به درخواست تجدیدنظر اقدام کنید.
- اگر این موعد را از دست دهید و دلیل موجهی برای این امر داشته باشید، ممکن است ما زمان بیشتری جهت درخواست تجدیدنظر در اختیار شما قرار دهیم. مثال‌هایی از دلایل خوب مواردی هستند مانند این‌که شما یک بیماری جدی داشته‌اید یا اطلاعات اشتباهی دربارهٔ موعد زمانی به شما داده‌ایم. شما باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدیدنظر خود را توضیح دهید.
- شما حق دارید که از ما رونوشتی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا درخواست تجدیدنظر شما را تقویت کند.

اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید درخواست «بررسی سریع» داشته باشید.

درخواست تجدیدنظر سریع همچنین **«تعیین مجدد سریع»** نامیده می‌شود.

- اگر شما برای تصمیم ما دررابطه‌با دارویی که هنوز آن را دریافت نکرده‌اید درخواست تجدیدنظر کنید، شما و پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر باید تصمیم بگیرید که آیا به «تجدیدنظر سریع» نیاز است یا خیر.
- الزامات تجدیدنظر سریع با الزامات تصمیم‌گیری سریع دربارهٔ پوشش‌دهی یکسان هستند. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **بخش G4** مراجعه کنید.

ما به درخواست شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخمان را به شما می‌دهیم.

- ما مجدداً درخواست تجدیدنظر شما و اطلاعاتی که درباره درخواست پوشش‌دهی در اختیارمان قرار داده اید را به دقت بررسی می‌کنیم.
- بررسی می‌کنیم، که آیا هنگامی که به درخواست شما پاسخ **منفی** داده‌ایم، از قوانین پیروی کرده‌ایم یا خیر.
- ممکن است با شما یا پزشک‌تان یا تجویزکنندهٔ دیگر تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری دریافت کنیم.

موعدهای معین‌شده برای «تجدیدنظر سریع» در سطح 1

- اگر ما از موعدهای زمانی سریع استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما به شما پاسخگو باشیم.
- اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.
  - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوییم، باید پوششی را که با آن موافقت کرده‌ایم ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** بگوییم، نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

موعدهای مقرر برای «تجدیدنظر استاندارد» در سطح 1

- اگر از موعدهای زمانی استاندارد استفاده کنیم، باید **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید، پاسخ خود را به شما بدهیم.
- اگر دارو را دریافت نکردید و وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، تصمیم خود را زودتر به شما می‌دهیم. اگر بر اساس شرایط سلامت‌تان لازم است، می‌توانید درخواست «بررسی سریع» داشته باشید.
  - اگر ظرف 7 روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.
  - اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام آنچه درخواست کرده‌اید **مثبت باشد**:
- ما باید **پوششی را که توافق کرده‌ایم ارائه کنیم**، با سرعتی که سلامت شما ایجاب کند، **اما حداکثر تا 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، به شما ارائه دهیم.
- ما باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، **مبلغی** را برای دارویی که خریداری کرده‌اید برای شما ارسال کنیم.

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما **خیر** است:

- ما نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

- ما باید پاسخ خود را در مورد بازپرداخت دارویی که خریده‌اید **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظرتان به شما بدهیم.
  - اگر ظرف 14 روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوییم، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، مبلغ را به شما پرداخت کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** بگوییم، نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

G6. درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما **نه** بگوییم، می‌توانید تصمیم ما را بپذیرید یا تجدیدنظر دیگری کنید. اگر تصمیم دارید درخواست تجدیدنظر دیگری را ارائه دهید، از فرآیند تجدیدنظر سطح 2 استفاده می‌کنید. وقتی به اولین درخواست تجدیدنظر شما **نه** گفتیم، سازمان بررسی مستقل تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

نام رسمی «سازمان بررسی مستقل»، **«نهاد بررسی مستقل»** است که گاهی اوقات **IRE** نامیده می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نمایندهٔ شما، یا پزشک یا تجویزکنندهٔ دیگری باید **کتباً** با سازمان بررسی مستقل تماس گرفته و درخواست بررسی پرونده‌تان را داشته باشد.

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما **نه** بگوییم، نامه‌ای که برای شما ارسال می‌کنیم شامل **دستورالعمل‌هایی در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2** با Independent Review Organization است. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند که چه کسی می‌تواند درخواست تجدیدنظر سطح 2 را انجام دهد، از چه مهلت‌هایی باید پیروی کنید و چگونه به سازمان دسترسی پیدا کنید.
- هنگامی که شما درخواست تجدیدنظر به سازمان بررسی مستقل می‌کنید، ما اطلاعاتی را که در مورد درخواست تجدیدنظر شما داریم به سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «مدارک پرونده» نامیده می‌شوند. **شما حق دارید یک نسخه رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید**.
- شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات دیگری نیز برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظرتان در اختیار واحد بررسی مستقل قرار دهید.

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدیدنظر سطح 2 قسمت D شما را بررسی می‌کند و به‌صورت مکتوب به شما پاسخ می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بررسی مستقل به **بخش F4** مراجعه کنید.

موعدهای معین‌شده برای «تجدیدنظر سریع» در سطح 2

اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید درخواست «تجدیدنظر سریع» از طرف Independent Review Organization داشته باشید.

- اگر آن‌ها با درخواست تجدیدنظر سریع موافقت کنند، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهند.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگویند، ما باید **ظرف 24 ساعت** پس از تصمیم سازمان بررسی مستقل، پوشش دارویی تأیید شده را ارائه کنیم.

موعدهای معین‌شده برای «تجدیدنظر استاندارد» در سطح 2

اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دارید، سازمان بررسی مستقل باید به شما پاسخ:

- **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید.
- **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر برای بازپرداخت دارویی که خریداری کرده‌اید.

اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوید:

- ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل، پوشش دارویی تأیید شده را ارائه کنیم.
- ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل، هزینهٔ دارویی را که خریده‌اید به شما عودت دهیم.
  - اگر نظر سازمان بررسی مستقل درباره درخواست تجدیدنظر شما **منفی** باشد، به این معنی است که با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش درخواست شما موافقت کرده است. به این پاسخ، «حمایت از تصمیم گرفته‌شده» یا «رد کردن درخواست تجدیدنظر شما» گفته می‌شود.

اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما **نه** بگوید، اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید با حداقل ارزش دلاری مطابقت داشته باشد، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید کمتر از حداقل موردنیاز باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری داشته باشید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر سطح 2 نهایی است. سازمان بررسی مستقل نامه ای برای شما ارسال می‌کند که حداقل ارزش دلاری موردنیاز برای ادامه درخواست تجدیدنظر در سطح 3 را به شما می‌گوید.

اگر ارزش دلاری درخواست شما مطابق با الزامات باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد.
- اگر Independent Review Organization به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما **نه** بگوید و شما شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را داشته باشید، شما:
  - تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید.
  - برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3، به نامه ای که Independent Review Organization پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای شما ارسال کرده است، مراجعه کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر به **بخش ل** مراجعه کنید.

H. درخواست از ما برای پوشش‌دهی مدت‌زمان بستری بیشتر در بیمارستان

هنگامی که در بیمارستان بستری می‌شوید از این حق برخوردار هستید تا تمام خدمات بیمارستانی که ما تحت‌پوشش قرار می‌دهیم و برای تشخیص بیماری و درمان بیماری یا جراحت شما لازم است را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح ما، به **فصل 4** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در طول مدتی که در بیمارستان تحت‌پوشش هستید، پزشک شما و پرسنل بیمارستان با شما همکاری می‌کنند تا برای روز ترخیص از بیمارستان آماده شوید. آن‌ها همچنین هرگونه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی موردنیاز پس از خروج از بیمارستان را هماهنگ می‌کنند.

- روزی که از بیمارستان خارج می‌شوید «تاریخ ترخیص» شما نامیده می‌شود.
- پزشک شما یا پرسنل بیمارستان به شما می‌گویند که تاریخ ترخیص شما چه زمان است.

اگر فکر می‌کنید خیلی زود از شما خواسته می‌شود که بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت‌های خود پس از ترک بیمارستان هستید، می‌توانید درخواست بستری طولانی تری در بیمارستان کنید. در این بخش درباره نحوه ارائه این درخواست توضیح داده شده است.

H1. کسب اطلاعاتی درباره حقوق Medicare

ظرف دو روز پس از بستری شدن شما در بیمارستان، شخصی در بیمارستان، مانند یک پرستار یا کارمند پرونده، اخطار کتبی به نام **«پیام مهم Medicare درباره حقوق شما»** به شما خواهد داد. تمامی افرادی که عضو طرح Medicare هستند هنگام پذیرش در بیمارستان یک نسخه از این اعلامیه را دریافت می‌کنند.

اگر این اعلامیه را دریافت نکردید، از هرکدام از پرسنل بیمارستان بخواهید تا آن را در اختیار شما قرار دهد. در صورت نیاز به کمک، از طریق شماره‌تلفن‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید. شما می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- این اعلامیه را به دقت **مطالعه کنید** و اگر سؤالی دارید یا موردی را متوجه نمی‌شوید، بپرسید. این اخطار در مورد حقوق شما به‌عنوان یک بیمار در بیمارستان، ازجمله حقوق شما در موارد زیر به شما می‌گوید:
  - طی مدت‌زمان اسکان‌تان در بیمارستان یا پس از آن خدمات تحت‌پوشش Medicare را دریافت کنید. شما از این حق برخوردار هستید تا بدانید که چه خدماتی وجود دارد، چه کسی هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند و در کجا می‌توانید به آن‌ها دسترسی داشته باشید.
  - بخشی از هر تصمیم‌گیری باشید که درباره طول مدت بستری شدن در بیمارستان اتخاذ می‌شود.
  - از شیوه‌های گزارش‌دهی نگرانی‌های‌تان دربارهٔ کیفیت مراقبت‌درمانی بیمارستان‌تان مطلع باشید.
  - اگر فکر می‌کنید که بسیار زود از بیمارستان ترخیص شده‌اید، درخواست تجدیدنظر بدهید.
- **اعلامیه را امضا کنید** تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید و حقوقتان را می‌دانید.
  - شما یا شخصی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌تواند اعلان را امضا کنید.
  - امضای اعلامیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضاء به این معنی **نیست** که با تاریخ ترخیصی که ممکن است پزشک یا کارکنان بیمارستان به شما گفته باشند موافقت می‌کنید.
- رونوشت امضاءشده اعلامیه را نزد خود شما **نگه دارید** تا در صورت نیاز اطلاعات را داشته باشید.

اگر اعلامیه را زودتر از دو روز قبل از تاریخی که بیمارستان را ترک کرده‌اید امضاء کنید، قبل از این‌که ترخیص شوید یک نسخه دیگر از آن را دریافت می‌کنید.

شما می‌توانید از قبل یک نسخه از این اعلامیه را دریافت کنید اگر:

- با شماره‌تلفن‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید
- در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به www.cms.gov/Medicare/Medicare-General- Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مراجعه کنید.

H2. درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر می‌خواهید خدمات بستری شدن در بیمارستان را برای مدت‌زمان بیشتری تحت‌پوشش قرار دهیم، باید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید. یک سازمان بهبود کیفیت مسئول بررسی درخواست در مرحله 1 است تا بفهمد که آیا ترخیص طرح ریزی شده از بیمارستان برای شما از نظر پزشکی مناسب بوده است یا خیر.

سازمان بهبود کیفیت گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که دستمزد آن‌ها توسط دولت فدرال پرداخت می‌شود. این کارشناسان کیفیت را برای افراد دارای Medicare بررسی می‌کنند و به آن‌ها کمک می‌کنند. این متخصصین بخشی از طرح ما نیستند.

در ایالت کالیفرنیا، سازمان بهبود کیفیت «Livanta» نامیده می‌شود. با شماره‌تلفن 887-6668 (855)، شماره‌تلفن TTY: 711 تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اعلامیه «پیام مهم Medicare درباره حقوق شما» و در **فصل 2** آمده است.

پیش از ترک بیمارستان و پیش از تاریخ ترخیص خود با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید.

- **اگر قبل از خروج تماس بگیرید،** می‌توانید پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده خود بدون پرداخت هزینه در بیمارستان بمانید و منتظر تصمیم سازمان بهبود کیفیت در مورد درخواست تجدیدنظر خود باشید.
- **اگر برای ارائهٔ درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید** و تصمیم بگیرید که پس از تاریخ ترخیص همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم باشد که تمام هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دریافت‌شده در بیمارستان را پس از تاریخ ترخیص تعیین‌شده خودتان پرداخت کنید.
- **اگر موعد معین‌شده برای تماس** با سازمان بهبود کیفیت درباره درخواست تجدیدنظر را از دست بدهید، می‌توانید به‌جای آن درخواست تجدیدنظر را مستقیماً به طرح ما ارائه کنید. برای اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر به ما به **بخش G4** مراجعه کنید.
- چون اقامت‌های بیمارستانی تحت‌پوشش Medicare و Medi-Cal می‌باشند، اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما برای ادامه اقامت در بیمارستان را بررسی نکند یا شما عقیده دارید که وضعیت شما فوریست، یک تهدید فوری و جدی به سلامتی شما است یا درد شدید دارید، می‌توانید یک شکایت را تسلیم کرده و از اداره مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. برای آشنایی با نحوه ثبت شکایت و درخواست «بررسی پزشکی مستقل» از DMHC، لطفاً به بخش F4 در صفحه 181 مراجعه کنید.

در صورت نیاز، درخواست کمک کنید. اگر سؤالی دارید یا در هر زمانی نیاز به کمک دارید:

- با شماره‌تلفن‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید.
- همچنین می‌توانید با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) از طریق شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

یک بررسی سریع بخواهید. سریع اقدام کنید و با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا ترخیص از بیمارستان شما سریع بررسی شود.

اصطلاح حقوقی **«بازبینی سریع»**، **«بازبینی فوری»** یا **«بازبینی تسریع‌شده»** است.

در طول بررسی سریع چه اتفاقی می‌افتد؟

- مسئولین بررسی در سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش‌دهی باید پس از تاریخ ترخیص تعیین شده همچنان ادامه داشته باشد. شما لزومی به نوشتن بیانیه ندارید، اما اگر مایل باشید می‌توانید بنویسید.
- مسئولین بررسی نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می‌کنند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که بیمارستان و طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- تا ظهر روز بعد از این‌که بازبین‌ها برنامه ما را در مورد درخواست تجدیدنظر شما اعلام می‌کنند، اخطار دیگری دریافت خواهید کرد که دلیل آن را توضیح می‌دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان، و ما فکر می‌کنیم این تاریخ مناسب ترخیص است که از نظر پزشکی برای شما مناسب است.

اصطلاح حقوقی برای این توضیحات کتبی عبارت از **«اعلامیه مشروح ترخیص از بیمارستان»** است. می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا با شماره‌تلفن‌های پایین صفحه یا 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، نمونه دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره‌تلفن 1-877-486- 2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید اعلامیه را به‌صورت آنلاین در نشانی www.cms.gov/Medicare/Medicare-General- Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices. مشاهده کنید.

ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات موردنیاز، سازمان بهبود کیفیت پاسخ خود را به درخواست تجدیدنظر شما می‌دهد.

اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگویند:

- تازمانی‌که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت‌پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر سازمان ارتقای کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد:

- آن‌ها معتقدند تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بیمارستان بستری شما در ظهر روز بعد از پاسخگویی سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما به پایان می‌رسد.

- ممکن است مجبور شوید کل هزینهٔ خدمات بیمارستانی دریافتی از ظهر روزی که سازمان بهبود کیفیت تصمیم‌شان را به شما می‌دهند، خودتان پرداخت کنید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد **و** شما پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود در بیمارستان بمانید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ارائه دهید.

H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بیندازد. از طریق شماره‌تلفن 1123-588 (877) با آن‌ها تماس بگیرید.

درخواست برای تجدیدنظر سطح 2 را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از زمانی انجام دهید که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داده باشد. **فقط** در صورتی می‌توانید برای این بررسی مجدد درخواست دهید که پس از تاریخ اتمام پوشش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در بیمارستان بمانید.

بررسی‌کنندگان سازمان بهبود کیفیت قرار است:

- نگاه دقیق دیگری به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود بیندازید.
- تصمیمشان را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست‌تان برای بررسی دوم به شما بگویند.

اگر سازمان بررسی کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- ما باید سهم خودمان از خدمات بیمارستانی را از ظهر روز بعد از روزی که سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد، به شما پس دهیم.
- تازمانی‌که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت‌پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر سازمان بازبینی کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما **خیر** بگوید:

- آن‌ها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی‌دهند.
- آن‌ها طی نامه‌ای به شما می‌گویند که برای ادامهٔ روند تجدیدنظر و درخواست تجدیدنظر سطح 3 چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- شما همچنین می‌توانید دررابطه‌با ادامه اقامت در بیمارستان، به DMHC شکایت کرده یا برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. جهت آگاهی از نحوه تسلیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 114 مراجعه کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر به **بخش L** مراجعه کنید.

H4. نحوهٔ درخواست تجدیدنظر سطح 1 جایگزین

مهلت تماس با سازمان بهبود کیفیت برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 ظرف 60 روز یا حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از بیمارستان است. اگر موعد معین‌شده برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 را از دست دادید، می‌توانید از فرآیند «درخواست تجدیدنظر جایگزین» استفاده کنید.

از طریق شماره‌تلفن‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و از ما بخواهید تا تاریخ ترخیص از بیمارستان خود را «بازبینی سریع» کنیم.

اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع»، «تجدیدنظر سریع» یا **«تجدیدنظر تسریع‌شده»** است.

- ما تمام اطلاعات در خصوص بستری شدن شما در بیمارستان را مورد بررسی قرار می‌دهیم.
- ما بررسی می‌کنیم که آیا تصمیم اول منصفانه بوده است و از قوانین پیروی می‌کند یا خیر.
- ما از مهلت‌های سریع به‌جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست شما برای بررسی سریع به شما می‌دهیم.

اگر به درخواست سریع شما **بله** بگوییم:

- ما موافقیم که شما باید بعد از تاریخ ترخیص در بیمارستان باشید.
- تازمانی‌که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت‌پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.
- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش‌دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.

اگر به درخواست تجدیدنظر سریع شما **نه** بگوییم:

- ما موافقت می‌کنیم که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.
- پوشش ما برای خدمات بیمارستانی برای بستری شدن در همان روزی تمام می‌شود که اعلام کرده بودیم پوشش‌دهی خدمات تمام خواهد شد.
- ما پرداخت هر سهمی از این هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را متوقف می‌کنیم.
- اگر همچنان در بیمارستان بمانید، شاید مجبور شوید کل هزینهٔ خدماتی را که پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده دریافت کرده‌اید خودتان پرداخت کنید.
- ما درخواست شما را برای سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم تا مطمئن شویم که همه قوانین را رعایت کرده‌ایم. وقتی این کار را انجام می‌دهیم، پرونده شما به‌طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 می‌رود.

H5. نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 جایگزین

ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 24 ساعت پس از ارائه پاسخ **خیر** به درخواست تجدیدنظر سطح 1شما، برای Independent Review Organization ارسال می‌کنیم. ما این کار را به‌صورت خودکار انجام می‌دهیم. لازم نیست کار خاصی انجام دهید.

اگر فکر می‌کنید که ما نمی توانیم این موعد یا سایر موعدها را رعایت کنیم، می‌توانید شکایتی را ارائه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات به **بخش K** مراجعه کنید.

Independent Review Organization یک بررسی سریع در مورد درخواست شما انجام می‌دهد. آن‌ها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان را با دقت بررسی می‌کنند و معمولاً در طول 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش‌دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.
- تازمانی‌که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت‌پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید:

- ما موافقت می‌کنیم که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.
- آن‌ها طی نامه‌ای به شما می‌گویند که برای ادامهٔ روند تجدیدنظر و درخواست تجدیدنظر سطح 3 چه کاری می‌توانید انجام دهید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر به **بخش L** مراجعه کنید.

شما همچنین می‌توانید دررابطه‌با ادامه اقامت در بیمارستان، به DMHC شکایت کرده و برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. جهت آگاهی از نحوه تسلیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش F4 در صفحه 181 مراجعه کنید. شما می‌توانید در کنار تجدیدنظر سطح 3 یا به‌جای آن، برای بررسی پزشکی مستقل درخواست دهید.

I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی

این بخش فقط در مورد سه نوع از خدماتی است که ممکن است دریافت کنید:

- ارائه‌کنندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی

مراقبت در آسایشگاه‌های تخصصی

- مراقبت توان‌بخشی که شما به‌عنوان بیمارِ سرپایی در خدمات توان‌بخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) مورد تأیید Medicare دریافت می‌کنید. معمولاً این بدان معنی است که شما در حال دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برای یک بیماری یا حادثه هستید یا این‌که شما در حال بهبود از یک عمل جدی و سخت هستید.

با هرکدام از این سه نوع مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، شما از این حق برخوردار هستید تا همچنان خدمت تحت‌پوشش را تازمانی‌که از نظر پزشکتان ضروری باشد، دریافت کنید.

وقتی تصمیم می‌گیریم پوشش‌دهی هر یک از این موارد را متوقف کنیم، باید **قبل** از اتمام خدمات‌تان به شما اطلاع دهیم. هرگاه پوشش شما برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خاصی تمام شود، ما دیگر هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما را پرداخت نخواهیم کرد.

اگر فکر می‌کنید که ما پوشش‌دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، **می‌توانید درخواست دهید دربارهٔ تصمیم‌مان تجدیدنظر کنیم**. در این قسمت به شما گفته می‌شود که چطور می‌توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید.

I1. اطلاعیه قبلی، قبل از اتمام پوشش شما

ما یک اخطار کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که حداقل دو روز قبل از این‌که هزینه مراقبت شما را متوقف کنیم، دریافت خواهید کرد. این موضوع با عنوان «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» شناخته می‌شود. در این اعلامیه کتبی به شما اطلاع داده می‌شود که چه زمان مراقبت از شما را متوقف می‌کنیم و نحوه تجدیدنظر در مورد این تصمیم.چگونه است.

شما یا نماینده خود باید اعلامیه کتبی را امضا کنید تا نشان‌دهید که آن را دریافت کرده‌اید. امضای اعلامیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا به این معنی **نیست** که شما با تصمیم ما موافق هستید.

I2. درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر فکر می‌کنید که ما پوشش‌دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، می‌توانید درخواست دهید دربارهٔ تصمیم‌مان تجدیدنظر کنیم. این بخش در مورد فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 1 و کارهایی که باید انجام دهید به شما می‌گوید.

- **از موعدهای معین‌شده پیروی کنید.** موعدها مهم هستند. موعدهای معین‌شده برای کارهایی که باید انجام دهید را درک کنید و از آن‌ها پیروی کنید. طرح ما نیز باید از موعدهای معین‌شده تبعیت کند. اگر فکر می‌کنید که ما ازمهلت‌های معین‌شده پیروی نمی‌کنیم، می‌توانید شکایتی را ارائه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات به **بخش K** مراجعه کنید.
- **در صورت نیاز، درخواست کمک کنید.** اگر سؤالی دارید یا در هر زمانی نیاز به کمک دارید:
  - با شماره‌تلفن‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید.
  - همچنین می‌توانید از طریق شماره 1-800-434-0222 با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید.
- **با سازمان بهبود کیفیت (QIO) تماس بگیرید.**
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO و نحوه تماس با آن‌ها به **بخش H2** مراجعه کنید یا به **فصل 2** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - از آن‌ها بخواهید درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و تصمیم بگیرند که تصمیم طرح ما را تغییر دهند یا خیر.
- **سریعاً وارد عمل شوید و درخواست تجدیدنظر سریع کنید.** از سازمان بهبود کیفیت بپرسید که آیا از نظر پزشکی مناسب است که ما به پوشش‌دهی خدمات پزشکی شما پایان دهیم یا خیر.

موعد معین‌شده برای شما جهت تماس با این سازمان

- شما باید با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر خود را تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم الاجرا شدن در اعلان عدم پوشش Medicare که برای شما ارسال کردیم، شروع کنید.
- اگر موعد تعیین‌شده برای تماس با سازمان بهبود کیفیت درباره درخواست تجدیدنظر را از دست دادید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر را مستقیماً برای ما ارسال کنید. برای جزئیات در مورد نحوه انجام این کار، به **بخش I4** مراجعه کنید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما برای ادامه پوشش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما را بررسی نکند یا شما عقیده دارید که وضعیت شما فوریست، یک تهدید فوری و جدی به سلامتی شما است یا درد شدید دارید، می‌توانید یک شکایت را تسلیم کرده و از اداره مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. جهت آگاهی از نحوه تسلیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش F4 در صفحه 181 مراجعه کنید.

اصطلاح حقوقی برای اعلامیه کتبی عبارت از **«اعلامیه Medicare درباره عدم پوشش‌دهی»** است. جهت دریافت یک نسخهٔ کپی، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته می‌توانید از طریق شماره‌تلفن‌های پایین صفحه با خدمات اعضا یا از طریق اطلاعات تماس (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا می‌توانند نسخه آنلاینی را از این نشانی دریافت کنند: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

در طول درخواست تجدیدنظر سریع چه اتفاقی می‌افتد

- مسئولین بررسی سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش‌دهی برای خدمات باید ادامه داشته باشد. شما لزومی به نوشتن بیانیه ندارید، اما اگر مایل باشید می‌توانید بنویسید.
- مسئولین بررسی نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می‌کنند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- طرح ما همچنین یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کند که دلایل ما برای پایان دادن به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. شما این اخطار را تا پایان روزی دریافت می‌کنید که بازبین‌ها از درخواست تجدیدنظر شما به ما اطلاع می‌دهند.

اصطلاح قانونی توضیح اخطار عبارت از **«توضیح تفصیلی عدم پوشش»** است.

- داوران تصمیم خود را در طول یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات موردنیاز به شما می‌گویند.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- ما همچنان و تازمانی‌که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات بیمارستان را پوشش می‌دهیم.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید:

- پوشش شما در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
- ما پرداخت سهم خود از هزینه‌های این مراقبت را در تاریخ مندرج در اعلامیه متوقف می‌کنیم.
- اگر تصمیم داشته باشید پس از پایان پوشش خود به مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری ماهر، یا خدمات مرکز توان‌بخشی جامع سرپایی (CORF) ادامه دهید، هزینه کامل این مراقبت را باید خودتان بپردازید.
- شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید این خدمات را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه دهید.

I3. درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بیندازد. از طریق شماره‌تلفن 1123-588 (877) با آن‌ها تماس بگیرید.

درخواست برای تجدیدنظر سطح 2 را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از زمانی انجام دهید که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داده باشد. **تنها** در صورتی می‌توانید درخواست این بررسی را داشته باشید که همچنان پس از تاریخ پایان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، خدمات را دریافت می‌کنید.

بررسی‌کنندگان سازمان بهبود کیفیت قرار است:

- نگاه دقیق دیگری به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود بیندازید.
- تصمیمشان را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست‌تان برای بررسی دوم به شما بگویند.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش‌دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.
- تازمانی‌که از لحاظ پزشکی لازم باشد ما همچنان پوشش‌دهی خدمات را در مورد شما ادامه می‌دهیم.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید:

- آن‌ها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آن‌ها طی نامه‌ای به شما می‌گویند که برای ادامهٔ روند تجدیدنظر و درخواست تجدیدنظر سطح 3 چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- شما می‌توانید دررابطه‌با ادامه پوشش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود، شکایتی را به DMHC تسلیم کرده و برای بررسی پزشکی مستقل درخواست کنید. جهت آگاهی از نحوه درخواست از DMHC برای بررسی پزشکی مستقل، به بخش F4 در صفحه 181 مراجعه کنید. شما می‌توانید در کنار تجدیدنظر سطح 3 یا به‌جای آن، شکایتی را تسلیم کرده یا برای بررسی مستقل پزشکی درخواست دهید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر به **بخش L** مراجعه کنید.

I4. نحوهٔ درخواست تجدیدنظر سطح 1 جایگزین

همان‌طور که در **بخش I2** توضیح داده شد، باید سریعا اقدام کنید و با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را شروع کنید. اگر موعد تعیین‌شده را از دست دادید، می‌توانید از فرایند «تجدیدنظر جایگزین» استفاده کنید.

از طریق شماره‌تلفن‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و «بررسی سریع» را از ما درخواست کنید.

اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع»، «تجدیدنظر سریع» یا **«تجدیدنظر تسریع‌شده»** است.

- ما تمام اطلاعات مربوط به پرونده شما را بررسی می‌کنیم.
- هنگام تعیین تاریخ پایان‌دهی پوشش خدمات شما، اولین تصمیم را بررسی می‌کنیم آیا منصفانه بوده و از تمام قوانین پیروی کرده است.
- ما از مهلت‌های سریع به‌جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست شما برای بررسی سریع به شما می‌دهیم.

اگر به درخواست سریع شما **بله** بگوییم:

- ما موافقت می‌کنیم که شما به خدمات برای مدت طولانی‌تری نیاز دارید.
- ما همچنان و تازمانی‌که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات بیمارستان را پوشش می‌دهیم.
- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش‌دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.

اگر به درخواست تجدیدنظر سریع شما **نه** بگوییم:

- پوشش ما برای این خدمات در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
- ما پرداخت هر سهمی از این هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را متوقف می‌کنیم.
- اگر پس از تاریخی که به شما گفتیم پوشش ما به پایان می‌رسد، به دریافت آن‌ها ادامه دهید، هزینه کامل این خدمات را حودتان می‌پردازید.
- ما درخواست شما را برای سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم تا مطمئن شویم که همه قوانین را رعایت کرده‌ایم. وقتی این کار را انجام می‌دهیم، پرونده شما به‌طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 می‌رود.

I5. نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 جایگزین

در طول تجدیدنظر سطح 2،

ما اطلاعات درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 24 ساعت پس از نه گفتن به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما برای سازمان بررسی مستقل ارسال می کنیم. ما این کار را به‌صورت خودکار انجام می‌دهیم. لازم نیست کار خاصی انجام دهید.

اگر فکر می‌کنید که ما نمی توانیم این موعد یا سایر موعدها را رعایت کنیم، می‌توانید شکایتی را ارائه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات به **بخش K** مراجعه کنید.

Independent Review Organization یک بررسی سریع در مورد درخواست شما انجام می‌دهد. آن‌ها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان را با دقت بررسی می‌کنند و معمولاً در طول 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش‌دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.
- تازمانی‌که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت‌پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید:

- آن‌ها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آن‌ها طی نامه‌ای به شما می‌گویند که برای ادامهٔ روند تجدیدنظر و درخواست تجدیدنظر سطح 3 چه کاری می‌توانید انجام دهید.

شما می‌توانید دررابطه‌با ادامه پوشش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود، شکایتی را به DMHC تسلیم کرده و برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. لطفاً جهت کسب اطلاعات لازم به بخش F4 در صفحهٔ 181 مراجعه کنید.

نحوهٔ درخواست از DMHC برای انجام بررسی پزشکی مستقل. شما می‌توانید در کنار تجدیدنظر سطح 3 یا در کنار آن، شکایتی را تسلیم کرده یا برای بررسی مستقل پزشکی درخواست دهید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر به **بخش L** مراجعه کنید.

L. درخواست بررسی فراتر از سطح 2

L1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare

اگر درخواست بررسی سطح 1 و 2 را برای خدمات یا اقلام Medicare ارائه کنید و هر دو مورد رد شود، ممکن است از این حق برخوردار باشید تا سطوح اضافی درخواست بررسی را دنبال کنید.

اگر ارزش دلاری خدمات Medicare یا موردی که درخواست کرده‌اید با حداقل مبلغ دلاری مطابقت نداشته باشد، دیگر نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر ارزش دلاری به اندازه کافی بالا باشد، می‌توانید روند تجدیدنظر را ادامه دهید. در نامه‌ای که از سازمان بررسی مستقل برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید توضیح داده شده است که برای درخواست تجدیدنظر سطح 3 با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

درخواست تجدیدنظر سطح 3 شامل دادرسی عادلانه ایالتی توسط قاضی (ALJ) است. شخصی که تصمیم می‌گیرد، یک ALJ یا یک وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید، ما حق داریم در مورد تصمیم سطح 3 که برای شما مطلوب است تجدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم به **تجدیدنظرخواهی** در مورد تصمیم را بگیریم، یک نسخه از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را به همراه هر گونه اسناد همراه برای شما ارسال می‌کنیم. ممکن است قبل از صدور مجوز یا ارائه خدمات مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.
- اگر تصمیم گرفتیم که این تصمیم را مورد **تجدیدنظر قرار ندهیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا قاضی وکیل، یا مجوز دریافت این خدمات یا خود این خدمات را به شما ارائه بدهیم.
- اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما را خاتمه می‌دهد، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظر Medicare یا (Medicare Appeals Council) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر سطح 4 شما **بله** بگوید یا درخواست ما برای بررسی یک تصمیم تجدیدنظر سطح 3 را که به نفع شما است رد کند، ما حق داریم به سطح 5 تجدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم به **تجدیدنظرخواهی** در مورد تصمیم را گرفتیم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم گرفتیم که تصمیم را **مورد تجدیدنظر قرار ندهیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورا به شما مجوز خدمات را بدهیم یا خدمات را به شما ارائه دهیم.

اگر شورا بگوید **نه** یا درخواست بررسی ما را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم را **بپذیرید** که به اعتراض شما خاتمه می‌دهد، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر شما و همهٔ اطلاعات را بررسی می‌کند و پاسخ **بله** یا **خیر** می‌دهد. این تصمیم در واقع تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

J2. درخواست‌های تجدیدنظر بیشتر Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما در مورد خدمات یا مواردی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، حقوق تجدیدنظر دیگری نیز دارید. نامه‌ای که از دفتر دادرسی منصفانه دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید، چه کاری انجام دهید.

J3. درخواست تجدیدنظر در سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست داروهای بخش D

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 را ارائه کرده باشید و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده باشد، ممکن است این بخش برای شما مناسب باشد.

اگر ارزش دارویی که درخواست دادید به مقدار دلاری مشخصی برسد، ممکن است بتوانید به سطوح دیگر درخواست تجدیدنظر بروید. پاسخ کتبی که به درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بخواهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

درخواست تجدیدنظر سطح 3 شامل دادرسی عادلانه ایالتی توسط قاضی (ALJ) است. شخصی که تصمیم می‌گیرد، یک ALJ یا یک وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما **بله بگوید:**

- روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجوز یا ارائه پوشش دارویی تأیید شده را بدهیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

- اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما را خاتمه می‌دهد، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظر Medicare یا (Medicare Appeals Council) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجوز یا ارائه پوشش دارویی تأیید شده را بدهیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما را خاتمه می‌دهد، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر شما و همهٔ اطلاعات را بررسی می‌کند و پاسخ **بله** یا **خیر** می‌دهد. این تصمیم در واقع تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

K. نحوه طرح شکایت

K1. دررابطه‌با چه مشکلاتی باید شکایت کرد؟

مراحل شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات، ازجمله مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، مدت‌زمان انتظار، هماهنگی مراقبت‌ها و خدمات مشتری مورد استفاده قرار می‌گیرند. در اینجا نمونه‌هایی از مشکلاتی که در مراحل ارائه شکایت به آن‌ها رسیدگی می‌شود، ارائه شده اند.

شکایت:	مثال
کیفیت مراقبت پزشکی شما	• اگر از کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی رضایت ندارید، مانند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که در بیمارستان دریافت می‌کنید.
احترام گذاشتن به حریم خصوصی شما	• شما فکر می‌کنید که شخصی به حق شما برای حفظ حریم خصوصی احترام نمی‌گذارد یا اطلاعات محرمانه ای را درباره شما به اشتراک گذاشته است.
بی احترامی، خدمات ضعیف به مشتری یا سایر رفتارهای منفی	• اگر یک ارائه‌دهنده خدمات یا کارکنان برخوردی خشن یا غیرمحترمانه با شما داشته‌اند. • برخورد کارکنان ما با شما بد بود. • اگر فکر می‌کنید که به اجبار از طرح بیرون شده‌اید.
دسترسی و کمک زبانی	• شما نمی‌توانید به‌طور فیزیکی به خدمات و مراکز مراقبت‌های بهداشتی در مطب پزشک یا ارائه‌دهنده دسترسی داشته باشید. • پزشک یا ارائه‌دهنده شما مترجم برای زبان غیرانگلیسی شما (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) ارائه نمی‌دهد. • ارائه‌دهنده شما سایر تسهیلات معقول موردنیاز و درخواست را به شما ارائه نمی‌دهد.
زمان‌های انتظار	• اگر برای تنظیم قرار ملاقات مشکل داشته‌اید یا مدت‌زمان زیادی در انتظار بوده‌اید. • پزشکان، داروسازان، یا سایر متخصصان بهداشت، خدمات اعضا، یا سایر کارکنان برنامه، شما را برای مدت طولانی منتظر می‌گذارند.
پاکیزگی	• اگر فکر می‌کنید که درمانگاه، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نبوده است.
اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید	• اگر فکر می‌کنید که ما اعلامیه یا نامه ای که لازم بوده است را برایتان ارسال نکرده‌ایم. • اگر فکر می‌کنید که اطلاعات کتبی که برایتان ارسال کرده‌ایم به‌سختی قابل فهم بوده اند.
وقت‌شناس بودن مربوط به تصمیمات پوشش یا تجدیدنظر	• اگر فکر می‌کنید که در تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی یا پاسخگویی به درخواست تجدیدنظر شما به مهلت‌های زمانی مقرر پایبند نبوده‌ایم. • اگر فکر می‌کنید که پس از دریافت نتیجه مربوط به پوشش‌دهی یا درخواست تجدیدنظر، از مهلت‌های معین‌شده برای تأیید یا ارائه خدمات یا برگرداندن هزینه برخی خدمات پزشکی به شما پیروی نمی‌کنیم. • معتقدید ما پرونده شما را به‌موقع برای سازمان بررسی مستقل نفرستادیم.

انواع مختلفی از شکایات وجود دارد. شما می‌توانید یک شکایت داخلی و/یا یک شکایت خارجی انجام دهید. یک شکایت داخلی توسط طرح ما ایجاد و بررسی می‌شود. یک شکایت خارجی توسط سازمانی که به طرح ما ارتباطی ندارد ایجاد و بررسی می‌شود. اگر برای شکایت داخلی و/یا خارجی به کمک نیاز دارید، از طریق این شماره‌ها می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید: 4627-665 (855)، شماره‌تلفن TTY:711

اصطلاح حقوقی برای «شکایت»، **«تسلیم شکایت»** است.

نام رسمی برای «شکایت کردن»، **«تسلیم شکایت»** است.

K2. شکایت‌های داخلی

برای طرح شکایت داخلی، از طریق این شماره‌ها می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید: 4627-665 (855)، شماره‌تلفن TTY:711. شما در هر زمان می‌توانید شکایت خود را تسلیم کنید، مگر این‌که این شکایت دررابطه‌با یک داروی بخش D باشد. اگر شکایت مربوط به داروی بخش D می‌باشد، باید **ظرف 60 روز تقویمی** پس از وقوع مشکلی که می‌خواهید در مورد آن شکایت کنید ارائه شوند.

- اگر اقدام دیگری از سوی شما لازم باشد، خدمات اعضا به شما می‌گوید.
- شما می‌توانید شکایت خود را نوشته و برای ما ارسال کنید. در صورت ارسال شکایت خود به‌طور کتبی، ما پاسخ آن را به‌صورت مکتوب ارسال می‌کنیم.
- فقط در مواردی امکان حل‌وفصل شکایت‌ها به‌صورت شفاهی وجود دارد که شکایت‌ها به اختلاف بر سر پوشش‌دهی و اختلاف بر سر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مرتبط با فوریت پزشکی یا درمان آزمایشی/تحقیقاتی مربوط نشود، و شکایت‌ها با بسته‌شدن کسب‌وکار در روز بعد حل‌وفصل شود. همهٔ انواع شکایت‌های دیگر، به شفاهی و چه کتبی، باید به‌صورت کتبی تصدیق شوند و به آن‌ها پاسخ داده شود. از طریق شماره 665-0898 (800)، شماره‌تلفن TTY: 711، در 7 روز هفتخ از ساعت 8 صبح تا ساعت 8 بعدازظهر به‌وقت محلی، می‌توانید با ما تماس بگیرید؛ یا به این نشانی نامه بزنید:
Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, شمارهٔ فکس: 0610-499 (562).

اصطلاح حقوقی برای «شکایت سریع»، **«تسلیم شکایت تسریع‌شده»** است.

اگر امکان داشته باشد فوراً به شما پاسخ می‌دهیم. اگر دررابطه‌با یک شکایت با ما تماس می‌گیرید، ممکن است بتوانیم در همان تماس تلفنی به شما پاسخ دهیم. اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم است که ما فوراً پاسخگو باشیم، این کار را انجام خواهیم داد.

- ما اکثر شکایات را در طول 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر در مدت 30 روز تقویمی تصمیم‌مان را نگرفتیم، به این دلیل است که به اطلاعات بیشتری نیاز داریم و مراتب را به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. همچنین یک به‌روزرسانی از وضعیت و زمان تخمین‌زده شده برای ارائه پاسخ را به شما اعلام می‌کنیم.
- اگر به دلیل رد درخواست شما برای «تصمیم‌گیری سریع دربارهٔ پوشش‌دهی» یا «درخواست تجدیدنظر سریع» شکایتی ارائه می‌کنید، ما به‌صورت خودکار یک «شکایت سریع» برای شما آماده کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.

- اگر به این دلیل شکایت می‌کنید که زمان زیادی را صرف تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی می‌کنیم، ما به‌صورت خودکار یک «شکایت سریع» برای شما آماده کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.

اگر با بعضی از قسمت‌ها یا کل شکایت شما موافق نباشیم، به شما اطلاع می‌دهیم و دلایلمان را در اختیار شما قرار می‌دهیم. پاسخ می‌دهیم که آیا با شکایت شما موافق هستیم یا خیر.

K3. شکایت‌های خارجی

Medicare

می‌توانید شکایت خود را به Medicare بگویید یا آن را به Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare را می‌توانید از اینجا دریافت کنید: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

قبل از ثبت شکایت در Medicare، نیازی به ثبت شکایت نزد Molina Medicare Complete Care Plus ندارید.

Medicare شکایات شما را جدی تلقی می‌کند و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت طرح Medicare استفاده می‌کند.

اگر بازخورد یا دلنگرانی‌های دیگری دارید یا اگر احساس می‌کنید که طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به مشکل شما توجه نمی‌کند، لطفاً با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برقراری تماس رایگان است.

Medi-Cal

شما می‌توانید از طریق تماس با شماره 1-888-452-8609، شکایتی را نزد دفتر رسیدگی به شکایات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ Medi-Cal از دپارتمان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کالیفرنیا (DHCS) ثبت کنید. کاربران TTY می توانند با شماره 711 تماس حاصل نمایند. لطفاً از دوشنبه تا جمعه، بین 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر تماس بگیرید.

برای شکایت می‌توانید به اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده *کالیفرنیا (DMHC)* مراجعه کنید. *سازمان DMHC* مسئولیت نظارت بر طرح‌های بهداشت را بر عهده دارد. *برای دریافت راهنمایی دررابطه‌با شکایت‌های مربوط به خدمات Medi-Cal، می‌توانید با مرکز راهنمایی DMHC تماس بگیرید.* در صورتیکه به شکایتی که مربوط به یک موضوع فوری می‌شود یا در برگیرنده یک تهدید فوری و جدی به سلامتی شما است، اگر درد شدید دارید، اگر با تصمیم طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در مورد شکایت خود موافق نیستید یا اگر طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما در ظرف 30 روز تقویمی به شکایت شما رسیدگی نکرده است، می‌توانید با DMHC تماس بگیرید.

در اینجا دو روش برای دریافت راهنمایی از مرکز راهنمایی ارائه شده است:

- با شماره *1-888-466-2219* تماس بگیرید. *افرادی که ناشنوا هستند و مشکل شنوایی یا گفتاری دارند می‌توانند از شماره‌تلفن رایگان TTY 1-877-688-9891 استفاده کنند.* برقراری تماس رایگان است.
- به وب‌سایت بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شده (www.dmhc.ca.gov) مراجعه کنید.

دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights)

اگر فکر می‌کنید با عدالت با شما رفتار نشده است، می‌توانید در مورد حقوق شهروندی به اداره سلامت و دفتر خدمات انسانی شکایت کنید. برای مثال می‌توانید درباره عدم دسترسی به کمک زبانی شکایت داشته باشید. شماره‌تلفن 1-800-368-1019 برای تماس با دفتر حقوق مدنی در نظر گرفته شده است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید از www.hhs.gov/ocr نیز بازدید کنید.

همچنین می‌توانید از طریق شماره زیر با دفتر محلی حقوق مدنی تماس بگیرید.

(877) 588-1123,
دوشنبه تا جمعه: از ساعت 9 صبح تا 5 بعدازظهر (به‌وقت محلی)، صندوق پست صوتی به‌صورت 24 ساعته در دسترس است.
TTY: (855) 887-6668
https://www.livantaqio.com/en/states/california

همچنین ممکن است تحت «قانون آمریکایی‌های مبتلا به معلولیت»، از حقوقی برخوردار باشید. می‌توانید با اینجا تماس بگیرید

Quality Improvement Organization

هنگامی که شکایتتان درباره کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است نیز دو انتخاب پیش رو دارید:

- شما می‌توانید شکایت خود را در مورد کیفیت مراقبت مستقیماً به سازمان بهبود کیفیت ارائه دهید.
- شما می‌توانید شکایت خود را با سازمان بهبود کیفیت و طرح ما مطرح کنید. اگر می‌خواهید شکایت‌تان را برای سازمان بهبود کیفیت ارسال کنید، با آن‌ها همکاری می‌کنیم تا به شکایت‌تان رسیدگی کنند.

سازمان بهبود کیفیت، گروهی متشکل از پزشکان متخصص و دیگر متخصصین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می‌کنند تا مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه شده به بیماران را بررسی کرده و آن‌ها را بهبود ببخشند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بهبود کیفیت، به **بخش H2** یا به **فصل 2** *کتاب راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در ایالت کالیفرنیا، سازمان بهبود کیفیت «Livanta» نامیده می‌شود. شماره‌تلفن این سازمان 1123-588 (877) می‌باشد.

فصل 10: پایان عضویت شما در طرح ما

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید پس از ترک طرح ما، عضویت خود را با طرح ما و گزینه‌های پوشش سلامت خود پایان دهید. اگر از طرح ما خارج شوید، تازمانی‌که واجدشرایط باشید همچنان مشمول خدمات طرح‌های Medicare و Medi-Cal خواهید بود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. چه هنگام می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید؟ 215

B. چطور به عضویت‌تان در طرح ما پایان دهید 216

C. نحوهٔ دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به‌طور جداگانه 216

C1. خدمات تحت‌پوشش برای شما 216

C2. خدمات Medi-Cal شما 218

D. نحوهٔ دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود تا پایان عضویت‌تان در طرح ما 218

E. سایر شرایطی که موجب اتمام عضویت‌تان در طرح می‌شود 219

F. مقررات مخالفت با درخواست از شما برای ترک طرح ما به دلیل مرتبط با سلامتی 220

G. حق شکایت شما درصورتی‌که به عضویت‌تان در طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌مان خاتمه دادیم 220

H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد اتمام عضویت‌تان در طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی 220

A. چه هنگام می‌توانید به عضویت‌تان در طرح ما خاتمه دهید؟

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال به عضویت خود پایان دهند. به دلیل این‌که بیمه Medi-Cal دارید، یک‌بار در هرکدام از **دوره‌های خاص عضویت در سال** به شرح زیر، می‌توانید عضویت در طرح ما را لغو کنید یا به طرح دیگری جابجا شوید:

- ژانویه تا مارس
- آوریل تا ژوئن
- جولای تا سپتامبر

علاوه‌براین سه دوره ثبت‌نام ویژه، می‌توانید عضویت خود را در طرح ما در دوره‌های زمانی زیر خاتمه سال دهید:

- **دورهٔ ثبت‌نام سالیانه** که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر است. اگر طرح جدیدی را در این مدت انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در 31 دسامبر به پایان می‌رسد و عضویت شما در طرح جدید از اول ژانویه شروع می‌شود.
- **دورهٔ آزاد ثبت‌نام Medicare Advantage** که از 1 ژانویه تا 31 مارس است. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد شروع می‌شود.

ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجدشرایط اعمال تغییر در ثبت‌نام خود باشید. برای مثال، اگر:

- اگر از منطقه خدماتی نقل‌مکان کنید،
- شرایط شما برای دریافت Medi-Cal یا کمک بیشتر (Extra Help) تغییر کند، **یا**
- اگر اخیراً به آسایشگاه یا مراکز بیمارستانی مراقبت بلندمدت منتقل شده‌اید، درحال حاضر در این مکان‌ها مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دریافت می‌کنید، یا به‌تازگی از آن‌ها خارج شده‌اید.

عضویت شما در آخرین روز از ماهی که ما درخواست شما برای تغییر طرحتان را دریافت کردیم، پایان می‌یابد. به‌عنوان‌مثال، اگر ما درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش‌دهی شما در طرح ما در پایان 31 ژانویه تمام می‌شود. پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد (1 فوریه در این مثال).

اگر طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما را ترک کنید، می‌توانید اطلاعات مربوط به موارد زیر را دریافت نمایید:

- گزینه‌های Medicare در جدول در **بخش C1**
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در **بخش C**.

از طریق تماس با بخش‌های زیر می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد نحوهٔ خاتمه‌دادن به عضویت‌تان دریافت کنید: خدمات اعضا به‌شماره‌ایی که در پایین این صفحه درج شده است. شماره‌تلفن TTY هم برای کاربران این سامانه فهرست شده است.

- Medicare در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره‌تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) با شماره‌تلفن 1-800-434-0222، از روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر. برای اطلاع بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP محلی در منطقه خودتان لطفاً به وب‌سایت www.aging.ca.gov/HICAP مراجعه کنید. «گزینه‌های مراقبت بهداشتی (Heath Care Options)»، با شماره‌تلفن‌تلفن 1-844-580-7272 در روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

- دفتر رسیدگی به شکایات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شدهٔ Medi-Cal با شماره‌تلفن 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح، یا نشانی ایمیل MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

توجه: اگر در طرح مدیریت دارویی نباشید، ممکن است نتوانید که طرح‌های درمانی را تغییر دهید. جهت اطلاع از طرح‌های مدیریت دارویی، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. چطور به عضویت‌تان در طرح ما پایان دهید

اگر تصمیم دارید به عضویت‌تان پایان دهید، می‌توانید عضو یکی دیگر از طرح‌های Medicare شوید یا طرح‌تان را به Original Medicare تغییر دهید. بااین‌حال، اگر می‌خواهید طرح ما را با Original Medicare عوض کنید اما طرح داروهای تجویزی Medicare جداگانه‌ای را انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست دهید عضویت‌تان در طرح ما لغو شود. دو روش برای درخواست لغو عضویت وجود دارد:

- می‌توانید به‌صورت کتبی از ما درخواست کنید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر دربارهٔ نحوهٔ انجام این کار، از طریق شماره‌تلفن‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته می‌توانید از طریق شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE با Medicare تماس بگیرید.
  کاربران TTY (همچنین کاربرانی که مشکل شنوایی یا تکلم دارند) باید با شماره‌تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند. وقتی با 1-800-MEDICARE تماس می‌گیرید نیز می‌توانید در طرح Medicare یا طرح دارویی دیگری ثبت‌نام کنید. اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات Medicare زمانی که از طرح ما خارج می‌شوید در نمودار موجود در صفحه آورده شده است 217.
- از طریق شماره 1-844-580-7272 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Heath Care Options تماس بگیرید و کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- بخش C در زیر شامل مراحلی است که می‌توانید برای ثبت‌نام در طرح دیگری انجام دهید که به عضویت شما در طرح ما نیز پایان می‌دهد.

C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به‌طور جداگانه

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.

C1. خدمات Medicare شما

شما سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود به شرح زیر دارید. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، شما به‌صورت خودکار به عضویتتان در طرح ما پایان می‌دهید.

1. شما می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: **یکی دیگر از طرح‌های درمانی Medicare** شامل طرحی که پوشش Medicare و Medi-Cal را ترکیب می‌کند	**برای انجام این کار:** در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته می‌توانید از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای «برنامهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جامع‌وکامل سالمندان (PACE)»، با شماره‌تلفن 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: • از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامهٔ مشاوره و حمایت بیمهٔ سلامت کالیفرنیا (HICAP) با شماره‌تلفن 1-800-434-0222 تماس بگیرید. *شماره‌تلفن TTY: 711*. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود لطفاً به وب‌سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. **یا** در طرح جدید Medicare ثبت‌نام کنید. با شروع پوشش‌دهی طرح جدید، عضویت شما در طرح Medicare ما به‌صورت خودکار لغو می‌شود.: طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.
2. شما می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: **Original Medicare همراه با یک طرح داروی تجویزی Medicare جداگانه**	**برای انجام این کار:** در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته می‌توانید از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: • از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامهٔ مشاوره و حمایت بیمهٔ سلامت کالیفرنیا (HICAP) با شماره‌تلفن 1-800-434-0222 تماس بگیرید. *شماره‌تلفن TTY: 711*. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود لطفاً به وب‌سایت زیر مراجعه نید www.aging.ca.gov/HICAP/. **یا** در طرح جدید داروهای تجویزی Medicare ثبت‌نام کنید. با شروع پوشش‌دهی Original Medicare، عضویت شما در طرح ما به‌صورت خودکار لغو می‌شود.

3. شما می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: **Original Medicare بدون طرح مجزای Medicare برای داروهای تجویزی** **توجه:** اگر به طرح Original Medicare جابجا شوید و در یک طرح داروی تجویزی Medicare جداگانه ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در طرح دارو ثبت‌نام کند مگر این‌که به Medicare بگویید که نمی‌خواهید در این طرح ملحق شوید. فقط در صورتی می‌توانید پوشش داروی تجویزی را لغو کنید که پوشش دارویی خود را از منبع دیگری ازجمله از طرف کارفرما یا اتحادیه کارگری دریافت می‌کنید. اگر در مورد نیاز به پوشش دارویی خود سؤالاتی دارید، از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) با شماره‌تلفن 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب‌سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.	**برای انجام این کار:** در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته می‌توانید از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: • از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مدافعه و مشاوره بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) با شماره‌تلفن 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه شما، لطفاً به وب‌سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. با شروع پوشش‌دهی Original Medicare، عضویت شما در طرح ما به‌صورت خودکار لغو می‌شود.

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای سؤال در مورد نحوهٔ دریافت خدمات Medi-Cal خود پس از خروج از طرح ما، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا ساعت 6:00 عصر از طریق شماره‌تلفن 1-844-580-7272 با بخش «گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی» تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره‌تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند. بپرسید پیوستن به طرح دیگری یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر می‌گذارد.

D. نحوهٔ دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود تا پایان عضویت‌تان در طرح ما

اگر از طرح خارج شوید، ممکن است مدتی طول بکشد تا این‌که عضویت‌تان تمام شود و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شروع شود. در طول این مدت، داروهای تجویزی و مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید تازمانی‌که برنامه جدید شما شروع شود.

- برای دریافت خدمات پزشکی از ارائه‌دهنده شبکهٔ ما استفاده کنید.
- از داروخانه‌های شبکه ما ازجمله از طریق خدمات داروخانه سفارش پستی ما برای دریافت نسخه‌های خود استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در Molina Medicare Complete Care Plusبه پایان می‌رسد در بیمارستان بستری شوید، طرح ما بستری شدن شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می‌دهد. حتی اگر پوشش خدمات بهداشتی جدیدتان قبل از ترخیص‌شدن‌تان آغاز شود، این اتفاق رخ می‌دهد.

E. سایر شرایطی که موجب اتمام عضویت‌تان در طرح می‌شود

مواردی که باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم:

- در صورت بروز وقفه در پوشش‌دهی بخش A از Medicare و بخش B از Medicare.
- درصورتی‌که دیگر واجدشرایط Medi-Cal نباشید. طرح ما برای افرادی است که هم واجدشرایط Medicare باشند و هم Medi-Cal.
- در صورت نقل‌مکان از منطقه خدماتی.
- درصورتی‌که به مدت بیش از شش ماه از منطقهٔ خدماتی ما دور باشید.
  - » اگر جابه‌جا می‌شوید یا یک سفر طولانی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید تا بدانید که آیا جایی که به آن نقل‌مکان یا سفر می‌کنید در منطقه خدماتی طرح ما هست یا خیر.
  - o برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از مزایای بازدیدکننده و مسافر ما در مواقعی که از منطقهٔ خدماتی ما دور هستید، به **فصل 4** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- اگر به اتهامی مجرمانه به زندان یا بازداشتگاه بروید.
- اگر واقعیت را نگویید یا اطلاعات مربوط به سایر بیمه‌هایی که برای داروهای تجویزی دارید را پنهان کنید.
- شهروند ایالات‌متحده آمریکا نباشید یا به‌صورت قانونی در ایالات‌متحده آمریکا حضور نداشته باشید.
  - o برای عضویت در این برنامه باید شهروند ایالت متحده باشید یا به‌صورت قانونی در ایالات‌متحده حضور پیدا کرده باشید.
  - o مراکز خدمات Medicare و Medicaid در صورت عدم صلاحیت شما برای باقی ماندن در طرح به‌عنوان عضو، به ما اطلاع خواهند داد.
  - o اگر این شرایط را نداشته باشید مجبوریم ثبت‌نام شما را لغو کنیم.

به دلایل زیر و فقط درصورتی‌که مجوز این کار را از پیش از Medicare و Medi-Cal دریافت کرده باشیم، شما را مجبور به ترک طرح می‌کنیم:

- اگر هنگام ثبت‌نام در طرح ما اطلاعات نادرستی به ما بدهید و این اطلاعات بر واجدشرایط بودن شما برای طرح ما اثر بگذارد.
- اگر مدام به‌گونه‌ای رفتار کنید که مختل‌کننده باشد و ارائهٔ خدمات پزشکی به شما و سایر اعضا طرح را برای ما دشوار کند.
- اگر اجازه دهید فرد دیگری از کارت شناسایی عضویت شما برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را خاتمه دهیم، Medicare ممکن است از بازرس کل بخواهد که پرونده شما را بررسی کند.)

F. مقررات مخالفت با درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مربوط به سلامت

ما نمی‌توانیم از شما بخواهیم که طرح ما را به هر دلیلی مرتبط با سلامت خود ترک کنید. اگر احساس می‌کنید که به دلایل مرتبط با وضعیت سلامتتان از شما خواسته شده است که از طرح خارج شوید، باید از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با **Medicare** تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.

G. حق شکایت شما درصورتی‌که به عضویت شما در طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌مان خاتمه دادیم

اگر ما عضویتتان در طرحمان را خاتمه دهیم، باید دلایل این کار را به‌صورت کتبی به شما اطلاع دهیم. همچنین باید توضیح دهیم که چطور می‌توانید دربارهٔ تصمیم ما نسبت به پایان دادن به عضویت، انتقاد یا شکایتی ارائه کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ارائه شکایت، به **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتری در مورد خاتمه عضویت خود در طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

اگر سؤالی دارید یا دربارهٔ پایان‌دادن به عضویت‌تان به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، از طریق شماره‌تلفن‌های پایین این صفحه می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

فصل 11: اطلاعیه‌های قانونی

مقدمه

این فصل حاوی اطلاعیه‌های قانونی می‌باشد که مربوط به عضویت شما در طرح ما می‌شوند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. اعلامیه مربوط به قوانین 222

B. اعلامیه عدم تبعیض 222

C. اعلامیه مربوط به Medicare به‌عنوان پرداخت‌کنندهٔ سهم بیمه دوم و Medi-Cal به‌عنوان پرداخت‌کنندهٔ آخر 223

D. اعلامیهٔ مربوط به خدمات اعادهٔ اموال Medi-Cal 223

A. اعلامیه مربوط به قوانین

بسیاری قوانین به این *کتابچه راهنمای اعضا* مربوط می‌شوند. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارند حتی اگر این قوانین در *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح داده نشده باشد یا اضافه نشده باشد. قوانین اصلی که اعمال می‌شوند، آن دسته از قوانین فدرال دررابطه‌با طرح‌های Medicare و Medi-Cal است. سایر قوانین فدرال و قوانین ایالتی نیز ممکن است اعمال شوند.

B. اعلامیه عدم تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ، مذهب، جنسیت، سن، گرایش جنسی، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، تجربه شکایت، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، شواهد بیمه‌پذیری یا موقعیت جغرافیایی در منطقه خدماتی شما علیه شما تبعیض قائل نمی‌شویم یا با شما متفاوت برخورد نمی‌کنیم. به‌علاوه، ما به‌دلیل نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل یا وضعیت ارزیابی، افراد را به‌طور غیرقانونی مورد تبعیض قرار نمی‌دهیم، طرد نمی‌کنیم یا با آن‌ها رفتار متفاوتی نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا دلنگرانی‌هایی در مورد تبعیض یا رفتار ناعادلانه دارید:

- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی با شماره‌تلفن 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید از www.hhs.gov/ocr نیز بازدید کنید.
- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی با شماره‌تلفن 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرند. اگر فکر می‌کنید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی در مورد تبعیض مطرح کنید، با خدمات اعضا با شماره‌تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 تماس بگیرید، یا به «صندوق پستی درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات Medicare» نامه بزنید. Box 22816 Long Beach, CA 90801.

اگر شکایت شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید از طریق تلفن، کتبی یا الکترونیکی شکایت خود را نزد وزارت خدمات سلامت، دفتر حقوق شهروندی مطرح کنید:

- از طریق تلفن: با شماره‌تلفن 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به‌خوبی تکلم کنید یا بشنوید، لطفاً با شماره 711 (خدمات رله ارتباطات از راه دور) تماس بگیرید.
- به‌صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای به این نشانی ارسال کنید:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  فرم‌های شکایت در این نشانی در دسترس هستند: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- به‌صورت اکترونیکی به این نشانی ایمیل بفرستید CivilRights@dhcs.ca.gov

اگر ناتوانی دارید و برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یا یک ارائه‌دهنده به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، مانند مشکل در دسترسی به صندلی چرخ‌دار، خدمات اعضا می‌تواند به شما کمک کند.

C. اعلامیه مربوط به Medicare به‌عنوان پرداخت‌کنندهٔ سهم بیمه دوم و Medi-Cal به‌عنوان پرداخت‌کننده آخر

گاهی اوقات شخص دیگری باید اول هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌دهیم پرداخت کند. به‌عنوان‌مثال، اگر شما در یک حادثه رانندگی بوده‌اید یا اگر در محل کار دچار جراحت شده اید، شرکت بیمه یا سازمان جبران خسارت کارگری باید ابتدا سهم خود را پرداخت کند.

ما حق و مسئولیت داریم که برای خدمات تحت‌پوشش Medicare که برای آن‌ها Medicare پرداخت‌کننده اول نیست جمع‌آوری کنیم.

ما از قوانین ایالتی و فدرال و قوانین مرتبط با تعهدات حقوقی اشخاص ثالث برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به اعضا، تبعیت می‌کند. ما تمام روش‌های منطقی را به کار می‌گیریم تا اطمینان حاصل کنیم که طرح Medi-Cal آخرین پرداخت کننده سهم بیمه باشد.

D. اعلامیهٔ مربوط به خدمات اعادهٔ اموال Medi-Cal

برنامهٔ Medi-Cal باید از طریق اموال به ارث گذاشته‌شده اعضا متوفی به‌دنبال بازپرداخت هزینهٔ خدمات Medi-Cal دریافت‌شده در روز تولد 55 سالگی یا پس از آن باشد. بازپرداخت شامل «پرداخت در ازای خدمات» و حق بیمه/پرداختی‌های سرانهٔ مراقبت‌های مدیریت‌شده برای خدمات آسایشگاهی، خدمات مبتنی بر خانه و جامعه، و خدمات بیمارستانی و دارویی مربوطه‌ای است که بیمار هنگامی در آسایشگاه بستری بود و یا در حال دریافت خدمات مبتنی بر خانه یا جامعه بوده است، دریافت کرده است. مبلغ بازپرداخت نباید از ارزش اموال به ارث گذاشته‌شدهٔ عضو بیشتر باشد.

جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت اعادهٔ اموال دپارتمان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به‌نشانی www.dhcs.ca.gov/er مراجعه کنید یا با شماره‌تلفن 916-650-0590 تماس بگیرید.

فصل 12: مفهوم واژه‌های مهم

مقدمه

این فصل حاوی عباراتی که در طول *کتابچه راهنمای اعضا* به کار رفته و معانی آن‌ها می‌باشد. عبارات به ترتیب حروف الفبا ذکرشده‌اند. اگر نمی‌توانید عبارتی که می خواهید را پیدا کنید یا اگر به اطلاعات بیشتری از عبارت نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

فعالیت‌های روزمره (ADL): کارهایی که افراد در یک روز عادی انجام می دهند، مانند غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، حمام کردن یا مسواک کردن دندان.

قاضی حقوق اداری: قاضی‌ای که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی مجدد می‌کند.

برنامهٔ کمک دارویی بیماری ایدز (ADAP): برنامه‌ای که به اشخاص واجدشرایط مبتلا به HIV/AIDS جهت دسترسی به داروهای حیاتبخش مقابله با HIV کمک می‌کند.

مرکز جراحی سرپایی: مرکز جراحی‌های سرپایی:مرکزی که برای بیماران سرپایی عمل جراحی انجام می دهد، بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بیمارستانی ندارند و انتظار نمی‌رود که به بیش از 24 ساعت درمان و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی احتیاج داشته باشند.

درخواست بررسی: روشی برای بررسی اقدامات ما اگر فکر می‌کنید که اشتباهی از جانب ما سر زده است. با ارائه درخواست بررسی، می‌توانید درخواست تغییر تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی را داشته باشید. در **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا درباره درخواست‌های بررسی توضیح داده شده است، ازجمله درباره نحوه ارائه درخواست بررسی.

سلامت رفتاریی: یک واژه جامع‌وکامل که به خدمات سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد اشاره دارد.

داروهای مارک‌دار: یک داروی تجویزی که توسط یک شرکت داروسازی ساخته و فروخته می‌شود. داروهای مارک‌دار معمولاً ترکیباتی مشابه داروهای بدون‌مارک دارند. داروهای بدون‌مارک معمولاً توسط سایر شرکت‌های داروسازی ساخته می‌شوند.

طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی: به «طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شخصی» مراجعه کنید.

خدمات اختیاری طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (خدمات CPO): سایر خدماتی که تحت طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فردی (ICP)، اختیاری هستند. این خدمات جایگزین خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدتی که در Medi-Cal مجاز به دریافت آن‌ها هستید، نخواهد بود.

تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی: به «تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی میان‌رشته‌ای» مراجعه کنید.

مدیر پرونده: کارمند Molina که با شما، طرح سلامت و با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل کند که شما مراقبت‌های بهداشتی و درمانی موردنیاز را دریافت می‌کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): سازمان فدرال مسئول Medicare. **فصل 2** از *فترچه راهنمای اعضا* شما نحوهٔ تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

خدمات بزرگ‌سالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS): طرح خدمات برپایه مرکز درمانی بیماران سرپایی که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شخصی،

کارآموزی و پشتیبانی خانوادگی/مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دهنده، خدمات تغذیه، حمل‌ونقل و سایر خدماتی را عرضه می‌کند که برای اعضای واجدشرایطی می‌باشد که شرایط واجدشرایط بودن مربوطه را برآورده می‌کنند.

شکایت: یک بیانیه کتبی یا شفاهی با این مضمون که شما مشکل یا دغدغه‌ای درباره خدمات یا مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تحت‌پوشش دارید. این موضوع شامل هر نوع نگرانی درباره کیفیت خدمات، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما، ارائه‌دهندگان شبکه ما یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. نام رسمی برای «شکایت کردن»، «تسلیم شکایت» است.

خدمات توان‌بخشی جامع بیماران سرپایی (CORF): مرکزی که عمدتاً خدامت توان‌بخشی را برای بیماری، سانحه یا جراحی عمده ارائه می‌کند. این مرکز خدمات مختلفی را ارائه می‌کند، ازجمله درمان فیزیکی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، درمان تنفسی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و بسیاری از دیگر خدمات ارزیابی محیطی.

پرداخت مشترک: مبلغ ثابتی که هر بار خدمات یا داروهای تجویزی خاصی را دریافت می‌کنید به‌عنوان سهم‌تان از هزینه پرداخت می‌کنید. به‌عنوان‌مثال، برای خدمت یا داروی تجویزی خاصی ممکن است شما 2 یا 5 دلار بپردازید.

تسهیم هزینه: مبالغی که هنگام دریافت خدمات یا داروهای تجویزی خاص باید پرداخت کنید. تسهیم هزینه شامل پرداخت مشترک می‌شود.

ردهٔ تسهیم هزینه: گروهی از داروها با مبلغ پرداخت مشترک یکسان. تمامی داروهای موجود در *فهرست داروهای تحت‌پوشش* (که به‌عنوان فهرست دارو نیز شناخته می‌شود، در یکی از رده‌های تسهیم هزینه قرار می‌گیرند. به‌طور کلی، هر چه ردهٔ تسهیم هزینه بالاتر باشد، هزینه پرداختی شما برای دارو هم بیشتر است.

تصمیم‌گیری دربارهٔ پوشش‌دهی: تصمیم‌گیری درباره این‌که ما چه مزایایی را تحت‌پوشش قرار دهیم: این مورد شامل تصمیم‌های مربوط به داروها و خدمات تحت‌پوشش یا مبالغی است که ما برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما پرداخت می‌کنیم. **در فصل ۹** از *کتابچه راهنمای اعضا* توضیحاتی دربارهٔ نحوهٔ درخواست از ما برای تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی خدمات ارائه شده است.

داروهای تحت‌پوشش: عبارتی که برای همه داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) تحت‌پوشش طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌مان استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت‌پوشش: این عبارت جامع تمام خدمات سلامت، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، وسایل، نسخه‌ها و داروهای بدون نسخه، تجهیزات و دیگر خدمات تحت‌پوشش طرح ما را در بر می‌گیرد.

کارآموزی صلاحیت فرهنگی: کارآموزی که دستورات بیشتری را به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما ارائه می‌کند تا به آن‌ها کمک شود بهتر سابقه، ارزش ها و باورهای شما را درک کنند تا خدمات را به‌صورتی تعدیل کنند که با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما سازگاری داشته باشند.

نرخ روزانهٔ تسهیم هزینه: وقتی پزشک‌تان مقداری کمتر از ذخیرهٔ یک ماه کامل داروهای خاص را برای شما تجویز می‌کند و شما ملزم به پرداخت سهم هستید، این نرخ ممکن است اعمال شود. نرخ روزانهٔ تسهیم هزینه برابر با پرداخت مشترک تقسیم بر تعداد روزهای ذخیرهٔ یک ماه است.

به این مثال توجه کنید: فرض کنید پرداخت هزینه داروی شما برای یک ماه کامل (یک منبع 30 روزه) $1.35 است. این بدان معنی است که مبلغی که برای داروی خود می‌پردازید کمتر از $0.05 در روز است. اگر داروی 7 روزه دریافت کنید، مبلغ پرداختی شما کمتر از $0.05 در روز ضرب در 7 روز خواهد بود، برای کل پرداختی کمتر از $0.35 خواهید پرداخت.

دپارتمان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (DHCS): **دپارتمانی ایالتی در کالیفرنیا که برنامهٔ Medicai (که تحت عنوان Medi-Cal شناخته می‌شود) را اداره می‌کند.**

دپارتمان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شده (DMHC): دپارتمانی ایالتی در کالیفرنیا که مسئول تنظیم قوانین مربوط به طرح‌های سلامت است. DMHC به افرادی که درباره خدمات Medi-Cal شکایتی یا درخواست تجدیدنظر دارند، کمک می‌کند. DMHC همچنین بررسی‌های پزشکی مستقل (IMR) را اجرا می‌کند.

لغو ثبت‌نام: مراحل پایان دادن به عضویت در طرح ما. لغو ثبت‌نام ممکن است داوطلبانه (به خواست خود) یا غیرداوطلبانه (به انتخاب شما نیست) باشد.

برنامهٔ مدیریت دارو (DMP): برنامه‌ای که کمک می‌کند اعضا از مخدرهای تجویزشده و سایر داروهایی که عمدتاً مورد سوء استفاده قرار می‌گیرد به‌صورت ایمن استفاده می‌کنند.

دسته‌بندی‌های دارویی: گروه هایی از داروها که در فهرست دارو ما قرار دارند. داروهای بدون‌مارک، مارک‌دار یا بدون نسخه (OTC) نمونه‌هایی از ردیف‌های دارویی می‌باشند. همهٔ داروهای موجود در فهرست داروی ما در ردیف یک قرار دارند.

طرح نیازهای ویژهٔ واجدین شرایط دوگانه (D-SNP): طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که به افرادی که واجدشرایط هم Medicare و هم Medicaid هستند کمک می‌کند. طرح ما یک D-SNP است.

تجهیزات پزشکی بادوام (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می‌کند. چند مثال: صندلی چرخ‌دار، چوب زیر بغل، سیستم‌های تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت‌های بیمارستانی سفارش‌داده‌شده توسط ارائه‌دهنده برای استفاده در منزل، پمپ‌های تزریق IV، وسائل تولید صوتی، وسائل و لوازم مربوط به اکسیژن، نبولایزر و واکر.

اورژانسی: شرایط اورژانسی پزشکی زمانی که شما یا هر فرد دیگری با دانش متوسط در مورد بهداشت و پزشکی، معتقد باشید که علائم پزشکی دارید که نیاز به مراقبت فوری پزشکی برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن یک عضو بدن، یا از دست دادن یا آسیب جدی به عملکرد بدن (و اگر شما یک زن باردار هستید، از دست دادن یک کودک متولد نشده) دارد. علائم پزشکی ممکن است شامل بیماری، آسیب‌دیدگی، درد شدید، یا شرایط پزشکی باشد که به‌سرعت در حال وخیم‌تر شدن است.

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اورژانسی: خدمات تحت‌پوشش که توسط یک ارائه‌دهنده آموزش‌دیده در اختیار شما قرار می گیرد تا خدمات اورژانسی و درمان موردنیاز در شرایط پزشکی و رفتاری اورژانسی ارائه شود.

موارد استثنا: تأییدیه برای دریافت پوشش‌دهی یک دارو که معمولاً تحت‌پوشش قرار نمی‌گیرد یا استفاده از دارو بدون دنبال کردن برخی از قوانین و محدودیت‌های خاص.

خدمات مستثنی شده: خدماتی که تحت‌پوشش این طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نیستند.

کمک بیشتر: طرحی از Medicare که به اشخاصی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند هزینه داروهای تجویزی بخش D از Medicare از قبیل حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه شده را کاهش دهند. کمک بیشتر تحت‌عنوان «مساعدهٔ افراد کم‌درآمد» یا «LIS» نیز خوانده می‌شود.

داروی ژنریک: یک داروی تجویزی که توسط دولت فدرال برای استفاده به‌جای داروی مارک‌دار، تأیید شده است. داروهای بدون‌مارک دارای ترکیبات مشابه داروهای مارک‌دار هستند. معمولاً ارزان‌تر است و عملکرد آن مشابه داروی مارک‌دار است.

تسلیم شکایت: یک شکایت درباره ما یا یکی از ارائه‌دهندگان ما یا داروخانه ها. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما یا کیفیت خدمات ارائه شده توسط طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما می‌شود.

طرح مشاوره و مدافعه بیمه سلامتي (HICAP): طرحی که در آن اطلاعات و مشاوره موضوعی به‌صورت رایگان درباره Medicare ارائه می‌شود. **فصل 2** از *فترچه راهنمای اعضا* شما نحوۀ تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی: سازمانی است متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات بلندمدت و دیگر ارائه‌دهندگان. این سازمان همچنین هماهنگ‌کنندگان مراقبتی را در اختیار دارد که در زمینۀ مدیریت تمام ارائه‌دهندگان و خدمات به شما کمک می‌کنند. همه آن‌ها با هم کار می‌کنند تا مراقبت‌های موردنیاز شما را ارائه دهند.

ارزیابی احتمال خطر سلامت(HRA): یک بررسی از سوابق پزشکی و شرایط فعلی شما. برای آگاهی از سلامتی شما و این‌که چگونه ممکن است در آینده تغییر کند استفاده می‌شود.

کمک‌های درمانی در منزل: فردی که خدماتی ارائه می‌کند که برای آن به مهارت‌های یک پرستار یا درمانگر مورد تأیید نیاز نیست، مانند کمک در انجام امور شخصی (مانند حمام کردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن یا انجام ورزش‌های توصیه شده). مسئول کمک در منزل لزوماً دارای مدرک پرستاری نیست یا درمانی را ارائه نمی‌کند.

آسایشگاه بیماران لاعلاج: طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و پشتیبانی برای کمک به افرادی که به تشخیص پزشک به بیماری لاعلاج مبتلا هستند تا با آرامش زندگی کنند. بیماری لاعلاج یعنی فردی که پزشک گواهی بیماری لاعلاج او را صادر کرده است، یعنی میانگین عمر وی از 6 ماه کمتر است.

شرکت‌کنندگانی که به بیماری لاعلاج مبتلا هستند حق انتخاب آسایشگاه بیماری لاعلاج را دارند.

یک تیم آموزش دیده ویژه متشکل از متخصصین و پرستاران مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به شخص به‌طور کامل ارائه می‌دهند، که شامل نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و روحی او می‌شود.

ما موظفیم فهرستی از ارائه‌دهندگان خدمات آسایشگاهی در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهیم.

صورت‌حساب بی مورد/نامناسب: موقعی که ارائه‌دهنده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ تسهیم هزینۀ معین‌شده در طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما برای خدمات از شما مطالبه می‌کند. اگر صورت‌حسابی دریافت کرده‌اید که آن را متوجه نمی‌شوید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

-به‌عنوان عضوی از طرح، در صورت دریافت خدماتی که ما پوشش می‌دهیم شما فقط بخشی از هزینه را پرداخت می‌کنید. ما به ارائه‌دهندگان اجازه نمی‌دهیم مبلغی بیشتر از این را از شما مطالبه کنند.

-به دلیل این‌که ما کل هزینه خدمات را پرداخت می‌کنیم، شما سهمی در پرداخت هزینه **ندارید**. ارائه‌کنندگان نباید برای این خدمات از شما مبلغی را مطالبه کنند.

خدمات حمایتی درون منزل (IHSS): برنامۀ IHSS به شما کمک می‌کند هزینه‌های خدماتی را که به‌منظور ایمن نگه‌داشتن شما در خانه به شما ارائه می‌شود پرداخت کنید. برنامۀ IHSS به‌عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند آسایشگاه‌ها یا مراکز پانسیون و مراقبت پرستاری در نظر گرفته می‌شود. انواع خدماتی که مجوز ارائۀ آن‌ها توسط IHSS داده شده است شامل نظافت منزل، تهیه غذا، خشک‌شویی، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند مراقبت از روده و مثانه، حمام کردن، نظافت و خدمات پیراپزشکی)، همراهی طی قرار ملاقات‌های پزشکی، و نظارت حفاظتی برای معلولان ذهنی هستند. سازمان‌های خدمات اجتماعی شهرستان برنامۀ IHSS را مدیریت می‌کنند.

بررسی پزشکی مستقل (IMR): اگر ما درخواست شما برای پوشش دهی خدمات یا درمان پزشکی را رد کنیم، شما می‌توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید. اگر با تصمیم ما مخالف هستید و مشکل شما مرتبط به خدمات Medi-Cal است، که شامل لوازم و داروهای DME می‌شود، می‌توانید از سازمان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شده California درخواست انجام IMR داشته باشید. IMR یک بررسی درباره پرونده شما توسط پزشکانی است که بخشی از طرح ما نیستند. اگر تصمیم‌گیری IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را در اختیار شما قرار دهیم. IMR رایگان است.

سازمان بررسی مستقل (IRO): سازمان بررسی مستقلی که Medicare برای بررسی مجدد درخواست تجدیدنظر سطح 2 استخدام کرده است. این سازمان با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می گیرد که آیا تصمیمی که گرفته‌ایم صحیح است یا باید تغییر کند. طرح Medicare بر کار این سازمان نظارت دارد. نام رسمی این سازمان «نهاد بررسی مستقل» است.

انجمن پزشکان مستقل (IPA): انجمن مستقل پزشکان IPA شرکتی است که با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) قرارداد دارد و گروهی از پزشکان، متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی را برای دیدن Molina Medicare Complete Care Plus سازماندهی (SNP - IPA) اعضا می‌کند. پزشک شما، به همراه شرکت IPA، به کلیه نیازهای پزشکی شما رسیدگی و توجه می‌کند. وظایف آن‌ها عبارت است از دریافت مجوز، در صورت نیاز، جهت مراجعه به پزشکان متخصص یا بهره مندی از خدمات پزشکی، ازجمله آزمایش‌های آزمایشگاهی، آزمایش اشعه ایکس و خدمات بیمارستانی سرپایی و بستری

طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فردی (ICP یا طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی): طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که نگرانی‌ها، اهداف، نیازها و خدمات سلامتی اصلی شما را که ممکن است نیاز داشته باشید در بر می‌گیرد. طرح شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاریی و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت باشد.

بیمار بستری: واژه ای که هنگام پذیرش رسمی در بیمارستان برای انجام خدمات پزشکی تخصصی به کار می رود. اگر رسماً در بیمارستان پذیرفته نشده اید، ممکن است به‌جای بیمار بستری همچنان بیمار سرپایی محسوب شوید و خدمات معایناتی را به‌جای خدمات بستری دریافت کنید، حتی اگر شب در بیمارستان بمانید.

تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ترکیبی (ICT یا تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی): تیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شامل پزشک مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه، مدیر پرونده، و احتمالا دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تخصصی، ارائه‌دهندهٔ خدمات مراقبتی، یا سایر کارشناسان بهداشتی است که گرد هم جمع شده‌اند تا به شما کمک کنند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی موردنیازتان را دریافت کنید. تیم مراقبت شما همچنین به تهیه یا به‌روزرسانی برنامه مراقبت شما کمک می‌کند.

***فهرست داروهای تحت‌پوشش* (فهرست دارو)**: فهرستی از داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه (OTC) تحت‌پوشش طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما. ما داروهای موجود در این فهرست را با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. در فهرست دارو همچنین به شما اطلاع داده می‌شود که آیا قوانین خاصی وجود دارد که لازم است دنبال کنید تا داروهایتان را دریافت کنید. بعضی مواقع به فهرست داروها، «کتابچه» نیز گفته می‌شود.

خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS): خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، خدماتی هستند که به ارتقای شرایط پزشکی بلندمدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند تا در خانه خود بمانید تا لازم نباشد که به آسایشگاه یا بیمارستان مراجعه کنید. خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت که تحت‌پوشش طرح ما هستند شامل خدمات مبتنی بر جامعه، مراکز پرستاری، و حمایت‌های اجتماعی هستند. طرح IHSS و طرح‌های معافیت 1915(c) جزو طرح‌هایLTSS طرح Medi-Cal هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

مساعدهٔ افراد کم‌درآمد (LIS): به «کمک بیشتر» مراجعه کنید.

برنامهٔ سفارش پستی: برخی از طرح‌ها ممکن است یک برنامه سفارش پستی ارائه دهند که به شما امکان می‌دهد تا میزان حداکثر 3 ماه از داروهای تجویزی تحت‌پوشش خود را مستقیماً به خانه‌تان ارسال کنید. این ممکن است یک راه مقرون به صرفه و راحت برای دریافت نسخه‌هایی باشد که به‌طور منظم مصرف می‌کنید.

Medi-Cal: این نام طرح Medicaid در ایالت کالیفرنیا است. طرح Medi-Cal توسط ایالت اداره می‌شود و هزینه آن از طرف دولت ایالتی و دولت فدرال پرداخت می‌شود.

- این طرح به افرادی با منابع و درآمد کم کمک می‌کند تا از خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت برخوردار شده و هزینه‌های پزشکی آن‌ها را برای خدمات بلندمدت پوشش می‌دهد.
- همچنین سایر خدمات و برخی داروهایی که تحت‌پوشش Medicare نیستند را نیز تحت‌پوشش قرار می‌دهد.
- طرح‌های Medicaid از ایالت تا ایالت متفاوت است، ولی بیشتر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در صورتیکه برای هردوی Medicare و Medi-Cal واجدشرایط باشید تحت‌پوشش قرار می‌گیرند.

طرح‌های Medi-Cal: طرح هایی که فقط مزایای Medi-Cal را تحت‌پوشش قرار می‌دهند، مانند خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، تجهیزات پزشکی و حمل‌ونقل. مزایای Medicare جداگانه هستند.

طرح Medicaid (یا Medical Assistance): برنامه‌ای تحت مدیریت دولت فدرال و ایالت که به افرادی با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینهٔ خدمات و پیشتیبانی‌های بلندمدت و هزینه‌های پزشکی‌شان را پرداخت کنند. طرح Medi-Cal در واقع برنامهٔ Mediaid برای ایالت کالیفرنیا است.

از نظر پزشکی لازم: این عبارت خدمات، لوازم یا داروهایی را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، شناسایی یا مداوای عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامتی فعلی خود به آن‌ها نیاز دارید. این امر شامل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا آسایشگاه می‌شود. همچنین به این معنی است که خدمات، امکانات یا داروها باید مطابق با استانداردهای اصول پزشکی مورد تأیید باشد یا بر اساس قوانین پوشش Medicare یا Medi-Cal، ضروری باشند.

Medicare: برنامهٔ بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 ساله یا بیشتر، بعضی از افراد زیر 65 سال دارای ناتوانی و افرادی مبتلا به مشکلات کلیوی (نارسایی دائمی کلیوی که در نتیجه آن به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز باشد). افراد دارای Medicare می‌توانند پوشش درمانی Medicare را از طریق Original Medicar، یا یک طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیریت‌شده دریافت کنند (به «طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی» مراجعه کنید).

طرح Medicare Advantage: یک طرح Medicare که «بخش C از Medicare» یا «طرح‌های MA» نیز خوانده می‌شود و طرح‌هایی را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌کند. طرح Medicare برای پوشش مزایای Medicare به این شرکت‌ها پول می‌پردازد.

شورای درخواست تجدیدنظر Medicare (شورا): شورایی که درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی مجدد می‌کند. شورا بخشی از دولت فدرال است.

خدمات پوشش دهی Medicare: خدمات تحت‌پوشش بخش A و بخش B از Medicare. همه طرح‌های درمانی شامل طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما باید همه خدماتی که تحت‌پوشش Medicare بخش A و بخش B هستند را پوشش دهند.

برنامهٔ پیشگیری از دیابت Medicare (به اختصار MDPP): برنامهٔ تغییر رفتار بهداشتی ساختاریافته‌ای که اعضا را در زمینه‌های تغییر بلندمدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت جسمانی، و استراتژی‌های غلبه بر چالش‌های موجود بر سر راه حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم آموزش می‌دهد.

ثبت‌نام‌کنندگان Medicare-Medi-Cal: شخصی که برای پوشش Medicare و Medi-Cal واجدشرایط است. ثبت‌نام‌کنندهٔ Medicare-Medi-Cal با نام «شخص واجدشرایط دوگانه» نیز شناخته می‌شود.

بخش A از Medicare: طرح Medicare که اکثر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در بیمارستان، مراکز پرستاری حرفه ای و خدمات سلامت در منزل و آسایشگاه را تحت‌پوشش قرار می دهد.

بخش B از Medicare: طرح Medicare که خدماتی را تحت‌پوشش قرار می‌دهد (مانند تست‌های آزمایشگاهی و ویزیت‌های پزشک) و همچنین امکانات (مانند صندلی چرخ‌دار و واکر) که از نظر پزشکی برای درمان بیماری‌ها و شرایط پزشکی لازم هستند. بخش B از Medicare نیز بسیاری از خدمات پیشگیری و غربال‌گری را تحت‌پوشش قرار میدهد.

بخش C از Medicare: طرح Medicare، که به‌عنوان «Medicare Advantage» یا «MA» نیز شناخته می‌شود و به شرکت‌های بیمه درمانی خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق طرح Medicare Advantage ارائه کنند.

بخش D از Medicare: طرح مزایای داروی تجویزی Medicare. ما به این طرح به اختصار «بخش D» می گوییم. بخش D از Medicare داروهای تجویزی سرپایی، واکسن‌ها، و برخی از لوازمی را که تحت‌پوشش بخش A یا بخش B از Medicare یا Medicaid نیستند پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D است.

داروهای بخش D از Medicare: داروهایی تحت‌پوشش بخش D از Medicare. کنگره به‌طور مشخص دسته‌های خاصی از داروها را از پوشش بخش D از Medicare خارج می‌کند. طرح Medicare ممکن است برخی از این داروها را تحت‌پوشش قرار دهید.

مدیریت دارودرمانی (MTM): گروهی متمایز از خدمات یا گروهی از خدمات ارائه شده توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، ازجمله داروسازان، برای اطمینان از بهترین نتایج درمانی برای بیماران. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

عضو (اعضای طرح یا عضو طرح): فردی دارای Medicare و Medi-Cal که واجدشرایط دریافت خدمات تحت‌پوشش است، فردی که در طرح ما ثبت‌نام کرده و ثبتنام او توسط مراکز خدماتی Medicare و Medicaid (CMS) و ایالت تأیید شده است.

کتابچهٔ اعضا و **اطلاعات افشاء:** این سند به همراه فرم ثبت‌نام شما و دیگر موارد پیوست شده یا موارد الحاقی، کارهایی که ما باید انجام دهیم، حقوق شما و کارهایی که باید به‌عنوان عضو طرح ما انجام دهید را توضیح می دهند.

خدمات اعضا: بخشی در طرح ما که مسئول پاسخگویی سؤالات شما درباره عضویت، مزایا، شکایت‌ها و درخواست‌های تجدیدنظر است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره «خدمات اعضا»، به **فصل 2** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

داروخانه شبکه: داروخانه هایی (مراکز دارویی) هستند که موافقت کرده‌اند نسخه ها را برای اعضای طرح ما پر کنند. ما به آن‌ها «داروخانه‌های شبکه» می‌گوییم زیرا موافقت کرده‌اند که با طرح ما همکاری کنند. در اکثر مواقع، ما هزینه نسخه‌ها را صرفاً در صورتی پرداخت می‌کنیم که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما تهیه شده باشد.

ارائه‌دهنده شبکه: «ارائه‌دهنده» یک واژه کلی است که از آن برای پزشکان، پرستاران و دیگر افرادی استفاده می‌شود که خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را در اختیار شما قرار می دهند. این عبارت همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های سلامت در منزل، درمانگاه‌ها و دیگر مکان‌هایی است که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از سلامت شما را ارائه می‌کند، همچنین تجهیزات پزشکی و برخی از خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت.

- آن‌ها مورد تأیید Medicare یا ایالت هستند تا مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را ارائه کنند.
- زمانی که موافقت کنند با طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی همکاری کرده، پرداخت ما را بپذیرند و مبلغ بیشتری از اعضای ما مطالبه نکنند، ما به آن‌ها «ارائه‌دهندگان شبکه» می‌گوییم.
- مادامی‌که عضو طرح ما هستید، باید از ارائه‌دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت‌پوشش استفاده کنید. به ارائه‌دهندگان شبکه، «ارائه‌دهندگان طرح» نیز گفته می‌شود.

آسایشگاه یا مراکز مراقبت‌های بهداشتی و درمانی: مکانی است برای افرادی که نمی توانند به‌صورت ایمن در خانه زندگی کنند و نیازی نیز به حضور در بیمارستان ندارند.

مسئول رسیدگی به شکایات: دفتری در ایالت شما که به‌عنوان مدافع حقوق شما عمل می‌کند. آن‌ها می توانند به سؤالات شما در صورتیکه مشکل یا شکایتی داشته باشید پاسخ داده و به شما کمک کنند تا بفهمید چکار کنید. خدمات بازرس کل رایگان است. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در **فصل‌های 2 و 9** *کتابچه راهنمای اعضا* خود بیابید.

تعیین‌تکلیف سازمانی: هنگامی که ما، یا یکی از ارائه‌دهندگان ما دربارهٔ این‌که آیا خدماتی تحت‌پوشش قرار بگیرند یا خیر و این‌که شما چه مقدار باید برای خدمات تحت‌پوشش پرداخت کنید، تصمیمی می‌گیریم در تعیین‌تکلیف سازمانی تلقی می‌شود. موارد تعیین‌تکلیف سازمانی «تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی» نامیده می‌شوند. **فصل ۹** از کتابچه راهنمای *اعضا* تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی خدمات را توضیح می‌دهد.

Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare با خدمات رایگان): دولت Original Medicare را پیشنهاد می‌دهد. در Original Medicare، خدمات توسط پزشکان، بیمارستان‌ها و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ارائه می‌شود که پولی هستند و هزینه آن‌ها توسط کنگره تعیین می‌شود.

- می‌توانید از هر پزشک، بیمارستان یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که Medicare را می‌پذیرند استفاده کنید. طرح Original Medicare از دو بخش تشکیل شده است: بخش A از Medicare (بیمه بیمارستان) و بخش B از Medicare (بیمه پزشکی).
- طرح Original Medicare در هر جایی از ایالات‌متحدهٔ آمریکا در دسترس است.
- اگر نمی‌خواهید در طرح ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که موافقت کرده با طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما برای هماهنگ‌سازی یا ارائه داروهای تحت‌پوشش به اعضای طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ما همکاری کند. طرح ما بیشتر داروهایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید پوشش نمی‌دهد، مگر این‌که شرایط خاصی اعمال شود.

ارائه‌دهنده خارج از شبکه یامراکز خارج از شبکه: ارائه‌دهنده یا مرکز درمانی که توسط طرح ما به کار گرفته نشده، متعلق به آن نیست و توسط آن مدیریت نمی‌شود و برای ارائه خدمات تحت‌پوشش به اعضا در طرح ما، قراردادی نبسته است. فصل 3 از *کتابچه راهنمای اعضا* **دربارهٔ ارائه‌دهندگان یا مراکز خارج از شبکه توضیح می‌دهد.**

هزینه‌های پرداختی از جیب: الزام تسهیم هزینه برای اعضا، که آن‌ها ملزم می‌کند بخشی از هزینه‌های خدمات و داروهای دریافتی‌شان را خودشان پرداخت کنند، تحت عنوان «الزام پرداخت هزینهٔ از جیب» هم شناخته می‌شود. به تعریف «تسهیم هزینه» در بالا مراجعه کنید.
داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه به هرگونه دارویی گفته می‌شود که شخص می‌تواند بدون نسخه از متخصص مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خریداری کند.

بخش A: به «بخش A از Medicare» مراجعه کنید.
بخش B: به «بخش B از Medicare» مراجعه کنید.
بخش C: به «بخش C از Medicare» مراجعه کنید.
بخش D: به «بخش D از Medicare» مراجعه کنید.
داروهای بخش D: به «داروها بخش D از Medicare» مراجعه کنید.

اطلاعات درمانی شخصی (اطلاعات درمانی محافظت شده (PHI) نیز خوانده می‌شود): اطلاعات مربوط به شما یا سلامتی شما از قبیل نام، نشانی، شماره سوشال سکیوریتی (شماره تأمین اجتماعی)، ویزیت‌های پزشک و سابقه پزشکی شما. به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و واگذاری PHI شما توسط Molina Dual Options به علاوه حقوق شما دررابطه‌با PHI شما به روال‌های اعلامیه محرمانگی مراجعه کنید.

ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه (PCP): پزشک یا سایر ارائه‌دهندگانی که برای اکثر مشکلات سلامت‌تان نخست به او مراجعه می‌کنید. آن‌ها اطمینان حاصل می‌کنند که شما مراقبت‌های بهداشتی و درمانی موردنیاز برای حفظ سلامت‌تان را دریافت می‌کنید.

- آن‌ها همچنین ممکن است با سایر پزشکان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی درباره مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما صحبت کنند و شما را به نزد آن‌ها ارجاع دهند.
- در بسیاری از طرح‌های سلامت Medicare، قبل از مراجعه به هر ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دیگری نخست باید ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه مراجعه کنید.
- به‌منظور کسب اطلاعات مربوط به دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه، به **بخش 3** از *فترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

تأییدیه قبلی (PA): درخواست خدماتی که توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما جهت دریافت تأییدیه یا مجوز از Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) برای خدماتی خاص یا دارو یا استفاده از ارائه‌دهنده خارج از شبکه مطرح می‌شود. اگر تأییدیه دریافت نکنید، Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ممکن است خدمات یا دارو را پوشش ندهد.

طرح ما برخی از خدمات پزشکی شبکه را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک یا ارائه‌دهنده شبکه دیگر از ما مجوز قبلی دریافت کند.

- خدمات تحت‌پوششی که به تأییدیهٔ قبلی نیاز دارد در جدول مزایای **فصل 4** از *کتابچه راهنمای اعضا* مشخص شده است.

طرح ما فقط در صورت دریافت مجوز قبلی از ما، برخی از داروها را پوشش می‌دهد.

- داروهای تحت‌پوشش که به اجازه قبلی برنامه ما نیاز دارند در *فهرست داروهای تحت‌پوشش* علامت گذاری شده‌اند.

برنامهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جامع‌وکامل سالمندان (PACE): برنامه ای که مزایای Medicare و Medicaid را به‌طور مشترک برای اشخاص در سنین 55 سال به بالایی که برای در خانه ماندن نیاز به سطح مراقبت بیشتری دارند پوشش می‌دهد.

اعضای مصنوعی و ارتوز: دستگاه‌های پزشکی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان شما سفارش داده‌اند و شامل این موارد هستند، اما محدود به این موارد نیستند: آتل دست، کمر و گردن؛ دست و پای مصنوعی؛ چشم مصنوعی و دستگاه‌های موردنیاز برای جایگزینی اجزای داخلی بدن یا عملکردهای آن، شامل وسایل استومی و درمان تغذیه انترال و پرنترال.

سازمان بهبود کیفیت (QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برای اشخاصی که عضو Medicare هستند کمک می‌کنند. دولت فدرال برای بررسی و بهبود مراقبت‌های ارائه شده به بیماران به QIO پول می‌پردازد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO، به **فصل 2** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

محدودیت تعداد: به‌معنای محدودیت در تعداد داروهای دریافتی است. ما ممکن است مورد مقدار دارویی که در هر نسخه تحت‌پوشش قرار می‌دهیم را محدود کنیم.

ابزار مزیت بلادرنگ: پورتال یا برنامه‌ای کامپیوتری که اعضا با استفاده از آن می‌توانند اطلاعات کامل، دقیق، به‌موقع، از لحاظ بالینی مناسب، و مختص اعضا را در مورد داروها و مزایای تحت‌پوشش دریافت کنند. این اطلاعات شامل مبالغ پرداخت مشترک، داروهای جایگزین قابل‌استفاده به‌جای داروی مورد نظر در شرایط سلامتی خاص، و محدودیت‌های احتمالی (مجوز قبلی، درمان مرحله‌ای، محدودیت‌های مقدار) اعمال‌شده بر داروهای جایگزین هستند.

ارجاع: ارجاع تأییدیه ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیهٔ شما (PCP) برای استفاده از ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP است. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را تحت‌پوشش قرار ندهیم. شما برای استفاده از متخصصین خاص ازجمله متخصصین سلامت زنان به ارجاع نیاز ندارید. اطلاعات بیشتر را درباره ارجاع‌ها می‌توانید در **فصل‌های 3 و 4** *کتابچه راهنمای اعضا* خود بیابید.

خدمات توان‌بخشی: درمان هایی که با دریافت آن‌ها کمک می‌شود از یک بیماری، حادثه یا عمل حاد بهبود پیدا کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به **فصل 4** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (STIها)، HIV/AIDS، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های تأیید کننده جنسیت و خشونت شریک جنسی.

منطقه خدمات: یک منطقه جغرافیایی که در آن طرح سلامت درصورتی‌که آن عضویت را بر اساس منطقه زندگی افراد محدود کند به عضوگیری می پردازد. در مورد طرح‌هایی که استفاده شما از پزشکان یا بیمارستان‌ها را محدود می‌کند، به‌صورت کلی منطقه ای که می‌توانید خدمات روتین (غیر اورژانس) را دریافت کنید. فقط افرادی که در منطقهٔ خدمات‌رسانی ما زندگی می‌کنند می‌توانند به طرح ما ملحق شوند.

سهم از هزینه ها: بخشی از سهم هزینه‌های درمانی شما که خود باید هر ماه و پیش از عملی شدن مزایای مراقبت‌های آن را پرداخت کنید. مقدار سهم شما از هزینه‌ها بر اساس درآمد و منابع مالی شما متفاوت است.

آسایشگاه تخصصی (SNF): مراکز پرستاری با پرسنل و تجهیزاتی که خدمات پرستاری حرفه ای را ارائه می دهند و در اکثر مواقع، خدمات بازپروری حرفه ای و دیگر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مربوطه.

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در آسایشگاه حرفه‌ای (SNF): مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و توان‌بخشی پرستاری تخصصی ارائه شده به‌صورت ادامه دار، روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. نمونه‌هایی از خدمات مراکز پرستاری حرفه ای عبارت‌اند از درمان فیزیکی یا تزریق‌های درون وریدی (IV) که یک پرستار رسمی یا پزشک می‌تواند انجام دهد.

متخصص: پزشکی که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از سلامت را برای یک بیماری خاص یا برای بخشی از بدن ارائه می‌کند.

داروخانهٔ تخصصی: برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های تخصصی، بهفصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک یا ارائه‌دهنده‌ای دیگر درخواست خدمات Medi-Cal دارد که ما تأیید نمی‌کنیم، یا ما دیگر هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت نخواهیم کرد، شما از این حق برخوردار هستید تا درخواست دادرسی و بررسی ایالتی داشته باشید. اگر تصمیم دادرسی ایالتی به نفع شما باشد، ما باید خدمات درخواستی‌تان را در اختیارتان شما قرار دهیم.

درمان مرحله‌ای: قانونی در زمینهٔ پوشش‌دهی که بر مبنای آن پیش از تحت‌پوشش قرارگرفتن داروی مورد نظرتان، ابتدا باید دارویی دیگر را مصرف کنید.

درآمد بیمه تکمیلی (SSI): مزایای ماهانه‌ای که تأمین اجتماعی به اشخاصی با درآمد و منابع مالی محدود، معلول، نابینا یا در سنین 65 سال به بالا پرداخت می‌کند. مزایای SSI مشابه مزایای بیمه تأمین اجتماعی نیست.

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری: مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برای یک بیماری یا جراحت ناگهانی یا شرایط که اورژانسی نیستند اما به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری نیاز دارند. اگر ارائه‌دهندگان شبکه ما در دسترس نباشند یا نتوانید به آن‌ها دسترسی پیدا کنید، می‌توانید مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فوری را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید.

خدمات اعضای Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

اطلاعات تماس	665-4627 (855) تماس با این شماره رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی. همچنین خدمات اعضا دارای مترجم شفاهی رایگان برای افرادی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند . ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای افرادی ارائه می‌دهیم که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند.
TTY:	TTY:711 این شماره به تجهیزات ویژه تلفن نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است.
فکس:	**برای خدمات پزشکی:** Attn: Medicare Member Services Fax: (310) 507-6186 برای خدمات (Rx) بخش D فکس: 1309-290 (866)
ارسال نامه به:	**برای خدمات پزشکی:** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **For Part D (Rx) Services:** Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
وب‌سایت	www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Form Approved
OMB# 0938-1421

MOLINA HEALTHCARE

Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters, written translations, and written information in alternative formats, are available to you. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711).

English:
We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-665-4627. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:
Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-665-4627. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:
如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们： 1-855-665-4627。说 普通話 的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:
我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 1-855-665-4627 聯絡我們。能說 广东话 的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:
May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-855-665-4627. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Vietnamese:
Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Korean:

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

Russian:

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русский язык. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. وللحصول على مترجم فوري، تفضل بالاتصال بنا على الرقم 1-855-655-4627. ويمكن لشخص يتحدث اللغة مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

Hindi:

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-665-4627 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Japanese:

弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-855-665-4627までお電話ください。日本語 の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Armenian:

Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-855-665-4627 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկն, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរនានាដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់មួយនាក់ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

H5810_24_50_CASNPStateMLI_C016

Form Approved
OMB# 0938-1421

Persian (Farsi): برای پاسخگویی به سؤالاتی که ممکن است درباره طرح های سلامت یا دارویی ما داشته باشید می توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی کافی است با شماره 1-855-665-4627 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

Hmong:

Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj.Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-855-665-4627 tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj.Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

Laotian:

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Mien:

Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih,haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv.Oix duqv taux taengx meih mbienv wac,kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-855-665-4627.Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih.Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

Punjabi:

ਸਾਡੀ ਸਹਿਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਸਿੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਅਿਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Thai:

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-855-665-4627 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian:

У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffitfit de nous appeler au 1-855-665-4627. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-665-4627. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-665-4627. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-665-4627. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.

CAMMP03ECFA1023
CAH303803ECFA24
230911