

2025

کتابچه راهنمای اعضا

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) یک طرح Medicare Medicaid Plan

کالیفرنیا 003-H3038

قابل اجرا از تاریخ 1 ژانویه تا 31 دسامبر 2025

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

از تاریخ 01/01/2025 تا تاریخ 31/12/2025

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

مقدمه کتابچه راهنمای اعضا

این کتابچه راهنمای اعضا، که تحت عنوان "مدارک پوشش" نیز شناخته می‌شود، اطلاعاتی را درباره پوششی که به‌موجب طرح ما تا مورخ 12/31/2025 دریافت می‌کنید ارائه می‌دهد. در این کتابچه درباره خدمات درمانی، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و سوءمصرف مواد)، پوشش داروهای نسخه‌ای و خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت توضیحاتی ارائه شده است. عبارات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در "فصل 12" از کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

این کتابچه یک سند قانونی مهم به‌شمار می‌رود. آن را در جای امنی نگه دارید.

وقتی در این کتابچه راهنمای اعضا از عبارات "ما"، "برای ما"، "مال ما" یا "طرح ما" استفاده می‌کنیم، منظورمان طرح Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) است.

این سند به‌صورت رایگان به زبان‌های اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، همونگ، کره‌ای، لائوسی، روسی، تاگالوگ و ویتنامی در دسترس است.

در صورت تماس با بخش خدمات اعضا از طریق شماره‌های زیر می‌توانید این سند را به‌صورت رایگان در قالب‌های دیگری مانند چاپ درشت، خط بریل و/یا فایل‌های صوتی دریافت کنید؛ (855) 665-4627، یا TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی، 7 روز هفته. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، در روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی تماس بگیرید. لطفاً توجه داشته باشید که در تعطیلات آخر هفته و همچنین در تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، ممکن است سیستم تلفن خودکار ما تماس شما را پاسخ دهد. تماس با این شماره‌ها رایگان است.

اگر از ما درخواست کنید، همیشه اطلاعات مورد نیازتان را به زبان یا در قالب مورد نظر خودتان برای‌تان ارسال می‌کنیم. چنین درخواستی به صورت دائمی ثبت می‌شود. ما درخواست دائمی شما را پیگیری می‌کنیم، بنابراین نیازی نیست که هر بار که اطلاعاتی را برای شما ارسال می‌کنیم درخواست‌های جداگانه داشته باشید.

برای دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت مربوطه با شماره (800) 541-5555، یا TTY: 711، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 5 بعد از ظهر به وقت محلی با ایالت تماس بگیرید و پرونده خود را به زبان دلخواه به‌روزرسانی کنید. برای دریافت این سند در قالبی دیگر، لطفاً با خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی تماس بگیرید. یکی از نمایندگان می‌تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست‌های دائمی کمک کند. همچنین می‌توانید برای کمک درباره درخواست‌های دائمی با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به نشانی وبسایت www.MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.



طرح Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) از طرح‌های Medicare Medi-Cal

فهرست مطالب

5	شروع به کار به‌عنوان یک عضو.....	فصل 1:
15	شماره تلفن‌ها و مرجع‌های مهم.....	فصل 2:
30	استفاده از پوشش طرح برای خدمات درمانی و سایر خدمات تحت پوشش.....	فصل 3:
48	نمودار مزایا.....	فصل 4:
100	دریافت داروهای نسخه‌ای سرپایی خود.....	فصل 5:
113	برای دریافت داروهای نسخه‌ای Medicare و Medi-Cal Medicaid چه هزینه‌ای پرداخت می‌کنید.....	فصل 6:
119	درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت می‌کنید.....	فصل 7:
124	حقوق و مسئولیت‌های شما.....	فصل 8:
144	اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی، درخواست تجدید نظر یا شکایت در این رابطه) از چه طریقی باید اقدام کنید.....	فصل 9:
177	پایان دادن به عضویتان در طرح ما.....	فصل 10:
183	ابلاغیه‌های قانونی.....	فصل 11:
186	مفهوم و ارزش‌های مهم.....	فصل 12:



سلب مسئولیت

- ❖ پوششی که **Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)** ارائه می‌کند نوعی پوشش سلامت مشروط به نام "حداقل پوشش ضروری" است. این پوشش از الزامات مسئولیت مشترک فردی مربوط به قانون مقررات محافظت از بیمار و خدمات درمانی مقرون به صرفه (ACA) پیروی می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرایط مربوط به الزامات مسئولیت مشترک فردی، به وبسایت اداره خدمات درآمد داخلی (IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families مراجعه کنید.
- ❖ طرح **Molina Medicare Complete Care (HMO-DSNP)** یک طرح سلامت است که قرارداد Medicare و همچنین قراردادی با برنامه ایالتی Medicaid نیز دارد. عضویت در طرح **Molina Medicare Complete Care Plus** به تمدید قرارداد وابسته است.
- ❖ واجد شرایط بودن برای **Model Benefit** یا **Rewards and Incentives (RI)** ذیل طرح بیمه مبتنی بر ارزش (VBID) تضمین نمی‌شود و در صورتی که واجد شرایط بودن شرکت‌کنندگان هدف برای **Model Benefits** یا **RI Programs** تضمین نشود یا امکان تصمیم‌گیری درباره آن قبل از یک سال دوره طرح وجود نداشته باشد، سازمان مزیت Medicare یا MAO پس از عضویت در طرح و بر مبنای معیارهای مرتبط، مثل تشخیص بالینی، معیارهای واجد شرایط بودن، شرکت در برنامه‌های مدیریت وضعیت بیماری درباره آن تصمیم می‌گیرد.
- ❖ طرح **MediCare** این طرح **Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)** را به‌منظور ارائه این مزایا و یا مزایای پرداخت مشترک/بیمه‌اشتراکی کم‌هزینه‌تر به‌عنوان بخشی از طرح بیمه مبتنی بر ارزش تأیید کرده است. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد راه‌های جدیدی را بهبود طرح‌های **Medicare Advantage** امتحان کند.



اطلاعیه عدم تبعیض

طرح Molina Healthcare (Molina) از تمامی قوانین حاکم حقوقی مدنی فدرال پیروی می‌کند و بر مبنای جنس، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، ملیت، قومیت، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، یا گرایش جنسی تبعیض قائل نمی‌شود.

اگر طرح Molina بر مبنای جنس، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، ملیت، قومیت، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، یا گرایش جنسی علیه شما تبعیض قائل شده است، می‌توانید شکایتان را به آدرس‌های زیر ارسال کنید:

Civil Rights Coordinator

200 OceanGate Long Beach, CA 90802

تلفن: شماره (866) 606-3889 روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر به وقت محلی

شماره TTY: 711

فکس: (562) 499-0610

ایمیل: civil.rights@MolinaHealthcare.com

شکایتان را می‌توانید به صورت حضوری، یا از طریق پست، فکس یا ایمیل ارسال کنید. اگر برای ارسال شکایت به کمک نیاز دارید، هماهنگ‌کننده حقوق مدنی می‌تواند به شما کمک کند.

علاوه بر این، می‌توانید شکایتان در خصوص حقوق مدنی را به صورت تلفنی، حضوری، یا الکترونیکی به دپارتمان خدمات درمانی کالیفرنیا، دفتر حقوق مدنی 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 آدرس مراجعه کنید: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

اگر احساس می‌کنید که Molina بر مبنای نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت علیه شما تبعیض قائل شده است، از طریق پورتال دفتر شکایات حقوق مدنی که در لینک زیر قابل دسترسی است، می‌توانید به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر شکایات حقوق مدنی شکایت کنید:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

یا از طریق آدرس پستی یا شماره تلفن‌های زیر اقدام کنید:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F

HHH Building

Washington, DC 20201

یا 1-800-868-1019 یا (TDD) 800-537-7697

فرم شکایت را می‌توانید در این آدرس دریافت کنید:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



فصل 1: شروع به کار به عنوان یک عضو

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی درباره Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) است؛ نوعی طرح سلامت که همه خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد، و همه خدمات Medicare و Medi-Cal شما، و عضویت‌تان در آن را هماهنگ می‌کند. همچنین به شما می‌گوید که چه انتظاری داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

فهرست مطالب

6	A. به طرح ما خوش آمدید.....
6	B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal.....
6	B1. طرح Medicare.....
6	B2. Medi-Cal.....
7	C. مزایای طرح ما.....
7	D. منطقه خدمات‌رسانی طرح ما.....
7	E. چه چیزی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می‌کند.....
8	F. وقتی که برای اولین بار عضو طرح درمانی می‌شوید چه انتظاراتی باید داشته باشید.....
8	G. تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما.....
8	G1. تیم خدمات درمانی.....
9	G2. طرح خدمات درمانی.....
9	H. هزینه‌های ماهانه شما برای Molina Medicare Complete Care Plus.....
9	H1. هزینه ماهانه طرح.....
9	H2. هزینه ماهانه بخش B از Medicare.....
10	H3. مبلغ پرداخت نسخه Medicare.....
10	I. کتابچه راهنمای اعضا شما.....
10	J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید.....
10	J1. کارت شناسایی اعضا شما.....
12	J2. فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها.....
13	J3. فهرست داروهای تحت پوشش.....
13	J4. توصیف مزایا.....
14	K. به روز نگه داشتن سابقه عضویت‌تان.....
14	K1. محرمانگی اطلاعات سلامت شخصی (PHI).....

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که واجد شرایط هر دو برنامه هستند ارائه می‌دهد. طرح ما از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات بلند مدت، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت رفتاری و دیگر ارائه‌دهندگان تشکیل شده است. همچنین هماهنگ‌کنندگان مراقبت و تیم‌های خدمات درمانی را هم برای کمک به شما در زمینه مدیریت ارائه‌دهندگان و خدمات‌تان در نظر گرفته‌ایم. همگی این افراد با همکاری یکدیگر، خدمات مورد نیاز شما را ارائه می‌کنند.

ما در Molina Healthcare می‌دانیم که هرکدام از اعضاء نیازهایی متفاوت و جداگانه 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 کمک‌هایی شخصی‌شده و با آرامش‌خاطر بیشتری داشته باشید.

طرح Molina Healthcare بیش از 35 سال پیش با هدف ارائه خدمات درمانی با کیفیت به افراد بیشتر، خصوصاً افرادی که بیشترین نیاز را به چنین خدمات درمانی دارند، تأسیس شد. از آغاز تاکنون، طرح (Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) نیازهای اعضای خود را در اولویت قرار داده است.

به طرح Molina Healthcare خوش آمدید. خانواده دوم شما.

B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal**B1. طرح Medicare**

طرح Medicare بیمه سلامت 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 دچار مشکلات حاد کلیوی هستند (نارسایی کلیه).

B2. Medi-Cal

طرح Medi-Cal در ایالت کالیفرنیا Medicaid 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 درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه‌های خدمات و پشتیبانی بلندمدت (LTSS) و هزینه‌های پزشکی را بپردازند. این طرح همچنین سایر خدمات و داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد.

هر ایالتی در مورد موارد زیر تصمیم می‌گیرد:

- چه مواردی درآمد و منابع مالی محسوب می‌شوند،
- چه کسی واجد شرایط است،
- چه خدماتی تحت پوشش است، و
- هزینه خدمات.

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

طرح Medicare و ایالت California طرح ما را تأیید کرده‌اند. در صورتی که شرایط زیر را داشته باشید، می‌توانید از خدمات Medicare و Medi-Cal از طریق طرح ما برخوردار شوید:

- ما تصمیم بگیریم که این طرح را ارائه کنیم، و
- طرح Medicare و ایالت California به ما امکان ادامه ارائه این طرح را بدهند.

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



C. مزایای طرح ما

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

ما کمک خواهیم کرد به‌شيوه‌ای موثر از مزایای Medicare و Medi-Cal در کنار هم بهره‌مند شوید. برخی از مزایای این طرح عبارتند از:

- شما می‌توانید در مورد اکثر نیازهای‌تان در زمینه خدمات درمانی با ما همکاری کنید.
- یک تیم خدمات درمانی در اختیار شما قرار می‌گیرد که با مشورت خودتان تشکیل می‌شود. تیم خدمات درمانی شما می‌تواند شامل خودتان، ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان، پزشکان، پرستاران، مشاوران، یا سایر کارشناسان حوزه بهداشت و درمان باشد.
- به یک هماهنگ‌کننده مراقبت نیز دسترسی خواهید داشت. مدیر پرونده فردی است که با شما و با طرح ما و همچنین با تیم مراقبت شما همکاری می‌کند تا یک طرح خدمات درمانی تنظیم کنید.
- شما می‌توانید مراقبت‌های خود را با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت هدایت کنید.
- تیم خدمات درمانی و هماهنگ‌کننده مراقبت شما با همکاری خود شما یک طرح خدمات درمانی را برای شما طراحی خواهند کرد و نیازهای‌تان در حوزه سلامت و درمان را برآورده خواهند کرد. تیم خدمات درمانی به هماهنگ‌سازی خدمات مورد نیازتان کمک می‌کند. به‌عنوان مثال، تیم خدمات درمانی اطمینان حاصل می‌کند که:
 - پزشک شما از کلیه داروهای مورد استفاده شما آگاه است تا اطمینان حاصل شود که داروهای صحیح را دریافت خواهید کرد و آن‌ها می‌توانند عوارض جانبی احتمالی حاصل از داروها را کم کنند.
 - نتایج آزمایش‌های شما با تمامی پزشک‌های شما و در صورت نیاز سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به اشتراک گذاشته می‌شود.

پیوستن اعضا جدید به طرح Molina Medicare Complete Care Plus: در اکثر موارد، پس از درخواست برای ثبت‌نام در Molina Medicare Complete Care Plus، در اولین روز از ماه بعد برای دریافت مزایای Medicare خود به عضویت Molina Medicare Complete Care Plus در خواهید آمد. همچنان می‌توانید 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. اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق شماره (855) 665-4627، شماره TTY: 711 با ما تماس بگیرید.

D. منطقه خدمات‌رسانی طرح ما

محدوده خدمات‌رسانی ما شامل این شهرستان‌ها در ایالت California است:

❖ شهرستان‌های Los Angeles، Riverside، San Bernardino و San Diego.

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

اگر به خارج از محدوده خدمات‌رسانی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره تأثیر نقل مکان به خارج از محدوده خدمات‌رسانی ما، به فصل 8 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

E. چه چیزی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می‌کند

در صورتی که شرایط زیر را داشته باشید، می‌توانید عضو طرح ما شوید:

- در منطقه خدمات‌رسانی ما زندگی کنید (افراد زندانی حتی اگر از نظر فیزیکی در منطقه 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 ایالات متحده آمریکا باشید یا به‌صورت قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور داشته باشید، و
- در حال حاضر واجد شرایط دریافت Medi-Cal باشید

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F. وقتی که برای اولین بار عضو طرح درمانی می‌شوید چه انتظاراتی باید داشته باشید

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

باید ارزیابی HRA را برای شما انجام دهیم. ارزیابی HRA مبنایی برای طراحی طرح خدمات درمانی شما است. ارزیابی HRA شامل سوالاتی شناسایی نیازهای پزشکی، سلامت رفتاری و عملکردی شما می‌باشد.

برای انجام ارزیابی HRA با شما تماس می‌گیریم. ما می‌توانیم HRA را با مراجعه حضوری، تماس تلفنی یا 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 عضو شبکه ما نباشند. ما این شیوه ارائه خدمات درمانی را پیوستگی ارائه خدمات درمانی می‌نامیم. اگر این پزشکان عضو شبکه ما نباشند، در صورتی که همه شرایط زیر را داشته باشید، می‌توانید ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود در زمان ثبت‌نام را تا 12 ماه حفظ کنید:

- شما، نماینده شما، یا ارائه‌دهنده خدمات شما از ما درخواست کند که به شما اجازه دهیم به استفاده از ارائه‌دهنده خدمات فعلی‌تان ادامه دهید.
- بررسی‌های ما نشان دهد که شما با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی اولیه یا تخصصی ارتباط قبلی دارید، البته استثناهایی در این زمینه وجود دارد. منظور ما از "ارتباط قبلی" این است که شما طی 12 ماه قبل از تاریخ عضویت اولیه خود در طرح ما حداقل یک بار برای ویزیت‌های غیر اورژانسی به یک ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.
 - ما با بررسی اطلاعات سلامت و درمان فعلی شما یا اطلاعاتی که از شما دریافت می‌کنیم وجود ارتباط قبلی را اثبات می‌کنیم.
 - ما موظفیم در عرض 30 روز به درخواست شما پاسخ دهیم. همچنین شما می‌توانید از ما درخواست کنید تا سریعتر تصمیم‌گیری کنیم و ما باید ظرف 15 روز به شما پاسخ دهیم. می‌توانید این درخواست را با تماس با (855) 665-4627، مطرح کنید، شماره TTY: 711.
 - اگر در معرض خطر آسیب‌دیدگی قرار دارید، ما موظفیم در عرض 3 روز به درخواست شما پاسخ دهیم.
 - هنگام ارسال این درخواست، شما یا ارائه‌دهندگان خدمات شما باید مدارک وجود ارتباط قبلی را به ما نشان دهید و با شروط خاصی موافقت کنید.

توجه: شما می‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) برای دست‌کم 90 روز ارائه دهید، تا اینکه ما مجوز اجاره جدید را صادر کنیم و از یکی از ارائه‌دهندگان شبکه بخواهیم تجهیزات اجاره‌ای را تحویل دهید. هر چند نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان تجهیزات حمل‌ونقل و ارائه‌دهندگان سایر تجهیزات 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 ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما وابسته‌اند استفاده کنید، مگر اینکه با پزشک خارج از شبکه شما توافق کنیم. ارائه‌دهنده عضو شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح درمانی همکاری می‌کند. اساساً PCP‌های طرح درمانی ما وابسته به IPAها و گروه‌های پزشکی هستند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می‌کنید، IPAها یا گروه پزشکی وابسته به آنها را نیز انتخاب می‌کنید. این بدان معناست که PCP شما، شما را به متخصصین و خدمات IPA یا گروه پزشکی وابسته به خودش ارجاع می‌دهد. IPA یا گروه پزشکی یک انجمن متشکل از PCPها و متخصصین است که برای ارائه خدمات درمانی هماهنگ به شما ایجاد شده است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات درمانی، به فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G. تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما

G1. تیم خدمات درمانی

تیم خدمات درمانی به شما در دریافت خدمات درمانی مورد نیازتان کمک می‌کند. تیم خدمات درمانی ممکن است شامل پزشک، هماهنگ‌کننده مراقبت یا سایر کارشناسان سلامت و درمان باشد که شما انتخاب می‌کنید.

هماهنگ‌کننده مراقبت به شخصی گفته می‌شود که برای کمک به مدیریت خدمات درمانی مورد نیازتان آموزش دیده است. وقتی عضو طرح ما شوید یک هماهنگ‌کننده مراقبت برای شما تعیین می‌شود. این شخص همچنین ممکن است شما را به سایر منابع اجتماعی که طرح ما ارائه نمی‌دهد ارجاع دهد و با



همکاری تیم خدمات درمانی‌تان به هماهنگ‌سازی خدمات درمانی‌تان کمک می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد هماهنگ‌کننده مراقبت و تیم خدمات درمانی خود با شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

G2. طرح خدمات درمانی

تیم خدمات درمانی‌تان با همکاری خودتان یک طرح خدمات درمانی را طراحی خواهد کرد. طرح خدمات درمانی مورد نیازتان و نحوه دریافت آنها را به شما و پزشکتان نشان می‌دهد. این طرح شامل نیازهای پزشکی، سلامت رفتاری، و خدمات پشتیبانی بلندمدت (LTSS) یا سایر خدمات شما می‌باشد.

طرح خدمات درمانی‌تان شامل موارد زیر است:

- اهداف خدمات درمانی‌تان، و
- برنامه‌ای زمانی برای زمانی که باید خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنید.

تیم خدمات درمانی شما پس از انجام HRA با شما ملاقات می‌کند. آن‌ها در مورد خدمات مورد نیازتان با شما صحبت می‌کنند. همچنین در مورد خدماتی که ممکن است شما علاقمند به دریافت آن‌ها باشید با شما صحبت می‌کنند. طرح خدمات درمانی شما بر اساس نیازهای شما ایجاد شده است. تیم خدمات درمانی‌تان با همکاری خودتان حداقل سالی یک بار طرح خدمات درمانی‌تان را به‌روز می‌کند.

H. هزینه‌های ماهانه شما برای Molina Medicare Complete Care Plus

هزینه‌های شما ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- هزینه ماهانه طرح (بخش H1)
 - هزینه ماهانه بخش B طرح Medicare (بخش H2)
 - مبلغ طرح پرداخت نسخه Medicare (بخش H3)
- در برخی شرایط، هزینه ماهانه طرح‌تان ممکن است کمتر باشد.

H1. هزینه ماهانه طرح

به عنوان عضوی از طرح‌تان، باید هزینه ماهانه‌ای را برای طرح پرداخت کنید. هزینه ماهانه طرح Molina Medicare Complete Care Plus برای سال 2025 برابر با \$1.60 است. با توجه به سطح مساعده "کمک بیشتر" شما، هزینه ماهانه طرح شما که برابر با \$1.60 است ممکن است به \$0 کاهش یابد.

H2. هزینه ماهانه بخش B از Medicare

بسیاری از اعضاء ملزم به پرداخت هزینه‌های ماهانه دیگری برای Medicare هستند.

علاوه بر پرداخت هزینه ماهانه طرح، برخی اعضا موظف هستند هزینه‌های ماهانه دیگری برای Medicare بپردازند. 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 از Medicare را داشته باشید. طرح Medi-Cal هزینه ماهانه بخش A از Medicare (در صورتی که به صورت 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 ماهانه طرح Medicare شما را پرداخت نمی‌کند، برای اینکه همچنان عضو طرح بمانید باید خودتان هزینه‌های ماهانه طرح Medicare خود را پرداخت کنید. این موضوع شامل هزینه ماهانه شما برای بخش B از Medicare نیز می‌شود. همچنین ممکن است شامل هزینه ماهانه بخش A از Medicare باشد که بر اعضای که واجد شرایط دریافت رایگان بخش A از Medicare نیستند، تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، لطفاً با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید و آن‌ها را از این تغییر مطلع کنید.



H3. مبلغ پرداخت نسخه Medicare

اگر در طرح پرداخت نسخه Medicare شرکت دارید (به جای پرداخت در داروخانه)، صورتحساب داروهای نسخه‌ای خود را از طرح بیمه دریافت خواهید کرد. صورتحساب ماهانه شما شامل مبلغی است که بابت نسخه‌های دریافتی بدهکار هستید، به علاوه مانده حساب ماه قبل‌تان، تقسیم بر تعداد ماه‌های باقی‌مانده در سال.

فصل 2 اطلاعات بیشتری را درباره طرح پرداخت نسخه Medicare به شما ارائه می‌دهد. اگر با مبلغی که به عنوان این گزینه پرداخت برای شما صورتحساب شده است مخالف هستید، با دنبال کردن مراحل ارائه‌شده در **فصل 9** می‌توانید شکایت یا درخواست تجدید نظر کنید.

A. کتابچه راهنمای اعضا شما

کتابچه راهنمای اعضا شما بخشی از قرارداد ما با شما است. این یعنی ما باید به تمامی مقررات این سند پایبند باشیم. اگر فکر می‌کنید ما در موردی خلاف این قوانین عمل کرده‌ایم، می‌توانید برای تصمیم ما درخواست تجدیدنظر دهید. برای کسب اطلاعات درباره تجدیدنظر، به **فصل 9** از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید، یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

از طریق شماره‌های موجود در پایین صفحه می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید و کتابچه راهنمای اعضا را درخواست کنید. همچنین می‌توانید به کتابچه راهنمای اعضا که بر روی وبسایت ما به نشانی MolinaHealthcare.com/Medicare قرار داده شده است مراجعه کنید.

این قرارداد برای ماه‌هایی که از تاریخ 1/1/2025 تا 31/12/2025 عضو طرح ما می‌باشید، قابل اجرا است.

J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید

اطلاعات مهم دیگری که در اختیار شما قرار می‌دهیم شامل این موارد است: کارت شناسایی عضو، اطلاعات نحوه دسترسی به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها، و اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به فهرست داروهای تحت پوشش، که به عنوان فرمولاری نیز شناخته می‌شود.

J1. کارت شناسایی اعضا شما

در طرح درمانی ما، برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود، شامل خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت، برخی خدمات درمانی رفتاری و داروهای نسخه‌ای، از یک کارت استفاده خواهید کرد. هنگام دریافت خدمات یا نسخه خود باید این کارت را نشان دهید. در اینجا نمونه‌ای از کارت شناسایی عضو را مشاهده می‌کنید:



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

تا زمانی که یکی از اعضای این طرح هستید، برای دریافت اکثر خدمات نیازی به استفاده از کارت قرمز، سفید و آبی رنگ Medicare یا کارت Medi-Cal نیست. این کارت‌ها را در جای امن نگاه دارید، شاید در آینده به آنها نیاز داشته باشید. اگر به جای کارت شناسایی عضو خود، کارت Medicare خود را نشان دهید، ارائه‌دهنده ممکن است صورتحساب را به جای طرح ما برای طرح Medicare ارسال کند، و ممکن است صورتحسابی

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



را دریافت کنید. برای اطلاع از اینکه در صورت دریافت صورتحساب از ارائه‌دهنده‌های خدمات چه کاری باید انجام دهید، به **فصل 7** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

- طب‌سوزنی
- برنامه معافیت ایدز
- خدمات آمبولانس
- خدمات نقص شنوایی
- درمان سلامت رفتاری (BHT)
- خون و فرآورده‌های خونی
- قلبی و ریوی
- پرستار تخصصی خانواده دارای مجوز
- کایروپراکتیک
- خدمات دیالیز مزمن
- خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS)
- برنامه جامع خدمات دوران بارداری (خدمات پیشگیرانه)
- دندان‌پزشکی
- تصاویر رادیولوژی تشخیصی
- دیالیز
- تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مرتبط
- ویزیت پزشک
- خدمات دوره‌ای و زودهنگام غربالگری، تشخیص و درمان (EPSDT)
- خدمات درمانی اورژانسی
- تغذیه وریدی
- خدمات و لوازم تنظیم خانواده
- مرکز بهداشتی مورد تأیید فدرال (FQHC)
- شنوایی
- مراقبت در خانه و جامعه برای سالمندان معلول عملکردی (صرفاً معافیت)
- خدمات سازمان مراقبت خانگی
- کمک‌های بهداشتی در منزل
- آسایشگاه بیماران لاعلاج
- بستری در بیمارستان
- مرکز مراقبت متوسط
- بیماری و عارضه کلیوی
- خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی و رادیو ایزوتوپ
- خدمات مامایی مجاز
- وعده‌های غذایی
- حمل نقل پزشکی در مواقع غیر اورژانسی
- خدمات پرستار بیهوشی
- سلامت روان غیربستری
- داروهای نسخه‌ای غیربستری
- توانبخشی غیربستری
- خدمات غیربستری
- خدمات درمانی شخصی



- سیستم پاسخگویی اضطراری شخصی-PERS
- درمان بیماری‌های پا
- خدمات پیشگیرانه
- وسایل پروتز
- خدمات روانشناسی
- کلینیک بهداشتی روستایی (RHC)
- خدمات مترجم شفاهی زبان اشاره
- آسایشگاه تخصصی
- خدمات پرستاری ویژه
- پیوندها
- خدمات حمل‌ونقل/غیر حمل‌ونقل
- خدمات اضطراری
- بینایی
- خدمات پیشگیری از آسم
- خدمات دندانپزشکی
- خدمات مامای همراه

این لیست ممکن است کامل نباشد. فهرست مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما در فصل 4، بخش F ارائه شده است.

2. فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها

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

می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا با شماره‌های موجود در پایین صفحه، فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها را (در قالب الکترونیکی یا نسخه کاغذی) درخواست کنید. درخواست برای نسخه کاغذی فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها در عرض سه روز کاری برای شما پست می‌شود.

همچنین می‌توانید به فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه به‌نشانی www.MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.

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

- ❖ نام‌ها
- ❖ آدرس‌ها
- ❖ شماره تلفن‌ها
- ❖ زبان‌ها
- ❖ در دسترس بودن موقعیت‌های مکانی خدمات
- ❖ امتیازها/ارتباطات بیمارستان
- ❖ گروه پزشکی

باید بتوانید به‌آسانی به پزشکان مراجعه کنید و مطب‌ها باید هرگونه کمکی را که برای دریافت خدمات درمانی لازم است ارائه کنند. اطلاعات دسترسی‌پذیری فیزیکی برای موارد زیر فهرست شده است:

- ❖ دسترسی پایه
- ❖ دسترسی محدود

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

- ❖ P = پارکینگ
- ❖ EB = ساختمان بیرونی

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 665-4627 (855)، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



- ❖ IB = ساختمان داخلی
- ❖ W = اتاق انتظار
- ❖ R = سرویس بهداشتی
- ❖ E = اتاق معاینه
- ❖ T = میز معاینه
- ❖ S = ترازوی وزن کردن با ویلچر

همچنین می توانید اطلاعات مربوط به پذیرش بیماران جدید توسط ارائه دهنده (پزشکان، بیمارستان ها، متخصصین یا درمانگاه های پزشکی) را در راهنمای ارائه دهندگان یا به صورت آنلاین از طریق تارنمای www.MolinaHealthcare.com/Medicare پیدا کنید.

تعریف ارائه دهندگان عضو شبکه

- ارائه دهندگان عضو شبکه ما عبارتند از:
 - پزشکان، پرستاران و دیگر متخصصین خدمات درمانی که می توانید به عنوان اعضای طرح ما از آن ها استفاده کنید؛
 - کلینیک ها، بیمارستان ها، آسایشگاه ها و دیگر مکان هایی که خدمات درمانی را در طرح ما ارائه می کند؛ و
 - خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS)، خدمات سلامت رفتاری، سازمان های ارائه دهنده خدمات درمانی در منزل، ارائه دهندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و دیگر ارائه دهندگان کالا و خدمات به شما از طریق Medicare یا Medi-Cal.

ارائه دهندگان عضو شبکه با پذیرش پرداختی ها از سوی طرح ما برای خدمات تحت پوشش به صورت کامل موافق هستند.

تعریف داروخانه های عضو شبکه

- داروخانه های عضو شبکه به داروخانه هایی گفته می شود که با پیچیدن نسخه های اعضا طرح ما موافقت کرده اند. با استفاده از فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها می توانید داروخانه های عضو شبکه مورد نظر خود را انتخاب کنید.
- به جز در مواقع اضطراری، اگر می خواهید که طرح ما به شما کمک کند هزینه نسخه ها را بپردازد، باید نسخه های خود را از یکی از داروخانه های شبکه ما تهیه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر، از طریق شماره های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید. هم خدمات اعضا و هم وبسایت ما می توانند به روزترین اطلاعات را در مورد تغییرات در داروخانه ها و ارائه دهندگان شبکه ما به شما ارائه دهند.

J3. فهرست داروهای تحت پوشش

این طرح دارای فهرست داروهای تحت پوشش است. ما به اختصار به آن "لیست دارو" می گوئیم. این لیست داروهای نسخه ای را که تحت پوشش طرح ما هستند نشان می دهد.

لیست دارو همچنین اطلاعاتی را درباره قوانین یا محدودیت هایی که برای هر دارو وجود دارد، مانند محدودیت در مقداری که می توانید دریافت کنید، به شما ارائه می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

هر ساله اطلاعاتی را درباره نحوه دسترسی به لیست دارو برای شما ارسال می کنیم، اما ممکن است تغییراتی در طول سال اعمال شوند. برای دریافت به روزترین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش، 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 نسخه ای بخش D از Medicare استفاده می کنید، خلاصه ای برایتان ارسال می کنیم تا از پرداخت های مربوط به داروهای نسخه ای بخش D از Medicare مطلع شوید و آن ها را ننگه دارید. به این خلاصه، توصیف مزایا (EOB) گفته می شود.

در توصیف مزایا (EOB) درباره مبلغ کل خرج شده توسط شما، یا خرج شده توسط دیگران از جانب شما برای داروهای نسخه ای بخش D از Medicare و مبلغ کلی که ما برای هر کدام از داروهای نسخه ای بخش D از Medicare در طول ماه پرداخت کرده ایم، توضیحاتی ارائه شده است.



این EOB یک صورت حساب نیست. در EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید ارائه شده است. **فصل 6** از کتابچه راهنمای اعضا در مورد EOB و اینکه چگونه به شما کمک می‌کند پوشش دارویی خود را پیگیری کنید، اطلاعات بیشتری به شما می‌دهد. همچنین می‌توانید برای دریافت EOB درخواست دهید. برای دریافت نسخه‌ای از EOB، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

K. به روز نگه داشتن سابقه عضویتان

وقتی اطلاعاتتان تغییر می‌کند، با درخواست از ما می‌توانید سابقه عضویتان را به‌روز نگه دارید.

ما با استفاده از این اطلاعات از صحیح بودن اطلاعاتتان در سوابقمان اطمینان حاصل می‌کنیم. ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های عضو شبکه ما هم 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 صورت رخداد هر یک از اتفاقات زیر، مراتب را فوراً به ما اطلاع دهید:

- تغییر نام، آدرس یا شماره تلفن‌تان؛
- تغییر در هر گونه پوشش بیمه درمانی دیگر، مانند کارفرمای شما، کارفرمای همسران، یا کارفرمای شریک زندگی شما، یا غرامت افراد شاغل؛
- هرگونه مطالبه خسارت، به‌عنوان مثال در رابطه با سانحه رانندگی؛
- بستری در آسایشگاه سالمندان یا بیمارستان؛
- خدمات درمانی در بیمارستان یا بخش اورژانس؛
- تغییرات اطلاعات فردی که از شما مراقبت می‌کند (یا هر کسی که مسئول شما است)؛ و،
- در صورت شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی. (توجه: لازم نیست در مورد یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که در آن هستید یا بخشی از آن هستید به ما اطلاع دهید، اما شما را تشویق می‌کنیم که این کار را انجام دهید).

در صورت بروز هرگونه تغییر در اطلاعات، با شماره‌های خدمات اعضاء در پایین صفحه تماس بگیرید.

اعضاء می‌توانند برای تغییر پزشک، به‌روزرسانی اطلاعات تماس‌شان، درخواست کارت شناسایی جدید، دریافت یادآوری سلامت درباره خدماتی که نیاز دارند، یا مشاهده سابقه خدمات‌شان یک حساب آنلاین My Molina بسازند. برای ساخت یا دسترسی به حساب My Molina خود، به آدرس <https://member.molinahealthcare.com> مراجعه کنید.

K1. محرمانگی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)

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



فصل 2: شماره تلفن‌ها و مرجع‌های مهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس مرجع‌های مهمی را ارائه می‌کند که می‌توانند به سوالاتان درباره‌ی طرح ما و مزایای خدمات درمانی‌تان پاسخ دهند. علاوه بر این در این فصل اطلاعاتی درباره‌ی نحوه‌ی تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت و سایرین برای اقدام به‌نماینده‌ی از طرف شما ارائه شده است. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

16	A. خدمات اعضا
18	B. هماهنگ‌کننده مراقبت شما
19	C. برنامه مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه سلامت (HICAP)
20	D. خط تلفن مشاوره پرستاری
20	E. خط تلفن بحران سلامت رفتاری
21	F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)
22	G. طرح Medicare
23	H. طرح Medi-Cal
24	I. دفتر رسیدگی به شکایات در زمینه خدمات درمانی مدیریت‌شده و سلامت رفتار Medi-Cal
24	J. خدمات اجتماعی شهرستان
25	K. سازمان خدمات سلامت روان شهرستان
26	L. دپارتمان خدمات درمانی مدیریت‌شده کالیفرنیا
26	M. برنامه‌هایی جهت کمک به افراد در پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای‌شان
27	M1. کمک بیشتر
27	N. تأمین اجتماعی
28	O. هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن (RRB)
28	P. بیمه گروهی یا سایر بیمه‌های اعطایی از سوی کارفرمایان
29	Q. سایر منابع
29	R. طرح دندانپزشکی Medi-Cal



A. خدمات اعضا

<p>اطلاعات تماس (855) 665-4627. تماس با این شماره‌ها رایگان است.</p> <p>7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی فناوری‌های کمکی، از جمله گزینه‌های سلف سرویس و پست صوتی، در روزهای تعطیل، بعد از ساعات کاری عادی و شنبه‌ها و یکشنبه‌ها در دسترس هستند.</p> <p>ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات ترجمه شفاهی رایگان را ارائه می‌دهیم.</p>	اطلاعات تماس
<p>711. تماس با این شماره‌ها رایگان است.</p> <p>این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.</p> <p>از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی.</p>	TTY
<p>برای خدمات پزشکی:</p> <p>فکس: (310) 507-6186</p> <p>برای خدمات (Rx) بخش D:</p> <p>فکس: (866) 290-1309</p>	فکس:
<p>برای خدمات پزشکی:</p> <p>200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802</p> <p>برای خدمات (Rx) بخش D:</p> <p>7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047</p>	ارسال نامه
<p>www.MolinaHealthcare.com/Medicare</p>	وبسایت:

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

- سوالاتی درباره طرح
- سوالاتی در مورد مطالبات یا صورتحساب
- تصمیمات پوشش‌دهی مربوط به مراقبت‌های سلامتی
 - تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی خدمات درمانی به تصمیمی گفته می‌شود که در رابطه با این موارد گرفته می‌شود:
 - مزایای شما و خدمات تحت پوشش، یا
 - مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما می‌پردازیم.
 - اگر در زمینه تصمیم‌گیری درباره پوشش خدمات درمانی خود سوالی دارید، با ما تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش‌دهی به فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.
- تجدیدنظر درباره خدمات درمانی‌تان
 - درخواست تجدیدنظر یعنی اینکه اگر تصور می‌کنید تصمیمی که درباره داروهای تحت پوشش شما گرفته‌ایم اشتباه است یا با آن مخالفتی دارید، به‌صورت رسمی از ما درخواست می‌کنید که درباره آن تجدیدنظر کنیم.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- شکایات در رابطه با خدمات درمانی

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



- شما می‌توانید از ما یا هر ارائه‌دهنده‌ای شکایت کنید (از جمله ارائه‌دهندگان عضو شبکه یا خارج از شبکه). ارائه‌دهنده عضو شبکه به ارائه‌دهنده‌ای گفته می‌شود که با طرح درمانی ما همکاری می‌کند. همچنین درباره کیفیت خدمات درمانی که دریافت می‌کنید به ما یا سازمان بهبود کیفیت (QIO): شکایت کنید **(به بخش F مراجعه کنید)**.
- از طریق این شماره‌ها می‌توانید با ما تماس بگیرید و شکایت خود را شرح دهید 665-4627 (855)، شماره TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی.
- اگر درباره تصمیمات گرفته‌شده در خصوص خدمات درمانی‌تان شکایتی دارید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید (به بخش بالا مراجعه کنید).
- می‌توانید شکایت‌تان از طرح ما را برای Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین موجود در این آدرس استفاده کنید:
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. یا اینکه با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید تا راهنمایی دریافت کنید.
- از طریق تماس با شماره 1-855-501-3077 می‌توانید از برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal شکایت کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایت در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- تصمیمات درباره پوشش‌دهی داروهای شما
 - تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی داروهای شما به تصمیمی گفته می‌شود که در رابطه با این موارد گرفته می‌شود:
 - مزایای شما و داروهای تحت پوشش، یا
 - مبلغی که ما برای داروهای شما می‌پردازیم.
 - داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند، مانند داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal 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 به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید.
- برای اطلاعات بیشتر در خصوص تصمیمات پوشش در مورد داروهای تجویزی خود، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- درخواست تجدید نظر در مورد داروهای شما
 - با درخواست تجدید نظر می‌توانید از ما درخواست کنید تصمیم‌مان درباره پوشش‌دهی را تغییر دهیم.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر در مورد داروهای تجویزی، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- شکایات در مورد داروهای شما
 - شما می‌توانید از ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این شکایات شامل شکایتی در مورد داروهای نسخه‌ای شما نیز می‌شود.
 - اگر درباره تصمیمات گرفته‌شده در خصوص پوشش‌دهی داروهای تجویزی‌تان شکایتی دارید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. (به بخش بالا مراجعه کنید)
 - می‌توانید شکایت‌تان از طرح ما را برای Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین موجود در این آدرس استفاده کنید:
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. یا اینکه با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید تا راهنمایی دریافت کنید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر در مورد داروهای تجویزی، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- پرداخت برای خدمات درمانی یا داروهای Medicare که قبلاً هزینه آن‌ها پرداخت شده است
 - 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 کنید که صورتحساب را پرداخت کنیم و ما بخشی از درخواست شما را رد کنیم، می‌توانید در خصوص تصمیم‌مان درخواست تجدیدنظر کنید. به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



B. هماهنگ‌کننده مراقبت شما

هماهنگ‌کننده مراقبت طرح Molina Medicare Complete Care Plus رابط اصلی شما است. این فرد کمک می‌کند تا تمام ارائه‌دهندگان و خدمات مدیریت شوند و همچنین کمک می‌کند تا آنچه را که نیاز دارید دریافت کنید. شما و یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما در صورت نیاز می‌توانید از طریق تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خدمات اعضا درخواست تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت را داشته باشید. علاوه بر این، کارکنان ما در Molina Medicare Complete Care Plus ممکن است با توجه به نیازها (نیازهای فرهنگی / زبانی / فیزیکی / سلامت رفتاری) یا موقعیت مکانی شما تغییراتی را در نحوه تعیین هماهنگ‌کننده مراقبت شما ایجاد کنند. جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

<p>اطلاعات تماس</p> <p>7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی</p> <p>فناوری‌های کمکی، از جمله گزینه‌های سلف سرویس 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 ترجمه شفاهی رایگان را ارائه می‌دهیم.</p>	<p>665-4627 (855). تماس با این شماره‌ها رایگان است.</p>
<p>TTY</p> <p>دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر به وقت محلی.</p>	<p>711. تماس با این شماره‌ها رایگان است.</p>
<p>ارسال نامه</p> <p>200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802</p>	
<p>وبسایت:</p> <p>www.MolinaHealthcare.com/Medicare</p>	

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

- سوالاتی درباره خدمات درمانی‌تان
- سوالاتی درباره نحوه دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روانی و اختلال سوء مصرف مواد)
- سوالاتی درباره مزایای دندانپزشکی
- سوالاتی درباره حمل‌ونقل به مراکز پزشکی
- سوالاتی درباره خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت (LTSS) شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS)، و آسایشگاه‌ها (NF)
- برخی مواقع می‌توانید در رابطه با نیازهای خدمات درمانی و زندگی روزانه، کمک‌هایی دریافت کنید.

این خدمات را می‌توانید دریافت کنید:

- خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS)
- خدمات پرستاری تخصصی
- فیزیوتراپی
- کار درمانی
- گفتار درمانی
- خدمات پزشکی و اجتماعی
- مراقبت‌های سلامتی و درمانی خانگی
- خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)، از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستان
- برخی مواقع می‌توانید در رابطه با نیازهای خدمات درمانی و زندگی روزانه، کمک‌هایی دریافت کنید

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 665-4627 (855)، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



C. برنامه مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه سلامت (HICAP)

طرح مشاوره و راهنمایی در زمینه بیمه سلامت ایالتی (SHIP)، در زمینه بیمه درمانی به افراد دارای Medicare به صورت رایگان مشاوره می‌دهد. در کالیفرنیا، SHIP برنامه مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه سلامت (HICAP) خوانده می‌شود. مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا در زمینه برطرف کردن مشکلاتتان تصمیم‌گیری کنید. برنامه HICAP در هر شهرستانی مشاوران آموزش‌دیده دارد و خدمات آن رایگان است.

برنامه HICAP با هیچ شرکت بیمه یا طرح خدمات درمانی مرتبط نیست.

<p>شهرستان Los Angeles: شماره 383-4519 (213)، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 08:30 قبل از ظهر تا 4:30 بعد از ظهر به وقت محلی</p> <p>شهرستان‌های Riverside و San Bernardino: (909) 256-8369 دوشنبه تا جمعه از ساعت 9 قبل از ظهر تا 4 بعد از ظهر به وقت محلی.</p> <p>شهرستان San Diego: San Diego – دفتر (858) 565-8772 Imperial – دفتر (760) 353-0223</p>	<p>اطلاعات تماس</p>
<p>711</p>	<p>TTY</p>
<p>شهرستان Los Angeles: Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057</p> <p>شهرستان‌های Riverside و San Bernardino: HICAP Information 2280 Market Street, Ste. 140 Riverside, CA 92501</p> <p>شهرستان San Diego: Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123</p>	<p>ارسال نامه</p>
<p>http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/</p>	<p>وبسایت</p>

برای دریافت کمک در خصوص موارد زیر، با HICAP تماس بگیرید:

- سوالاتی درباره Medicare
- مشاوران HICAP می‌توانند پرسش‌هایتان درباره تغییرات اعمال‌شده به طرح‌های جدید را پاسخ دهند، و در خصوص موارد زیر به شما کمک کنند:
 - آگاهی کامل از حقوقتان،
 - درک گزینه‌های مختلف طرحتان،
 - ارائه شکایات مربوط به خدمات درمانی یا درمان شما، و
 - حل مشکلات مربوط به صورتحساب‌هایتان.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
711، TTY: (855) 665-4627، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



D. خط تلفن مشاوره پرستاری

شما می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 365 روز سال با خط مشاوره پرستاری خدمات درمانی Molina تماس بگیرید. این سرویس شما را به یکی از پرستاران مجاز خود متصل می‌کند تا به زبان خودتان در رابطه با خدمات درمانی‌تان به شما مشاوره دهد و اطلاعات لازم را درباره‌ی محلی که می‌توانید خدمات درمانی مورد نیازتان را دریافت کنید به شما ارائه دهد. خط مشاوره پرستاری ما برای ارائه خدمات به تمامی اعضای Molina Healthcare در سرتاسر ایالات متحده در دسترس می‌باشد. خط تلفن مشاوره پرستاری یا Nurse Advice Line یک مرکز تماس سلامتی مورد تأیید کمیسیون اعتباربخشی بررسی موارد استفاده (URAC) است. مجوز URAC بدین معنی است که خط تلفن مشاوره با پرستار ما به‌طور جامع به کیفیت خدمات درمانی، بهبود روال‌ها و کسب نتایج بهتر برای بیمار متعهد بوده است. خط مشاوره پرستاری ما همچنین از کمیته ملی تضمین کیفیت (NCQA) در زمینه محصولات اطلاعات بهداشتی و درمانی (HIP) برای خط اطلاعات بهداشتی و درمانی شبانه‌روزی‌مان 365/7/24 گواهی‌نامه دریافت کرده است. کمیته NCQA مطابق با استانداردهای اطلاعات درمانی NCQA مربوط به بیمه‌های درمانی طراحی شده است.

خط تلفن مشاوره با پرستار امنیت شما را بررسی می‌کند، شما را به خدمات اورژانسی متصل می‌کند، یک ارائه‌دهنده خدمات سلامت رفتاری و منابع اجتماعی لازم را پیدا می‌کند، و شما را به هماهنگ‌کننده مراقبت Medicare Complete Care Plus ارجاع می‌دهد. جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) به شماره (855) 665-4627 تماس بگیرید.

اگر فوراً به کمک نیاز دارید یا اینکه مطمئن نیستید چه کاری 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 درباره سلامت‌تان یا خدمات درمانی‌تان سوالی دارید می‌توانید با خط تلفن مشاوره پرستاری تماس بگیرید.

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

E. خط تلفن بحران سلامت رفتاری

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

<p>اطلاعات تماس برای شهرستان Los Angeles: دپارتمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس 1-800-854-7771 (خط مشاوره شبانه‌روزی 7/24) - شماره TTY: 711 برای شهرستان Riverside: سیستم سلامت دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری 1-800-499-3008 برای شهرستان San Bernardino: San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478 (خط مشاوره 24 ساعته شبانه‌روزی) یا 1-800-968-2636 (خط مشاوره 24 ساعته در زمینه اختلال سوء مصرف مواد) برای شهرستان San Diego: خدمات سلامت رفتاری سن‌دیگو 1-888-724-7240 (خط مشاوره مواقع بحرانی شبانه‌روزی 7/24) - شماره TTY: 711</p>	<p>اطلاعات تماس برای شهرستان Los Angeles: دپارتمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس 1-800-854-7771 (خط مشاوره شبانه‌روزی 7/24) - شماره TTY: 711 برای شهرستان Riverside: سیستم سلامت دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری 1-800-499-3008 برای شهرستان San Bernardino: San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478 (خط مشاوره 24 ساعته شبانه‌روزی) یا 1-800-968-2636 (خط مشاوره 24 ساعته در زمینه اختلال سوء مصرف مواد) برای شهرستان San Diego: خدمات سلامت رفتاری سن‌دیگو 1-888-724-7240 (خط مشاوره مواقع بحرانی شبانه‌روزی 7/24) - شماره TTY: 711</p>
--	--

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
(855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



در رابطه با موارد زیر با خط بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید:

- سوالاتی درباره خدمات سلامت رفتاری و اختلال سوء مصرف مواد

برای سوالاتتان درباره خدمات سلامت روان تخصصی شهرستان‌تان، به بخش K مراجعه کنید.

F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

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

اطلاعات تماس	(877) 588-1123
TTY	711
ارسال نامه	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
وبسایت	https://www.livantaqio.com/en/states/california

برای دریافت کمک در خصوص موارد زیر، با Livanta تماس بگیرید:

- سوالاتی درباره حقوق‌تان در زمینه خدمات درمانی
- در موارد زیر می‌توانید در رابطه با خدمات درمانی که دریافت کرده‌اید شکایت کنید:
 - اگر با کیفیت خدمات درمانی مشکل دارید،
 - اگر فکر می‌کنید که مدت زمان بستری شدن شما در بیمارستان بسیار زود در حال اتمام است، یا
 - فکر می‌کنید که خدمات درمانی در منزل، خدمات پرستاری تخصصی در آسایشگاه یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) بسیار زود در حال اتمام است.



G. طرح Medicare

طرح Medicare بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 ساله و بالاتر، بعضی از افراد زیر 65 سال دارای معلولیت و افرادی با مشکلات کلیوی (نارسایی دائمی کلیوی که در نتیجه آن به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز باشد) می‌باشد. مراکز خدمات Medicare و Medicaid، یا به اختصار CMS، سازمان فدرال ناظر بر Medicare است.

<p>اطلاعات تماس 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.</p>	
<p>TTY 1-877-486-2048. تماس با این شماره‌ها رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.</p>	
<p>وبسایت www.medicare.gov این آدرس مربوط به وبسایت رسمی Medicare است. جدیدترین اطلاعات مربوط به Medicare در این وبسایت در اختیار شما قرار می‌گیرد. همچنین دارای اطلاعاتی در مورد بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان، پزشکان، آژانس‌های مراقبت بهداشتی در منزل، امکانات دیالیز، مراکز توانبخشی بیماران بستری و آسایشگاه‌های بیماران لاعلاج است. وبسایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید هم در آن گنجانده شده‌اند. علاوه بر اینها، اسنادی هم در آن گنجانده شده‌اند که با کامپیوترتان می‌توانید آنها را چاپ کنید. اگر کامپیوتر ندارید، کتابخانه محلی یا مرکز نگهداری افراد مسن شاید بتوانند به شما کمک کنند تا با استفاده از کامپیوتر موجود در این مراکز از این وبسایت دیدن کنید. یا می‌توانید از طریق شماره بالا با Medicare تماس بگیرید و به آنها بگویید که به دنبال چه چیزی می‌گردید. آن‌ها اطلاعات را در وبسایت پیدا می‌کنند و اطلاعات را با شما مرور می‌کنند.</p>	

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
711، TTY: (855) 665-4627، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



H. طرح Medi-Cal

طرح Medi-Cal در ایالت California، Medicaid نامیده می‌شود. این یک برنامه بیمه سلامت عمومی است که خدمات درمانی مورد نیاز را برای افراد کم درآمد، از جمله خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان، افراد دارای معلولیت، کودکان و نوجوانان به سرپرستی گرفته شده، و زنان باردار فراهم می‌کند. طرح Medi-Cal توسط بودجه‌های ایالتی و فدرال تأمین مالی می‌شود.

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

شما عضو Medicare و Medi-Cal هستید. اگر درباره مزایای طرح Medi-Cal سوالی دارید با هماهنگ‌کننده مراقبت طرح‌تان تماس بگیرید. اگر درباره عضویت در طرح‌های Medi-Cal سوالی دارید، با بخش گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی تماس بگیرید.

اطلاعات تماس	1-800-430-4263 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 6 بعد از ظهر.
شماره 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	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
وبسایت	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



ا. دفتر رسیدگی به شکایات در زمینه خدمات درمانی مدیریت‌شده و سلامت رفتار Medi-Cal

دفتر رسیدگی به شکایات، دفتری در ایالت شما است که به عنوان مدافع حقوق شما عمل می‌کند. اگر سوال یا شکایتی دارید آنها می‌توانند به شما کمک کنند. دفتر رسیدگی 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 درمانی مرتبط نیستند. خدمات آنها رایگان است.

اطلاعات تماس	1-888-452-8609
تماس با این شماره‌ها رایگان است. لطفاً از دوشنبه تا جمعه، بین 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید.	
TTY	711
تماس با این شماره‌ها رایگان است.	
ارسال نامه	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/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

ل. خدمات اجتماعی شهرستان

اگر در مورد مزایای خدمات پشتیبانی در منزل (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. برنامه IHSS به عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند خانه‌های سالمندان یا مراکز پانسیون و مراقبت پرستاری در نظر گرفته می‌شود. برای درخواست IHSS، با دفتر IHSS محلی شهرستان خود تماس بگیرید.

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

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



<p>شهرستان Riverside: (877) 410-8827 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 5 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است.</p> <p>شهرستان Los Angeles: (888) 822-9622 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 5 بعد از ظهر به وقت محلی.</p> <p>شهرستان San Bernardino: (909) 387-2240-4544 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 5 بعد از ظهر به وقت محلی.</p> <p>شهرستان San Diego: برای شهرستان San Diego: (800) 510-2020 این تماس رایگان است. برای خارج از شهرستان San Diego: (800) 339-4661 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 5 بعد از ظهر به وقت محلی.</p>	اطلاعات تماس
711. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.	TTY
<p>دپارتمان خدمات سلامت عمومی شهرستان Los Angeles 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007</p> <p>خدمات پشتیبانی در خانه شهرستان Riverside 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557</p> <p>خدمات پشتیبانی در خانه شهرستان San Bernardino 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640</p> <p>سازمان خدماتی بهداشتی و انسانی، خدمات پشتیبانی در خانه شهرستان San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101</p>	ارسال نامه
https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices	وبسایت:

K. سازمان خدمات سلامت روان شهرستان

اگر معیارهای دسترسی را داشته باشید، خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal و خدمات مرتبط با اختلال سوء مصرف مواد از طریق شهرستان برای شما قابل دسترسی هستند.



<p>اطلاعات تماس</p> <p>دپارتمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس: 800) 854-7771 (این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته</p> <p>سیستم سلامت دانشگاه ریورساید، سلامت رفتاری - خط دسترسی و ارجاع به جامعه، ارزیابی، و پشتیبانی (CARES): 800) 499-3008 (تماس با این شماره رایگان است. دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 قبل از ظهر تا 05:30 بعد از ظهر به وقت محلی.</p> <p>سن برناردینو - دپارتمان سلامت رفتاری: 888) 743-1478 (تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته</p> <p>San Diego - خدمات سلامت روان: 888) 724-7240 (تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات ترجمه شفاهی رایگان را ارائه می‌دهیم.</p>	
<p>711. تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.</p>	<p>TTY</p>

با سازمان خدمات سلامت روان شهرستان تماس بگیرید تا در خصوص موارد زیر به شما کمک کند:

- سوالاتی درباره خدمات سلامت روان تخصصی که توسط شهرستان ارائه می‌شوند
- سوالاتی درباره خدمات اختلال سوء مصرف موادی که توسط شهرستان ارائه می‌شوند

L. دپارتمان خدمات درمانی مدیریت‌شده کالیفرنیا

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا (DMHC) مسئول نظارت بر طرح‌های درمانی است. مرکز راهنمایی DMHC می‌تواند درباره درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات درباره خدمات Medi-Cal به شما کمک کند.

<p>اطلاعات تماس</p> <p>1-888-466-2219 نمایندگان DMHC از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 6:00 بعد از ظهر و از دوشنبه تا جمعه در دسترس می‌باشند.</p>	
<p>TDD</p> <p>این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.</p>	<p>1-877-688-9891</p>
<p>ارسال نامه</p> <p>Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725</p>	
<p>فکس:</p> <p>1-916-255-5241</p>	
<p>وبسایت</p> <p>www.dmhc.ca.gov</p>	

M. برنامه‌هایی جهت کمک به افراد در پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای‌شان

وبسایت Medicare.gov به‌نشانی (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 درباره کاهش هزینه‌های داروهای نسخه‌ای‌تان ارائه می‌کند. برای افرادی که درآمد محدود دارند، برنامه‌های دیگری جهت کمک وجود دارد، که در ادامه شرح داده شده‌اند.

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



M1. کمک بیشتر

به دلیل اینکه شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، شما شرایط دریافت "کمک بیشتر" از Medicare برای پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای‌تان 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 شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.
TTY	1-877-486-2048. تماس با این شماره 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

N. تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی دربارهٔ واجد شرایط بودن تصمیم می‌گیرد و ثبت‌نام برای Medicare را مدیریت می‌کند. شهروندان ایالات متحده آمریکا و ساکنین دائمی و قانونی که 65 سال یا بیشتر دارند، یا معلول هستند یا مبتلا به نارسایی کلیوی دائمی (ESRD) هستند، و شرایط خاص را برآورده کنند، واجد شرایط ثبت‌نام در Medicare هستند. اگر در حال حاضر چک‌آپ‌های تأمین اجتماعی را انجام می‌دهید، عضویت‌تان در Medicare به‌صورت خودکار انجام می‌شود. اگر چک‌آپ‌های تأمین اجتماعی را انجام نمی‌دهید، باید 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 آدرس 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 رایگان است. از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 7:00 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات ضبط‌شده و انجام برخی از کارها به‌صورت 24 ساعته می‌توانید از خدمات تلفنی خودکار آنها استفاده کنید.
شماره 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.
وبسایت	www.ssa.gov

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 665-4627 (855) TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



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 می‌کنید، در صورت نقل‌مکان یا تغییر آدرس‌تان حتماً باید موضوع را به آنها اطلاع دهید. اگر دربارهٔ طرح‌های بیمهٔ RRB سوالی دارید، با سازمان تماس بگیرید.

<p>اطلاعات تماس</p> <p>1-877-772-5772</p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>در روزهای دوشنبه، سه‌شنبه، و پنج‌شنبه، و جمعه از ساعت 9 قبل از ظهر تا 3:30 بعد از ظهر و در روزهای چهارشنبه از ساعت 9 قبل از ظهر تا 12 بعد از ظهر با فشردن عدد "0" می‌توانید با نمایندهٔ RBB صحبت کنید. به‌صورت 24 ساعته، از جمله تعطیلات آخر هفته و تعطیلات رسمی با فشردن عدد "1" می‌توانید با خط مشاورهٔ گویای RBB و اطلاعات ضبط‌شده دسترسی داشته باشید.</p>	
<p>شمارهٔ TTY</p> <p>1-312-751-4701</p> <p>این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید تجهیزات تلفنی خاصی داشته باشید.</p> <p>تماس با این شماره رایگان نیست.</p>	
<p>وبسایت</p> <p>www.rrb.gov</p>	

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، در صورتی که سوالی دارید با مدیر بیمهٔ کارفرما یا اتحادیه یا خدمات اعضاء تماس بگیرید. می‌توانید دربارهٔ مزایا، هزینهٔ ماهانه، و دورهٔ عضویت بیمهٔ سلامت کارفرما یا بازنشستگی‌تان (یا همسرتان یا شریک زندگی‌تان) اطلاعاتی را دریافت کنید. از طریق تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227؛ شمارهٔ TTY: 1-877-486-2048) هم می‌توانید سوالات‌تان را دربارهٔ پوشش Medicare مطرح کنید.

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



Q. سایر منابع

برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal برای کمک به افرادی که برای دریافت یا حفظ پوشش سلامتی و حل مشکلات برنامه‌های درمانی خود مشکل دارند کمک‌های رایگانی را ارائه می‌دهد. اگر در زمینه‌های زیر مشکل دارید:

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

برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal در زمینه شکایت‌ها، درخواست‌های تجدیدنظر و بازپرسی‌ها کمک‌هایی را ارائه می‌دهد. شماره تلفن 1-855-501-3077 برای تماس با برنامه رسیدگی به شکایات 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 عصب کشی
- دندان مصنوعی جزئی و کامل، تنظیم، ترمیم و ریلاین کردن

مزایای دندانپزشکی از طریق طرح‌های پرداخت در ازای خدمات دندانپزشکی (Medi-Cal FFS)، طرح خدمات درمانی مدیریت‌شده دندانپزشکی (DMC) و طرح سلامتی San Mateo قابل دسترسی هستند.

اطلاعات تماس	1-800-322-6384 تماس با این شماره‌ها رایگان است. نمایندگان طرح دندانپزشکی Medi-Cal FFS از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه برای ارائه کمک به شما و راهنمایی در دسترس می‌باشند.
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 smilecalifornia.org

به‌جای طرح پرداخت در ازای خدمات Medi-Cal، از طریق طرح خدمات درمانی مدیریت‌شده دندانپزشکی هم می‌توانید مزایای دندانپزشکی را دریافت کنید. طرح‌های خدمات درمانی مدیریت‌شده دندانپزشکی در شهرستان‌های Sacramento و Los Angeles ارائه می‌شوند. اگر به اطلاعات بیشتر درباره طرح‌های دندانپزشکی نیاز دارید، یا قصد تغییر طرح دندانپزشکی خود را دارید، در روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 قبل از ظهر تا 6:00 بعد از ظهر با خط تلفن گزینه‌های مراقبت‌های درمانی به‌شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید). تماس با این شماره‌ها رایگان است. اطلاعات تماس DMC در این آدرس ذکر شده است: <https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx>

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



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

مقدمه

این فصل به شرایط و مقرراتی خاصی می‌پردازد که برای دریافت خدمات درمانی و سایر خدمات تحت پوشش از طرح ما باید از آنها مطلع باشید. این فصل همچنین در مورد هماهنگ‌کننده مراقبت شما، چگونگی دریافت خدمات درمانی از انواع مختلف ارائه‌دهندگان و تحت برخی شرایط خاص (از جمله از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، آنچه باید در صورت دریافت مستقیم صورتحساب برای خدمات تحت پوشش ما انجام دهید، و قوانین مربوط به استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (DME) اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعات در مورد خدمات و ارائه‌دهندگان	32
B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد	32
C. هماهنگ‌کننده مراقبت شما	33
C1. هماهنگ‌کننده مراقبت کیست؟	33
C2. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت	33
C3. نحوه تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت	33
D. خدمات درمانی ارائه‌دهندگان	34
D1. خدمات درمانی از طرف یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه (PCP)	34
D2. خدمات درمانی ارائه‌شده توسط متخصصین و دیگر ارائه‌دهندگان عضو شبکه	35
D3. هنگامی که یک ارائه‌دهنده، طرح درمانی ما را ترک می‌کند	36
D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه	37
E. خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)	38
F. نحوه دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوء مصرف مواد)	38
F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح ما ارائه می‌شود	38
G. خدمات حمل و نقل	40
G1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیر اورژانسی	40
G2. حمل و نقل غیرپزشکی	41
H. خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانسی، خدمات درمانی فوری، یا در هنگام فاجعه	42
H1. مراقبت در شرایط اورژانسی پزشکی	42
H2. خدمات درمانی فوری	42
H3. خدمات درمانی در طول بلایای طبیعی	43
I. اگر صورتحسابی را برای خدمات تحت پوشش طرح درمانی ما مستقیماً دریافت کردید چکار کنید	43
I1. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد چه باید کرد	43
J. پوشش خدمات درمانی هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده‌اید	44
J1. تعریف تحقیق بالینی	44
J2. پرداخت هزینه خدمات هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده‌اید	44
J3. اطلاعات بیشتر در مورد مطالعه تحقیقاتی بالینی	45

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



- 45 K. خدمات ارائه شده توسط مؤسسات درمانی-مذهبی غیر پزشکی شما چطور تحت پوشش قرار می‌گیرد.
- 45 K1. تعریف مؤسسه درمانی-مذهبی غیر پزشکی
- 45 K2. دریافت خدمات از مؤسسه درمانی-مذهبی غیر پزشکی.
- 45 L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)
- 45 L1. تجهیزات پزشکی با دوام (DME) به عنوان عضوی از طرح ما
- 46 L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare
- 46 L3. مزایای استفاده از تجهیزات اکسیژن برای اعضای طرح ما
- 46 L4. تجهیزات اکسیژن هنگامی که طرح‌تان را به طرح بیمه Original Medicare یا طرح Medicare Advantage (MA) دیگری تغییر دهید

A. اطلاعات در مورد خدمات و ارائه دهندگان

خدمات شامل خدمات درمانی، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)، ارائه امکانات، خدمات سلامت رفتاری، داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه تجهیزات پزشکی و دیگر خدمات است. **خدمات تحت پوشش** شامل کلیه خدماتی است که طرح ما هزینه آن را پرداخت می‌کند. خدمات درمانی، سلامت رفتاری، و LTSS تحت پوشش در **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضا شما ارائه شده‌اند. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه در **فصل 5** کتابچه راهنمای اعضا شما آمده است.

ارائه‌دهندگان خدمات عبارتند از پزشکان، پرستاران و دیگر افرادی که خدمات درمانی و مراقبتی را به شما ارائه می‌دهند. از ارائه‌دهندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی در منزل، کلینیک‌ها و دیگر مکان‌های ارائه دهنده خدمات درمانی، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و برخی از خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت خاص است.

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

B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد

طرح ما تمامی خدماتی که تحت پوشش Medicare هستند و همچنین اکثر خدمات Medi-Cal را پوشش می‌دهد. این امر شامل سلامت رفتاری و LTSS می‌شود.

در صورتی که از مقررات ما پیروی کنید، طرح ما به‌طور کلی هزینه خدمات درمانی، خدمات سلامت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدتی را که دریافت می‌کنید پرداخت می‌کند. جهت پوشش توسط طرح درمانی ما:

- خدمات درمانی که دریافت می‌کنید باید جزو **مزایای طرح** باشد. این یعنی در "جدول مزایای" مذکور در **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضا لحاظ کرده باشیم.
- خدمات درمانی باید از **لحاظ پزشکی ضروری** باشد. منظور از ضروری از لحاظ پزشکی این است که خدمات منطقی باشند و از جان انسان محافظت کنند. خدمات درمانی ضروری از لحاظ پزشکی از ابتلای افراد به بیماری جدی یا معلولیت جلوگیری می‌کند و با درمان بیماری، ناخوشی یا آسیب‌دیدگی، درد شدید را کاهش می‌دهد.

برای دریافت خدمات پزشکی باید **ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه (PCP)** عضو شبکه داشته باشید، که خدمات مورد نیازتان را به شما ارائه می‌دهد یا به شما می‌گوید از پزشک دیگری استفاده کنید. به‌عنوان عضوی از طرح، باید یکی از ارائه‌دهندگان عضو شبکه را به‌عنوان PCP خود انتخاب کنید.

- در بیشتر موارد، پیش از مراجعه به کسی که به ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه شما وابسته نیست یا مراجعه به ارائه‌دهنده دیگری که عضو شبکه طرح درمانی ما است، باید از ارائه دهنده 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 تحت پوشش قرار ندهیم.
- اساساً PCP‌های طرح ما وابسته به گروه‌های پزشکی هستند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می‌کنید، گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. این بدان معناست که PCP شما، شما را به متخصصین و خدماتی که آنها نیز وابسته به گروه پزشکی خودشان هستند ارجاع می‌دهد. گروه پزشکی یک انجمن متشکل از PCP‌ها و متخصصین است که برای ارائه خدمات درمانی هماهنگ به شما ایجاد شده است.
- برای خدمات درمانی اورژانسی یا خدمات درمانی فوری و یا برای استفاده از ارائه دهنده خدمات 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 خدمات درمانی خود را از ارائه‌دهندگان عضو شبکه‌ای که وابسته به گروه پزشکی PCP شما هستند دریافت کنید. معمولاً خدمات درمانی ارائه‌شده توسط ارائه‌دهندگانی را که با طرح سلامت ما و گروه پزشکی PCP شما همکاری نمی‌کنند پوشش نمی‌دهیم. یعنی برای خدماتی که ارائه کرده‌اند، باید هزینه کامل را به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. در ادامه برخی از مواردی که شامل این مقررات نمی‌شوند آورده شده‌اند:

- ما خدمات اورژانسی و خدمات 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 خدمات درمانی تحت پوشش طرح ما نیاز دارید و ارائه‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند آن را در اختیار شما قرار دهند، می‌توانید این خدمات درمانی را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. در این صورت، ما خدمات درمانی را به شکلی پوشش می‌دهیم که گویی آن را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کرده‌اید، یا به شکل رایگان آن را پوشش می‌دهیم.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



- ما خدمات دیالیز کلیه را در مواقعی که برای مدت زمانی کوتاه خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح ما باشید یا در مواقعی که ارائه‌دهنده شما به‌صورت موقت در دسترس نباشد تحت پوشش قرار 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 محدوده خدمات‌رسانی طرح هستید و دیالیز را توسط ارائه‌دهنده‌ای انجام دهید که خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح است، سهم پرداخت شما از سهم پرداخت‌تان به ارائه‌دهندگان داخل شبکه بیشتر نمی‌شود. با این حال، اگر ارائه‌دهنده داخل شبکه معمول شما برای دیالیز موقتاً در دسترس نباشد و تصمیم بگیرید خدمات را در محدوده خدمات‌رسانی از ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه دریافت کنید، سهم پرداخت شما برای دیالیز ممکن است بیشتر شود.
- وقتی برای اولین بار عضو طرح ما می‌شوید، می‌توانید درخواست دهید که همچنان از ارائه‌دهندگان فعلی‌تان خدمات دریافت کنید. اگر بتوانیم ثابت کنیم که شما از قبل با این ارائه‌دهندگان در ارتباط بوده‌اید، باید با این درخواست موافقت کنیم، البته موارد استثنائی هم وجود دارد. 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، هماهنگ‌کننده مراقبت شما برای کمک در امر یافتن ارائه‌دهندگان عضو شبکه ما که به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند با شما تماس خواهد گرفت. پس از 12 ماه، اگر به استفاده از ارائه‌دهندگانی که عضو شبکه ما نیستند یا به گروه پزشکی PCP شما وابسته نیستند ادامه دهید، دیگر خدمات درمانی شما را پوشش نمی‌دهیم.

پیوستن اعضا جدید به طرح Molina Medicare Complete Care Plus: در اکثر موارد، پس از درخواست برای ثبت‌نام در Molina Medicare Complete Care Plus، در اولین روز از ماه بعد برای دریافت مزایای Medicare خود به عضویت Molina Medicare Complete Care Plus در خواهید آمد. همچنان می‌توانید 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. اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق شماره (855) 665-4627، شماره TTY: 711 با ما تماس بگیرید.

C. هماهنگ‌کننده مراقبت شما

C1. هماهنگ‌کننده مراقبت کیست؟

- هماهنگ‌کننده مراقبت طرح Molina Medicare Complete Care Plus اولین فردی است که در صورت نیاز به کمک در زمینه خدمات درمانی باید با او تماس بگیرید. این فرد در هماهنگ‌سازی و مدیریت خدمات درمانی‌تان به شما کمک می‌کند و اطمینان حاصل می‌کند که کمک لازم را دریافت می‌کنید.

C2. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت

- اگر می‌خواهید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی می‌توانید از طریق شماره (855) 665-4627 با خدمات اعضا تماس بگیرید. تماس با این شماره‌ها رایگان است. شماره TTY: 711. یا به وبسایت www.MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.

C3. نحوه تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت

- برای درخواست تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت باید با مدیریت پرونده یا خدمات اعضا تماس بگیرید. کارکنان Molina Medicare Complete Care Plus HealthCare ممکن است با توجه به نیازها یا موقعیت مکانی اعضا تغییراتی را در نحوه تعیین هماهنگ‌کننده مراقبت اعضا اعمال کنند.

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



D. خدمات درمانی ارائه‌دهندگان**D1. خدمات درمانی از طرف یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه (PCP)****تعریف PCP و آنچه PCP برای شما انجام می‌دهد**

ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه (PCP) به پزشک، پرستار یا دیگر متخصصین امور سلامت و/یا مراکز پزشکی یا کلینیک‌هایی (مراکز سلامت مورد تأیید فدرال - FQHC) گفته می‌شود که خدمات درمانی را به طور معمول در اختیار شما قرار می‌دهند. طرح Molina Medicare Complete Care شبکه‌ای از ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی برای مراقبت از اعضای خود دارد. اعضاء برای دریافت خدمات تخصصی به ارجاع PCP طرح Molina Medicare Complete Care نیاز دارند؛ گرچه، به مجوز قبلی نیاز ندارند. اعضا مجاز هستند که مستقیماً به متخصصین زنان دسترسی داشته باشند و بدون ارجاع از خدمات معمول و پیشگیرانه آن‌ها بهره‌مند شوند. اکثر خدمات درمانی شما توسط PCP ارائه می‌شود و به شما کمک می‌کند تا سایر خدمات تحت پوشش را به عنوان عضوی از طرح ما دریافت کنید. این موارد و خدمات شامل موارد زیر می‌شود:

تصاویر رادیولوژی شما

تست‌های آزمایشگاهی

مشاوره‌های روان‌شناسی

خدمات درمانی از سوی پزشکانی که متخصص نیستند

بستری شدن در بیمارستان

خدمات درمانی تکمیلی

فرایند "هماهنگ‌سازی" خدمات شما شامل بررسی خدمات درمانی شما و نحوه ارائه آنها و مشورت با دیگر ارائه‌دهندگان عضو شبکه در این باره است. اگر به انواع خاصی از خدمات یا لوازم نیاز دارید، باید تأییدیه PCP خود را از قبل دریافت کنید (از قبیل ارائه ارجاع به شما برای رفتن نزد متخصص). در بعضی موارد، PCP شما باید ابتدا از طرف ما مجوز قبلی (پیش‌تأییدیه) دریافت کند. از آنجا که PCP شما خدمات 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 یا IPA به شبکه‌ای از پزشکان مستقل گفته می‌شود که (به جای اینکه کارمند مراکز خدمات درمانی بزرگتری باشند) خودشان مطب دارند و آن را اداره می‌کنند. این پزشکان به‌منظور اینکه هنگام دریافت حمایت‌های لازم برای ارائه خدمات درمانی به بیماران مستقل بمانند به یکی از گروه‌های پزشکی ملحق می‌شوند.

انتخاب PCP شما

رابطه شما با PCP اهمیت بسزایی دارد. اکیداً توصیه می‌کنیم که یک PCP نزدیک به منزل خود انتخاب کنید. اگر PCP نزدیک به شما باشد، دریافت خدمات 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 خدمات درمانی فعلی مورد نیاز شما مطلع می‌گردد. اکنون PCP شما مسئولیت ارائه کلیه خدمات 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 شماره تلفن دفتر PCP شما بر روی کارت عضویت‌تان درج شده است.

گزینه‌هایی برای انتخاب PCP

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 کند، می‌توانیم به شما کمک کنیم PCP جدیدی را در شبکه ما پیدا کنید.

ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه (PCPها) طرح ما وابسته به گروه‌های پزشکی هستند. اگر PCP خود را تغییر دهید، ممکن است گروه پزشکی شما نیز تغییر کند. وقتی درخواست تغییر می‌دهید، در صورتی که از متخصص استفاده می‌کنید یا خدمات تحت‌پوشش دیگری را دریافت می‌کنید که به تأییدیه PCP نیاز دارد،



مراتب را به خدمات اعضا اطلاع دهید. خدمات اعضا می‌تواند به شما کمک کند که هنگامی که PCP خود را تغییر می‌دهید همچنان خدمات تخصصی و خدمات دیگر را دریافت کنید.

در هر زمان می‌توانید PCP را تغییر دهید. در اکثر موارد، تغییرات روز اول ماه تقویمی بعد اعمال می‌شوند. در صورتی که در زمان درخواست تغییر PCP در حال دریافت درمان باشید ممکن است موارد استثناء وجود داشته باشد. می‌توانید PCP خود را از طریق وبسایت شخصی خود به آدرس www.mymolina.com تغییر دهید یا برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی Molina و درخواست تغییر PCP با خدمات اعضا تماس بگیرید. برای بعضی از ارائه دهندگان لازم است که از طرف PCP ارجاع داشته باشید (بجز موارد اورژانس یا خدمات اورژانس خارج از منطقه).

خدماتی که بدون نیاز تأییدیه PCP می‌توانید دریافت کنید

در اکثر موارد، قبل از مراجعه به دیگر ارائه‌دهندگان باید از PCP خود یا طرح ما تأییدیه دریافت کنید. به این تأییدیه ارجاع گفته می‌شود. می‌توانید خدماتی مانند موارد لیست شده در زیر را بدون تأییدیه قبلی از PCP خود یا طرح ما دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌دهندگان عضو شبکه یا خارج از شبکه
- خدمات درمانی فوری از ارائه‌دهندگان عضو شبکه
- خدمات درمانی فوری مورد نیاز از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه زمانی که به ارائه‌دهندگان عضو شبکه دسترسی ندارید (برای مثال، وقتی خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح هستید)

توجه: خدمات درمانی فوری باید واقعاً به‌صورت فوری مورد نیاز باشند و ضرورت پزشکی داشته باشند.

- دیالیز کلیه در مراکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح ما هستید. اگر قبل از ترک محدوده خدمات‌رسانی با خدمات تماس بگیرید، می‌توانیم به شما در دریافت دیالیز در زمانی که خارج از محدوده خدمات‌رسانی هستیم، کمک کنیم.
- واکسن آنفولانزا و واکسن COVID-19 و هپاتیت B و ذات‌الریه تا زمانی که آن‌ها را از یک ارائه‌دهنده خدمات شبکه دریافت کنید.
- خدمات درمانی معمول زنان و خدمات تنظیم خانواده. این مورد شامل معاینات سینه، غربالگری ماموگرافی (عکس رادیولوژی از سینه)، آزمایش پاپ اسمیر و دهانه رحم است تا زمانی که آن‌ها را از ارائه‌دهندگان عضو شبکه دریافت کنید.
- علاوه بر این، اگر عضو سرخپوستان آمریکایی هستید، می‌توانید خدمات تحت پوشش را از ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی مخصوص سرخپوستان، به انتخاب خودتان، بدون نیاز به ارجاع از پزشک شبکه (PCP) یا دریافت مجوز قبلی، دریافت کنید.
- خدمات پرستار مامایی، تنظیم خانواده، آزمایش و مشاوره برای HIV، مداوای بیماری‌های مقاربتی (STD)

D2. خدمات درمانی ارائه‌شده توسط متخصصین و دیگر ارائه‌دهندگان عضو شبکه

متخصص به پزشکی گفته می‌شود که برای یک بیماری خاص یا یک بخش خاص از بدن خدمات درمانی ارائه می‌کند. انواع مختلفی از متخصصین وجود دارند، مثل:

- خدمات متخصصین تومورشناسی برای بیماران مبتلا به سرطان.
- خدمات متخصصین قلب برای بیماران مبتلا به مشکلات قلبی.
- خدمات متخصصین ارتوپدی برای بیماران مبتلا به مشکلات استخوان، مفاصل و ماهیچه.
- خدمات متخصصین بیماری‌های گوارشی برای افراد مبتلا به مشکلات گوارشی.
- خدمات متخصصین کلیه برای بیماران مبتلا به مشکلات کلیوی.
- خدمات متخصصین اورولوژی برای افراد مبتلا به مشکلات ادراری و مثانه‌ای.

به‌عنوان عضوی از طرح محدود به متخصصین خاصی نیستید. طرح (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care شبکه‌ای از ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی برای مراقبت از اعضای خود دارد. شاید برای دریافت خدمات تخصصی به ارجاع PCP خود نیاز داشته باشید. اعضا مجاز هستند که مستقیماً به متخصصین زنان دسترسی داشته باشند و بدون ارجاع از خدمات معمول و پیشگیرانه آن‌ها بهره‌مند شوند. برای برخی خدمات ممکن است لازم باشد که مجوز قبلی دریافت کنید. ممکن است PCP شما از طریق تلفن، فکس یا نامه (با توجه به فوریت خدمات درخواستی) از "بخش مدیریت استفاده از خدمات درمانی Molina" درخواست مجوز قبلی نماید.



برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه کدام خدمات به مجوز قبلی نیاز دارند لطفاً به نمودار مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

ارجاع کتبی ممکن است فقط برای یک مراجعه کاربرد داشته باشد یا در صورتی که به خدمات پیوسته نیاز داشته باشید ممکن است به صورت ارجاع پیوسته باشد و برای بیش از یک بار مراجعه کاربرد داشته باشد. در هر یک از این سه شرایط زیر باید ارجاع پیوسته به شما بدهیم:

- شرایط مزمن (ادامدار)؛
- بیماری روانی یا جسمانی تهدیدکننده حیات؛
- بیماری یا ناتوانی حاد شونده؛
- هر مشکل جسمانی یا بیماری دیگری که به قدری جدی یا پیچیده باشد که نیازمند درمان توسط یک متخصص باشد.

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

اگر نتوانیم ارائه‌دهنده داخل شبکه واجد شرایطی را برای شما پیدا کنیم، در شرایط زیر باید مجوز خدمات پیوسته‌ای را برای متخصصی واجد شرایط به شما بدهیم:

- شرایط مزمن (ادامدار)؛
- بیماری روانی یا جسمانی تهدیدکننده حیات؛
- بیماری یا ناتوانی حاد شونده؛
- هر مشکل جسمانی یا بیماری دیگری که به قدری 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 شماره‌های درج شده در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

ممکن است ارائه‌دهنده عضو شبکه‌ای که هم‌اکنون به وی مراجعه می‌کنید طرح ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه‌دهندگان شما طرح ما را ترک کند، از حقوق و حمایت‌هایی برخوردار هستید که در پایین به‌طور خلاصه آورده شده‌اند:

- حتی اگر شبکه ارائه‌دهندگان ما در طول سال تغییر کند، باید دسترسی بی‌وقفه به ارائه‌دهندگان دارای صلاحیت را برای شما فراهم کنیم.
- ما به شما اطلاع می‌دهیم که ارائه‌دهنده‌تان در حال ترک طرح ما است تا زمان کافی برای انتخاب ارائه‌دهنده جدید را در اختیار داشته باشید.
 - اگر ارائه‌دهنده خدمات درمانی یا سلامت رفتاری اولیه‌تان طرح ما را ترک کند، در صورتی که طی سه سال گذشته به آن ارائه‌دهنده مراجعه کرده باشید به شما اطلاع می‌دهیم.
 - اگر هر یک از ارائه‌دهندگان دیگران طرح ما را ترک کند، در صورتی که آن ارائه‌دهنده برای شما انتخاب شده باشد، در حال حاضر از او خدمات درمانی دریافت کنید، یا طی سه ماه گذشته به او مراجعه کرده باشید به شما اطلاع می‌دهیم.
- ما به شما کمک می‌کنیم یک ارائه‌دهنده واجد شرایط داخل شبکه جدید را برای ادامه مدیریت نیازهای خدمات درمانی خود انتخاب کنید.
- اگر ارائه‌دهنده 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 معالجه 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 متخصص عضو شبکه‌ای را که واجد شرایط و در دسترس شما باشد پیدا کنیم، اگر ارائه‌دهنده عضو شبکه یا مزایایی در دسترس نباشد یا برای برآورده کردن 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 واجد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را به خوبی مدیریت نمی‌کنیم، این حق را دارید که شکایتی را در خصوص کیفیت مراقبت به QIO، اعتراضی در خصوص کیفیت مراقبت یا هر دو را ارائه دهید. (به منظور کسب اطلاعات بیشتر به فصل 9 مراجعه کنید.)

در صورتی که متوجه شدید که یکی از ارائه‌دهندگان‌تان در حال ترک طرح ما است، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم ارائه‌دهنده جدیدی را پیدا کنید و خدمات درمانی‌تان را مدیریت کنید.



D4. ارائه دهندگان خارج از شبکه

ارائه‌کنندگان خارج از شبکه به ارائه‌دهندگانی گفته می‌شود که با Molina Healthcare قرارداد همکاری ندارند. به‌جز مراقبت‌های اورژانسی، مراقبت‌های خانوادگی، مراقبت‌های حساس، و خدماتی که از قبل توسط Molina Healthcare تأیید شده‌اند، ممکن است برای هرگونه مراقبتی که از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه در محدوده خدمات‌رسانی خود دریافت می‌کنید، مجبور به پرداخت هزینه شوید.

اگر به خدمات ضروری پزشکی نیاز دارید که در شبکه موجود نیست، ممکن است بتوانید این خدمات را به‌صورت رایگان از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید. اگر خدمات مورد نیاز شما در شبکه موجود نباشد یا فاصله آن تا محل زندگی شما زیاد باشد، طرح Molina Healthcare ممکن است ارجاع به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه را تأیید کند. اگر شما به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه ارجاع داده شوید، هزینه مراقبت شما را ما پرداخت خواهیم کرد.

برای دریافت مراقبت‌های فوری در محدوده خدمات‌رسانی طرح Molina Healthcare، باید به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های فوری عضو شبکه مراجعه کنید. برای دریافت مراقبت فوری از ارائه‌دهندگان عضو شبکه، نیازی به دریافت مجوز قبلی (پیش‌تأییدیه) ندارید. برای دریافت مراقبت فوری از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه در محدوده خدمات‌رسانی طرح Molina Healthcare، باید مجوز قبلی (پیش‌تأییدیه) بگیرید.

اگر از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه در محدوده خدمات‌رسانی طرح Molina Healthcare خدمات درمانی فوری دریافت کنید، ممکن است مجبور شوید هزینه آن را خودتان بپردازید.

خارج از محدوده خدمات‌رسانی

اگر خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح Molina Healthcare هستید و به مراقبتی نیاز دارید که اضطراری یا فوری محسوب نمی‌شود باید فوراً با PCP خود تماس بگیرید.

برای مراقبت اضطراری، با 911 تماس بگیرید یا به نزدیکترین بخش اورژانس بروید. طرح Molina Healthcare مراقبت‌های اضطراری خارج از شبکه را پوشش می‌دهد. اگر به کانادا یا مکزیک سفر کنید و احتیاج به مراقبت‌های اضطراری نیازمند بستری پیدا کنید، طرح Molina Healthcare مراقبت‌های شما را پوشش خواهد داد. اگر به کشورهایی غیر از کانادا یا مکزیک سفر کنید و نیاز به مراقبت‌های اضطراری، مراقبت فوری یا هرگونه خدمات درمانی پیدا شود، طرح Molina Healthcare مراقبت‌های شما را پوشش نخواهد داد.

اگر در ایالت دیگری یا در قلمروی ایالات متحده به‌عنوان مثال در ساموآی آمریکایی، گوام، جزایر ماریانای شمالی، پورتوریکو یا جزایر ویرجین ایالات متحده هستید، تحت پوشش مراقبت‌های اضطراری قرار دارید. همه بیمارستان‌ها و پزشکان، طرح Medicaid را نمی‌پذیرند. (طرح Medi-Cal همان Medicaid است که تنها در کالیفرنیا به این نام شناخته می‌شود.) اگر به مراقبت‌های اورژانسی در خارج از کالیفرنیا نیاز دارید، در اسرع وقت به پزشک یا پرسنل اورژانس اطلاع دهید که Medi-Cal دارید و عضو Molina Healthcare هستید.

از بیمارستان بخواهید که از کارت شناسایی Molina Healthcare شما کپی تهیه کند. به بیمارستان و پزشکان اطلاع دهید که صورتحساب را برای Molina Healthcare ارسال کنند. اگر برای خدماتی که در ایالت دیگر دریافت کرده‌اید، صورتحسابی دریافت می‌کنید، بلافاصله با Molina Healthcare تماس بگیرید. ما با بیمارستان و/یا پزشک همکاری خواهیم کرد تا Molina Healthcare هزینه مراقبت شما را پرداخت کند. اگر در خارج از کالیفرنیا هستید و به‌طور اضطراری به داروهای نسخه‌ای سرپایی نیاز دارید، از داروخانه بخواهید که با Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید.

توجه: سرخپوستان آمریکا می‌توانند از خدمات IHCP در خارج از شبکه نیز بهره‌مند شوند.

اگر سؤالی درباره مراقبت‌های خارج از شبکه یا خارج از منطقه داشتید، با شماره 1-888-665-4621 (TTY/TDD یا 711) تماس بگیرید. اگر دفتر تعطیل است یا می‌خواستید از یک نماینده راهنمایی بگیرید، با تلفن مشاوره پرستاری به شماره 1-888-275-8750 (انگلیسی) یا 1-866-648-3537 (اسپانیایی) تماس بگیرید.

در صورت نیاز به مراقبت‌های فوری در خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح Molina Healthcare باید به نزدیکترین مرکز مراقبت‌های فوری بروید. اگر به کشورهایی خارج از ایالات متحده سفر کنید و نیاز به مراقبت‌های اضطراری پیدا شود، طرح Molina Healthcare مراقبت‌های شما را پوشش نخواهد داد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مراقبت‌های فوری، بخش "مراقبت‌های فوری" را در ادامه این فصل مطالعه کنید.



اگر از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده می‌کنید، این ارائه‌دهنده باید واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.

- ما نمی‌توانیم هزینه‌های مربوط به ارائه‌دهنده‌ای را که واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست پرداخت کنیم.
- اگر به ارائه‌دهنده‌ای مراجعه می‌کنید که واجد شرایط 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، از جمله خدمات درمانی آسایشگاه‌های تخصصی، خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)، و پشتیبانی‌های جامعه محلی، دسترسی خواهید داشت. نوعی دیگر از خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، یعنی برنامه خدمات پشتیبانی در خانه از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستان‌تان در دسترس است.

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

شما به خدمات سلامت رفتاری که از نظر پزشکی هستند و تحت پوشش Medicare و Medi-Cal قرار دارند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medicare و خدمات درمانی مدیریت‌شده Medi-Cal را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal یا خدمات اختلال سوء مصرف 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
- شهرستان سن برناردینو - دپارتمان سلامت رفتاری
- شهرستان سن دیگو - خدمات سلامت رفتاری

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

اگر از نظر پزشکی واجد شرایط دریافت خدمات تخصصی بهداشت روان Medi-Cal باشید، خدمات تخصصی بهداشت روان Medi-Cal از طریق طرح بهداشت روان شهرستان (MHP) در دسترس شما خواهد بود. خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medi-Cal که در شهرستان ریورساید از طریق سیستم سلامت دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری، در شهرستان سن برناردینو از طریق بخش سلامت رفتاری شهرستان سن برناردینو، در شهرستان سن دیگو از طریق خدمات سلامت رفتاری شهرستان سن دیگو - بخش سلامت روان، و در شهرستان لس‌آنجلس از طریق دپارتمان سلامت عمومی شهرستان لس‌آنجلس ارائه می‌شوند، شامل موارد زیر هستند:

- خدمات سلامت روان
- خدمات کمک دارویی
- مراقبت‌های ویژه درمانی روزانه
- خدمات توانبخشی در روز
- خدمات مداخله در مواقع بحران
- خدمات تثبیت‌سازی در مواقع بحران
- خدمات درمانی اقامتی بزرگسالان
- خدمات درمانی اقامتی در مواقع بحران
- خدمات تسهیلات سلامتی روانپزشکی
- خدمات بستری بیمارستانی روانپزشکی
- مدیریت پرونده هدفمند
- خدمات پشتیبانی هم‌تایان
- خدمات سیار مداخله در بحران مبتنی بر جامعه
- خدمات رفتاری درمانی
- مراقبت از کودکان بی‌سرپرست

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 711، TTY: (855) 665-4627، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



- هماهنگی مراقبت ویژه
- خدمات ویژه مراقبت خانگی

خدمات سیستم تحویل سازمان یافته داروی Medi-Cal در شهرستان های ریورساید، سن دیگو، و سن برناردینو از طریق طرح سلامت روان شهرستان تان، و در شهرستان لس آنجلس از طریق دپارتمان سلامت عمومی لس آنجلس به شما ارائه می شوند، البته به شرط آنکه معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید. خدمات دارویی Medi-Cal که توسط طرح سلامت روان شهرستان تان ارائه می شوند عبارتند از:

- خدمات درمانی ویژه به بیماران سرپایی
- درمان اختلال سوء مصرف مواد در دوران بارداری
- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات برنامه درمانی مواد مخدر
- داروهای برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می شود)
- خدمات پشتیبانی همتایان

خدمات سیستم تحویل سازمان یافته داروی Medi-Cal عبارتند از:

- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات درمانی ویژه به بیماران سرپایی
- خدمات بستری جزئی در بیمارستان
- داروهای برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می شود)
- خدمات درمانی اقامتی
- خدمات مدیریت انصراف
- خدمات درمانی مواد مخدر
- خدمات بازیابی
- هماهنگی مراقبت ها
- خدمات پشتیبانی همتایان

علاوه بر خدمات فهرست شده در بالا، در صورتی که شرایط لازم را داشته باشید ممکن است به خدمات سم زدایی سرپایی داوطلبانه دسترسی داشته باشید.

طرح Molina Medicare Complete Care Plus دسترسی به بسیاری از ارائه دهندگان خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد را فراهم می کند. در وبسایت Molina Medicare Complete Care Plus یا از طریق تماس با خدمات اعضاء می توانید به فهرستی از ارائه دهندگان دسترسی پیدا کنید. برای دریافت یک نسخه از جدیدترین فهرست ارائه دهندگان/داروخانه ها یا برای دریافت کمک بیشتر در زمینه انتخاب ارائه دهنده سلامت رفتار، لطفاً با خدمات اعضاء تماس بگیرید. برای برخی خدمات ممکن است لازم باشد که مجوز قبلی دریافت کنید. شما یا ارائه دهنده خدمات سلامت رفتار شما یا PCP شما می توانید با توجه به فوریت خدمات درخواستی از طریق تلفن، فکس یا نامه از بخش مدیریت استفاده از خدمات درمانی Molina درخواست مجوز قبلی نمایید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه کدام خدمات به مجوز قبلی نیاز دارند لطفاً به نمودار مزایا در فصل 4 مراجعه کنید. خدمات درمانی مزبور باید ضروری محسوب شود. ضروری بودن به این معنی است که شما برای پیشگیری، تشخیص یا درمان مشکل پزشکی و حفظ بهداشت روان فعلی خود به خدمات نیاز داشته باشید. خدمات درمانی که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا آسایشگاه می شوند نیز خدمات ضروری محسوب می شود. این خدمات یا داروها باید مطابق با استانداردهای پزشکی و سلامت روان باشند.

اگر در حال دریافت خدمات هستید یا به دریافت خدمات تخصصی سلامت روان یا خدمات دارویی Medi-Cal نیاز دارید، که از طریق طرح خدمات بهداشت روان شهرستان (MHP) در اختیار شما قرار می گیرد، مدیران پرونده Molina Medicare Complete Care Plus می توانند شما را به منظور انجام ارزیابی به منابع شهرستان مربوطه ارجاع دهند. برای درخواست کمک و راهنمایی می توانید با خدمات اعضاء تماس بگیرید. همچنین می توانید مستقیماً با شهرستان تماس بگیرید. شماره های شهرستان مربوطه را در اطلاعات ارائه شده در پایین مشاهده کنید.



خدمات سلامت روان

دپارتمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس 1-800-854-7771

سیستم سلامت دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری 1-800-499-3008

دپارتمان سلامت رفتاری شهرستان سن برناردینو 1-888-743-1478

خدمات سلامت رفتاری شهرستان سن دیگو 1-888-724-7240

خدمات دارویی Medi-Cal

دپارتمان سلامت عمومی لس آنجلس 1-844-804-7500

سیستم سلامت دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری 1-800-499-3008

دپارتمان سلامت رفتاری شهرستان سن برناردینو 1-888-724-7240

G. خدمات حمل و نقل**G1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیر اورژانسی**

اگر نیازهای پزشکی دارید که به شما اجازه استفاده از ماشین، اتوبوس یا تاکسی را برای قرار ملاقاتان نمی‌دهد، حق استفاده از حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را دارید. حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را می‌توان برای خدمات تحت پوشش مانند قرار ملاقات پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان، مصرف مواد و داروخانه ارائه کرد. اگر به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز دارید، می‌توانید با PCP خود صحبت کنید و آن را درخواست کنید. PCP شما بهترین نوع حمل و نقل را برای رفع نیازهای شما تعیین می‌کند. اگر به خدمات حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز دارید، آن‌ها با تکمیل یک فرم و ارسال آن برای Molina Medicare Complete Care Plus جهت تایید این خدمات را تجویز خواهند کرد. با توجه به نیاز پزشکی شما، این تأییدیه به مدت یک سال معتبر خواهد بود. PCP شما یا ارائه‌دهنده دیگر نیاز شما به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را برای تأیید مجدد هر 12 ماه یکبار ارزیابی می‌کند.

حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی شامل آمبولانس، ون پزشکی، ون ویلچر یا حمل و نقل هوایی است. در صورتی که برای رسیدن به قرار ملاقات خود به وسیله نقلیه نیاز داشته باشید، طرح Molina Medicare Complete Care Plus ارزان‌ترین وسیله نقلیه تحت پوشش و مناسب‌ترین شیوه حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را با توجه به نیازهایتان در اختیارتان قرار می‌دهد. به عنوان مثال، اگر بتوانید از نظر فیزیکی یا پزشکی با یک ون ویلچر حمل شوید، Molina Medicare Complete Care Plus هزینه آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. فقط در صورتی می‌توانید از حمل و نقل هوایی استفاده کنید که با توجه شرایط پزشکی‌تان حمل و نقل زمینی غیرممکن باشد.

وسایل حمل و نقل 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 رفت و آمد از محل سکونت، سوار شدن به خودرو یا رفتن به محل درمان نیاز به کمک راننده دارید.

برای درخواست حمل و نقل پزشکی که پزشکتان برای **ویزیت‌های غیر فوری معمول** تجویز کرده است، حداقل 2 روز قبل از قرار ملاقات (در روزهای دوشنبه تا جمعه) با شماره 1-800-541-5555 Medi-Cal تماس بگیرید و به آنها اطلاع دهید. برای **قرار ملاقات‌های فوری**، لطفاً هرچه سریعتر تماس بگیرید. هنگام تماس کارت شناسایی عضویت خود را آماده داشته باشید. اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید هم می‌توانید تماس بگیرید.

محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی

طرح Molina Medicare Complete Care Plus کم‌هزینه‌ترین شیوه حمل و نقل پزشکی را از خانه‌تان تا محل نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده‌ای که به شما نوبت بدهد پوشش می‌دهد. اگر Medicare یا Medi-Cal خدمات را پوشش ندهند، حمل و نقل پزشکی ارائه خواهد شد. اگر نوع قرار ملاقات، تحت پوشش طرح Molina Medicare Complete Care Plus باشد اما تحت پوشش طرح سلامت نباشد، طرح Molina Medicare Complete Care Plus به شما کمک می‌کند تا حمل و نقل خود را برنامه‌ریزی کنید. فهرستی از خدمات تحت پوشش در فصل 4 این کتابچه ارائه شده است. حمل و نقل خارج از شبکه یا محدوده خدمات‌رسانی طرح Molina Medicare Complete Care Plus پوشش داده نمی‌شود مگر اینکه از قبل برای آن مجوز داده شده باشد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



G2. حمل و نقل غیر پزشکی

مزایای حمل و نقل غیر پزشکی شامل رفتن به مراکز ارائه‌دهنده خدمات جهت دریافت خدماتی که ارائه‌دهنده شما مجاز می‌داند و برگشتن از آنجا است. در شرایط زیر می‌توانید، بدون پرداخت هیچ هزینه‌ای، از خدمات حمل و نقل استفاده کنید:

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

طرح Molina Medicare Complete Care Plus به شما اجازه می‌دهد برای رفتن به مراکز ارائه‌دهنده خدمات جهت دریافت خدماتی که ارائه‌دهنده شما مجاز می‌داند از ماشین، تاکسی، اتوبوس یا سایر امکانات حمل و نقل عمومی/خصوصی استفاده کنید. طرح Molina Medicare Complete Care Plus برای هماهنگی حمل و نقل غیر پزشکی از Saferide استفاده می‌کند. ما کم‌هزینه‌ترین و مناسب‌ترین نوع حمل و نقل غیر پزشکی که نیازهای شما را برآورده کند را پوشش می‌دهیم.

گاهی اوقات، می‌توانید هزینه استفاده از وسیله نقلیه خصوصی که تهیه کرده‌اید را پس بگیرید. طرح Molina Medicare Complete Care Plus باید این امر را قبل از اینکه سوار وسیله نقلیه شوید تأیید کند، و باید به ما بگوید که چرا نمی‌توانید از وسیله دیگری مانند اتوبوس استفاده کنید. می‌توانید این موضوع را از طریق تماس تلفنی، ایمیل، یا به صورت حضوری به ما اطلاع دهید. اگر خودتان رانندگی کنید هیچ هزینه‌ای به شما مسترد نمی‌گردد. برای استرداد هزینه حمل و نقل تمامی موارد زیر الزامی است:

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

جهت درخواست حمل و نقل برای دریافت خدماتی که مجوز آن صادر شده 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. اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید هم می‌توانید تماس بگیرید.

توجه: سرخپوستان آمریکا می‌توانند برای درخواست حمل و نقل غیر پزشکی با کلینیک سلامت سرخپوستان محلی خود تماس بگیرند.

محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی

طرح Medi-Cal کم‌هزینه‌ترین شیوه حمل و نقل پزشکی را از خانه‌تان تا محل نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده‌ای که به شما نوبت بدهد پوشش می‌دهد. نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا مستقیماً هزینه را پس بگیرید.

در شرایط زیر حمل و نقل غیر پزشکی اعمال نمی‌شود:

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



H. خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانسی، خدمات درمانی فوری، یا در هنگام فاجعه

H1. مراقبت در شرایط اورژانسی پزشکی

شرایط اورژانسی پزشکی به مشکلی پزشکی با علائمی مانند درد یا جراحت شدید گفته می‌شود. یعنی شرایط فرد به قدری جدی است که شما یا هر شخص دارای اطلاعات درمانی و پزشکی متوسط بتواند تشخیص دهد که اگر فرد فوراً تحت مداوای پزشکی قرار نگیرد 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 بارداری که در مرحله فعال زایمان هستند، 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 متولد نشده‌تان را تهدید کند.

اگر در شرایط اورژانسی پزشکی به سر می‌برید:

در سریع‌ترین زمان ممکن درخواست کمک 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. لزومی به استفاده از ارائه‌دهندگان عضو شبکه ندارید. هر وقت لازم داشته باشید، در هر جایی از ایالات متحده آمریکا، یا قلمروهای آن یا سرتاسر جهان، می‌توانید از هر ارائه‌دهنده‌ای با گواهینامه دولتی مناسب مراقبت پزشکی اورژانسی دریافت کنید.

در سریع‌ترین زمان ممکن، ما را از شرایط اورژانسی‌تان مطلع سازید. ما مراقبت‌های اورژانسی شما را پیگیری خواهیم کرد. خودتان یا فرد دیگری باید، معمولاً در عرض 48 ساعت، با ما تماس بگیرید و ما را از شرایط اورژانسی مطلع سازید. با این حال، در صورت تأخیر در اطلاع‌رسانی، هزینه خدمات اضطراری را پرداخت نخواهید کرد. شماره خدمات اعضاء در پایین این صفحه درج شده است.

خدمات تحت پوشش در شرایط پزشکی اورژانسی

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

ارائه‌دهندگانی که خدمات 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 خدمات درمانی تکمیلی نیاز داشته باشید آنها به درمان شما ادامه می‌دهند و جهت برنامه‌ریزی با ما تماس می‌گیرند.

طرح ما هزینه خدمات درمانی تکمیلی شما را پوشش می‌دهد. اگر خدمات درمانی اورژانسی خود را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید، ما سعی می‌کنیم از ارائه‌دهندگان عضو شبکه بخواهیم تا هرچه سریعتر خدمات درمانی شما را بر عهده بگیرند.

دریافت خدمات 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. مادامی که دلیل منطقی داشته باشید که فکر کنید خطر جدی وجود داشته است، ما خدمات درمانی شما را پوشش خواهیم داد.

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

- به یکی از ارائه‌دهندگان شبکه مراجعه کنید، یا
- خدمات درمانی اضافی که دریافت می‌کنید "خدمات درمانی فوری" تشخیص داده شود و شما از قوانین مربوط به دریافت این خدمات پیروی کنید. به بخش بعدی مراجعه کنید.

H2. خدمات درمانی فوری

خدمات درمانی فوری به خدمات درمانی گفته می‌شود که در موقعیتی که اورژانسی نیست، اما نیاز فوری به مراقبت دارد، دریافت می‌کنید. به عنوان مثال، ممکن است عارضه‌ای که از قبل داشته‌اید عود کند، یا دچار بیماری یا آسیب‌دیدگی غیرمنتظره‌ای شوید.



خدمات درمانی فوری در محدوده خدمات‌رسانی طرح ما

در اکثر موارد، ما خدمات درمانی فوری را فقط در شرایط زیر پوشش می‌دهیم:

- شما این خدمات درمانی را از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه دریافت کنید، و
- از مقررات شرح داده شده در این فصل پیروی کنید.

اگر نتوانید یا معقول نباشد به یک ارائه دهنده عضو شبکه مراجعه کنید، با در نظر گرفتن وقت، مکان و شرایط شما، ما فوراً نیاز شما را از طریق ارائه‌دهنده خارج از شبکه رفع می‌کنیم.

خدمات درمانی فوری خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح ما

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

طرح ما خدمات درمانی فوری یا دیگر خدمات درمانی غیر اورژانسی که در خارج از ایالات متحده دریافت می‌کنید را پوشش نمی‌دهد.

طرح ما تحت شرایط زیر خدمات اورژانسی و خدمات درمانی فوری در سرتاسر جهان یا خدمات اورژانسی یا خدمات درمانی فوری خارج از ایالات متحده آمریکا را پوشش می‌دهد..

شما هر ساله تا مبلغ \$10,000 برای دریافت خدمات اورژانسی یا فوری تحت پوشش هستید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به نمودار مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

H3. خدمات درمانی در طول بلاپای طبیعی

در صورتی که فرماندار کالیفرنیا، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، یا رئیس جمهور ایالات متحده، وضعیت فاجعه یا اورژانس در محل جغرافیایی سکونت شما اعلام کند، شما همچنان می‌توانید از خدمات درمانی طرح ما استفاده کنید.

لطفاً برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دریافت مراقبت مورد نیاز در طول یک فاجعه طبیعی اعلام شده به این آدرس مراجعه کنید:

www.MolinaHealthcare.com/Medicare

اگر زمانی که یک فاجعه طبیعی اعلام شده است نتوانید از ارائه‌دهنده عضو شبکه استفاده کنید، می‌توانید خدمات درمانی مورد نیاز 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 عضو شبکه استفاده کنید، می‌توانید داروی نسخه‌ای خود را از یکی از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

1. اگر صورتحسابی را برای خدمات تحت پوشش طرح درمانی ما مستقیماً دریافت کردید چکار کنید

اگر ارائه‌دهنده‌ای صورتحساب را به جای 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 تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید یا اگر صورتحسابی برای خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، برای کسب اطلاعات درباره اینکه باید چکار کنید، به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

طرح ما تمامی خدمات زیر را پوشش می‌دهد:

- خدماتی که از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شده باشند، و
- در نمودار مزایای طرح (به فصل 4 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، فهرست شده باشند، و
- خدماتی که با پیروی از مقررات طرح دریافت می‌کنید.

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



اگر می‌خواهید بدانید که آیا ما هزینه خدمات پزشکی یا درمانی خاصی را پرداخت می‌کنیم یا خیر، این حق را دارید که از ما سؤال کنید. همچنین این حق را دارید که این سؤال را به‌صورت کتبی مطرح 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 9** از کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است که اگر بخواهید ما خدمات یا اقلام پزشکی را تحت پوشش قرار دهیم، باید چه کاری انجام دهید. همچنین درباره نحوه درخواست تجدیدنظر در خصوص تصمیم گرفته‌شده درباره پوشش طرح ما به شما اطلاعاتی می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حق درخواست تجدیدنظر، با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

ما هزینه برخی خدمات را تا سقف معینی پرداخت می‌کنیم. اگر از این محدوده فراتر روید، باید هزینه کامل خدمات اضافه را شخصاً پرداخت کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره 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 اعضاء تماس بگیرید.

J. پوشش خدمات 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 درمان‌ها را مورد آزمایش قرار می‌دهند. تحقیقات بالینی‌ای که Medicare تأیید کرده است معمولاً از داوطلبان درخواست می‌کند که در تحقیق شرکت کنند.

بعد از اینکه Medicare یا طرح ما تحقیقی که می‌خواهید در آن شرکت کنید را تأیید کردند، و در صورت علاقمندی شما، فردی که روی آن تحقیق کار می‌کند با شما تماس خواهد گرفت. این فرد اطلاعاتی را درباره تحقیق به شما ارائه می‌دهد و شرایط شما را برای شرکت در آن می‌سنجد. تا زمانی که از شرایط مورد نیاز برخوردار باشید می‌توانید در این تحقیق شرکت کنید. باید کارهایی را که در تحقیق موظف به انجام آن هستید درک کنید و بپذیرید.

مادامی که 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 تحت پوشش قرار می‌دهد.

در صورت تمایل به شرکت در یک تحقیق بالینی مورد تأیید Medicare، نیازی نیست با ما بگویید یا از طرف ما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه خود تأییدیه دریافت کنید. ارائه‌دهندگان که خدمات درمانی مرتبط به تحقیق را به شما ارائه می‌کنند لازم نیست که جزو ارائه‌دهندگان شبکه باشند. لطفاً توجه داشته باشید که این مزایا شامل مزایایی که طرح ما مسئول آن است، از جمله کارآزمایی بالینی یا ثبت‌نام برای بررسی مزیت، نمی‌شود. این مزایا شامل مزایای خاصی می‌شوند که در مطالعات تعیین پوشش ملی نیازمند پوشش با توسعه شواهد (NCDs-CED) و معافیت دستگاه‌های تحقیقاتی (IDE) معین شده‌اند و ممکن است مشروط به پیروی از قوانین پیش‌تأییدیه و سایر مقررات طرح نیز باشند.

از شما تقاضا داریم قبل از شرکت در تحقیقات بالینی ما را مطلع سازید.

اگر در نظر دارید که در یک تحقیق بالینی شرکت کنید که Original Medicare آن را برای ثبت‌نام‌کنندگان پوشش می‌دهد، شما یا هماهنگ‌کننده مراقبت شما باید با خدمات اعضاء تماس بگیرید تا به ما اطلاع دهید که داوطلب شرکت در یک آزمایش بالینی شده‌اید.

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

اگر داوطلب شرکت در تحقیقات بالینی مورد تأیید Medicare هستید، هیچ مبلغی را بابت خدمات تحت پوشش دریافت‌شده در این تحقیق پرداخت نمی‌کنید. طرح Medicare هزینه خدمات تحت پوشش دریافت‌شده در این تحقیق و همچنین هزینه‌های مرتبط با خدمات درمانی شما را پرداخت می‌کند. پس از ملحق شدن به تحقیق بالینی مورد تأیید Medicare، اکثر موارد و خدماتی که به عنوان بخشی از این تحقیق دریافت می‌کنید تحت پوشش 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 می‌شود
- جراحی یا دیگر مراحل پزشکی که بخشی از مطالعه تحقیقاتی هستند
- درمان هرگونه عوارض جانبی یا پیامدهای خدمات 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، باید هزینه‌های مربوط به حضور در تحقیق را خودتان پرداخت کنید.



J3. اطلاعات بیشتر در مورد مطالعه تحقیقاتی بالینی

درباره ملحق شدن به بررسی تحقیقاتی بالینی می‌توانید "Medicare و تحقیقات بالینی" را در وب سایت Medicare به آدرس www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf مطالعه کرده و اطلاعات بیشتری کسب کنید. شما می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

K. خدمات ارائه شده توسط مؤسسات درمانی-مذهبی غیرپزشکی شما چطور تحت پوشش قرار می‌گیرد**K1. تعریف مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی**

مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی به مکانی گفته می‌شود که خدمات درمانی معمول در یک بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی را ارائه می‌کند. اگر دریافت خدمات درمانی در بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی برخلاف عقاید مذهبی شما است، ما هزینه خدمات درمانی ارائه شده در مؤسسات درمانی-مذهبی غیرپزشکی را پوشش می‌دهیم.

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 خدمات درمانی از مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی باید یک سند حقوقی مبنی بر مخالفت‌تان با دریافت درمان پزشکی "غیرمستثنی" امضا 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 طبق قوانین فدرال، قوانین ایالتی، یا قوانین محلی **غیر داوطلبانه و الزامی است**.

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

- موسسه‌ای که خدمات درمانی را ارائه می‌دهد باید از Medicare گواهینامه دریافت کرده باشد.
- پوشش خدمات در طرح ما محدود به جنبه‌های غیرمذهبی خدمات درمانی است.
- اگر از این مؤسسه خدماتی را دریافت می‌کنید که در مرکزی به شما ارائه می‌شوند:
- باید شرایط پزشکی‌تان به گونه‌ای باشد که به شما اجازه دریافت خدمات درمانی به بیماران بستری در بیمارستان یا خدمات درمانی در آسایشگاه‌های تخصصی را بدهد.

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

L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)**L1. تجهیزات پزشکی با دوام (DME) به عنوان عضوی از طرح ما**

تجهیزات پزشکی بادوام (DME) شامل تجهیزاتی است که از نظر پزشکی ضروری است، ارائه‌دهنده سفارش داده است و شامل صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، سیستم‌های تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت‌های بیمارستانی سفارش داده شده توسط ارائه دهنده برای استفاده در منزل، پمپ‌های تزریق داخل وریدی (IV)، وسایل تولید صوتی، وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن، نیولایزر و واکر می‌شود.

مالکیت وسایل خاص، مثل اندام‌های مصنوعی، همیشه با خودتان است.

در این بخش، اطلاعاتی را درباره DME که اجازه می‌کنید ارائه می‌دهیم. به عنوان عضوی از طرح ما هرگز مالک تجهیزات پزشکی بادوام یا DME نخواهید شد حتی اگر آن را برای بلند مدت اجاره کرده باشید.



در شرایط محدود و خاص، ما مالکیت تجهیزات DME را به شما منتقل می‌کنیم. برای آگاهی از الزاماتی که باید برآورده کنید و مدارکی که باید ارائه دهید، با خدمات اعضاء تماس بگیرید.
حتی اگر قبل از پیوستن به طرح ما تا 12 ماه متوالی تحت Medicare تجهیزات پزشکی بادوام را در اختیار داشته باشید، مالک تجهیزات نخواهید شد.

L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare

اعضای طرح Original Medicare پس از 13 ماه اجاره انواع خاصی از DME می‌توانند مالک آن شوند. در طرح Medicare Advantage، طرح درمانی می‌تواند 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 2025 مراجعه کنید. اگر نسخه‌ای از این کتابچه راهنما را ندارید می‌توانید آن را از وب سایت Medicare به آدرس (www.medicare.gov/medicare-and-you) تهیه کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE یا (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته 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 به صورت پیاپی بپردازید یا تعداد اقساط پیاپی که توسط طرح MA تعیین شده است را پرداخت کنید:

- طی مدت زمانی 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 سلامتی در برنامه Original Medicare یا طرح MA دریافت کرده باشید.
- اگر پیش از عضویت در طرح درمانی ما مبلغی را برای DME تحت طرح Original Medicare یا MA پرداخت کرده باشید، مبلغ پرداختی Original Medicare یا MA به عنوان مبلغی که باید پس از ترک طرح درمان ما پرداختی کنید محسوب نمی‌شود.
- در صورت وجود یکی از شرایط زیر، برای مالکیت DME باید 13 قسط از هزینه طرح Original Medicare را به صورت 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 تحت پوشش Medicare واجد شرایط هستید و عضو طرح ما هستید، ما این موارد را پوشش می‌دهیم:

- اجاره 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 طرح‌تان را به طرح بیمه Original Medicare یا طرح (MA) Medicare Advantage دیگری تغییر 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 تأمین‌کننده اجاره خواهید کرد. اجاره‌هایی که ماهانه پرداخت می‌کنید تجهیزات اکسیژن و لوازم و خدمات فهرست‌شده در بالا را پوشش می‌دهد.

اگر تجهیزات اکسیژن پس از گذشت 36 ماه از اجاره آن از نظر پزشکی همچنان ضروری باشد، تأمین‌کننده 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 ضرورت پزشکی



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

- تأمین‌کننده 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.
- پس از آن، تأمین‌کننده شما تجهیزات اکسیژن، لوازم و خدمات مربوطه را برای 24 ماه دیگر تأمین می‌کند.
- تا زمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد، هر 5 سال یک بار چرخه جدیدی شروع می‌شود.

اگر تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد و شما از طرح ما خارج شوید و به جای آن عضو طرح **Medicare Advantage** شوید، این طرح حداقل مواردی را که **Original Medicare** پوشش می‌دهد پوشش خواهد داد. شما می‌توانید از طرح جدید **MA** خود بپرسید که چه تجهیزات و میزان کپسول اکسیژن را پوشش می‌دهد و اینکه پرداخت چه هزینه‌هایی برعهده شما است.



فصل 4: نمودار مزایا

مقدمه

در این فصل اطلاعاتی درباره خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد و محدودیت‌های اعمال‌شده بر این خدمات ارائه می‌شود. همچنین اطلاعاتی را در مورد مزایایی که تحت پوشش طرح درمانی ما نیست ارائه می‌کند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

پیوستن اعضا جدید به Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP): در اکثر موارد، پس از درخواست برای ثبت‌نام در Molina Medicare Complete Care Plus، در اولین روز از ماه بعد برای دریافت مزایای Medicare خود به عضویت Molina Medicare Complete Care Plus در خواهید آمد. همچنان می‌توانید 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. لطفاً اگر سؤالی دارید با شماره (855) 665-4627، یا TTY به شماره 711 تماس بگیرید.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش شما	49
A1. در طول شرایط اورژانسی بهداشت عمومی	49
B. مقررات برای پیشگیری مطالبه هزینه خدمات توسط ارائه‌دهندگان از شما	49
C. درباره نمودار مزایای طرح درمانی ما	49
D. نمودار مزایای طرح درمانی ما	51
E. پشتیبانی‌های جامعه	87
F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما	93
F1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)	93
F2. طرح دندانپزشکی Medi-Cal	93
F3. مراقبت در آسایشگاه بیماران لاعلاج	94
F4. خدمات حمایتی درون منزل (IHSS)	94
F5. برنامه‌های معافیت خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS) در سال 1915(c)	94
F6. خدمات سلامت رفتاری شهرستان که خارج از طرح ما ارائه می‌شود (سلامت روان و خدمات اختلال سوء مصرف مواد) ...	96
G. مزایایی که توسط طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود	98

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



A. خدمات تحت پوشش شما

این فصل اطلاعاتی را درباره خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد ارائه می‌دهد. همچنین می‌توانید درباره خدماتی که تحت پوشش قرار نمی‌گیرند اطلاعاتی کسب کنید. اطلاعات مربوط به مزایای دارویی در **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا ذکر شده است. در این فصل همچنین محدودیت‌های اعمال شده بر برخی خدمات شرح داده می‌شوند.

به دلیل اینکه از طرف Medi-Cal کمک و راهنمایی دریافت می‌کنید، تا زمانی که قوانین طرح ما را دنبال کنید، هیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش پرداخت نخواهید کرد. جهت کسب اطلاعات درباره قوانین طرح به **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر برای اطلاع از خدمات تحت پوشش به راهنمایی نیاز دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت خود و/یا خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، تماس بگیرید، TTY: 711 با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

A1. در طول شرایط اورژانسی بهداشت عمومی

در صورتی که فرماندار کالیفرنیا، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، یا رئیس جمهور ایالات متحده، وضعیت فاجعه یا اورژانس در محل جغرافیایی سکونت شما اعلام کند، شما همچنان می‌توانید از خدمات درمانی طرح Molina Medicare Complete Care Plus استفاده کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه دسترسی به خدمات درمانی در طول بلایای طبیعی لطفاً با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

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

ما به ارائه‌دهندگان شبکه‌مان اجازه نمی‌دهیم هزینه خدمات تحت پوشش 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 تحت پوشش صورت حساب دریافت کنید. اگر صورت حساب دریافت کردید، به **فصل 7** از کتابچه راهنمای اعضای خود رجوع کنید یا با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

C. درباره نمودار مزایای طرح درمانی ما

نمودار مزایای اطلاعاتی را درباره خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است ارائه می‌دهد. این نمودار خدمات تحت پوشش را به ترتیب حروف الفبا فهرست می‌کند و هر کدام را توضیح می‌دهد.

در صورتی که مقررات زیر برآورده شوند، هزینه خدمات فهرست شده در نمودار مزایا بر عهده ما است. تا زمانی که شرایط پوششی که در زیر توصیف شده را برآورده کنید برای خدمات ذکر شده در نمودار مزایا هیچ مبلغی را پرداخت نمی‌کنید.

- ما باید خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal شما را طبق قوانین تعیین شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه دهیم.
- خدمات شامل خدمات درمانی، خدمات سلامت رفتاری و سوء مصرف مواد، خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت، لوازم، تجهیزات و داروها باید "از نظر پزشکی ضروری" باشند. منظور از ضروری از نظر پزشکی یعنی خدمات، لوازم یا داروهایی که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت فعلی سلامت خود نیاز دارید. این امر شامل خدمات درمانی است که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا آسایشگاه‌ها می‌شود. همچنین به این معنی است که خدمات یا داروها باید از استانداردهای پزشکی پذیرفته شده پیروی کنند.
- هنگامی که برای اولین بار و به عنوان عضو جدیدی وارد این طرح می‌شوید، حداقل یک دوره انتقال 90 روزه را ارائه خواهیم داد که در این مدت، طرح جدید MA نیازی به مجوز قبلی برای هیچ دوره فعال درمانی ندارد، حتی اگر دوره درمان برای خدماتی باشد که توسط ارائه دهنده خارج از شبکه شروع شده باشد.
- شما این خدمات درمانی را از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه دریافت می‌کنید. ارائه‌دهنده عضو شبکه به ارائه‌دهنده‌ای گفته می‌شود که با طرح درمانی ما همکاری می‌کند. در اکثر موارد، خدمات درمانی که از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت می‌کنید تحت پوشش قرار نمی‌گیرند مگر اینکه شرایط اورژانسی یا نیاز فوری به خدمات 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 عضو و خارج از شبکه ارائه شده است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- شما یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه (PCP) یا یک گروه خدمات درمانی دارید که خدمات 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 درمانی باید از ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه خود تأییدیه دریافت کنید. به این امر، ارجاع گفته می‌شود. **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا شما اطلاعات بیشتری را درباره دریافت ارجاع و زمانی که به آن نیاز ندارید، ارائه می‌دهد.
- برخی از خدمات فهرست‌شده را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک شما یا یکی دیگر از ارائه‌دهندگان عضو شبکه از ما تأییدیه دریافت کند. به این امر، مجوز قبلی گفته می‌شود. ما خدمات تحت پوشش در نمودار مزایا را که نیاز به مجوز قبلی دارند با ستاره (*) علامت‌گذاری می‌کنیم.
- اگر طرح درمانی شما درخواست PA برای یک دوره درمانی را تأیید کند، این تأییدیه باید تا زمانی که از نظر پزشکی معقول و ضروری باشد، معتبر باقی بماند تا از اختلال در ارائه خدمات درمانی بر اساس معیارهای پوشش‌دهی، سابقه پزشکی شما و توصیه‌های ارائه‌دهنده خدمات درمان جلوگیری شود.
- اگر مزایای Medi-Cal خود را از دست بدهید، به مدت 3 ماهی همچنان به‌عنوان واجد شرایط تلقی شوید مزایای Medicare در این طرح را همچنان دریافت خواهید کرد. با این حال، خدمات Medi-Cal ممکن است تحت پوشش قرار نگیرد. برای کسب اطلاعات درباره واجد شرایط بودن خود در Medi-Cal، با دفتر واجد شرایطی شهرستان یا گزینه‌های مراقبت سلامتی تماس بگیرید. شما می‌توانید مزایای Medicare خود را حفظ کنید، اما مزایای Medi-Cal را خیر.



اطلاعات مهم برای اعضا مبتلا به بیماری‌های مزمن خاص.

- اگر بیماری‌های مزمن زیر را دارید و معیارهای پزشکی خاصی را دارید، ممکن است واجد شرایط 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
 - مرحله نهایی بیماری کبد
 - مرحله نهایی بیماری کلیوی (ESRD)
 - اختلالات خونی شدید
 - HIV/ایدز
 - اختلالات مزمن ریوی
 - بیماری‌های سلامت روان مزمن و ناتوان کننده
 - اختلالات عصبی
 - سکته مغزی
- برای اطلاعات بیشتر به ردیف "کمک به درمان برخی بیماری‌های مزمن" در نمودار مزایا مراجعه کنید.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر لطفاً با ما تماس بگیرید.

اکثر خدمات پیشگیرانه رایگان هستند. این علامت سیب  را در کنار خدمات پیشگیرانه در نمودار مزایا خواهید یافت.



D. نمودار مزایای طرح درمانی ما

خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	مبلغی که شما باید بپردازید
 <p>غربالگری آنوریسم آنورت شکمی</p> <p>ما هزینه یک بار سونوگرافی غربالگری برای افراد در معرض خطر را پرداخت خواهیم کرد. طرح ما فقط در صورتی هزینه این غربالگری را پرداخت می‌کند که عوامل خطر مشخص را داشته باشید و از پزشک، دستیار پزشک، پرستار متخصص، یا متخصص پرستاری بالینی برای انجام آن ارجاعی دریافت کرده باشید.</p>	<p>\$0</p> <p>برای این غربالگری پیشگیرانه هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>
<p>طب سوزنی</p> <p>ما در هر ماه تقویمی تا دو بار هزینه خدمات طب سوزنی سرپایی را می‌پردازیم، یا اگر از نظر پزشکی ضروری باشند تعداد دفعات بیشتری را پوشش می‌دهیم.</p> <p>علاوه بر این، اگر طبق تعریف زیر کمردرد مزمن داشته باشید، ما در هر 90 روز هزینه حداکثر 12 جلسه طب سوزنی را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • به مدت 12 ماه یا بیشتر به طول انجامد؛ • از نوع بخصوصی نباشد (هیچ علت جسمانی که قابل شناسایی باشد نداشته باشد، مثلاً به بیماری‌های مناسازی، التهابی، یا عفونی ارتباطی نداشته باشد)؛ • به جراحی مرتبط نباشد؛ و • ارتباطی با بارداری نداشته باشد. <p>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 جلسه طب سوزنی برای درد مزمن کمردرد دریافت کنید.</p> <p>اگر دردتان بهبود پیدا نکرد یا بدتر شد، درمان طب سوزنی باید متوقف شود.</p>	<p>\$0</p> <p>شما برای هر درمان تحت پوشش Medicare مبلغ 0\$ می‌پردازید</p>
 <p>غربالگری و مشاوره اعتیاد به الکل</p> <p>ما هزینه یک بار غربالگری سوء مصرف الکل (SABIRT) را برای افراد بزرگسالی که سوء مصرف الکل دارند، اما به الکل وابسته نیستند، پرداخت می‌کنیم. این موضوع شامل زنان باردار نیز می‌شود.</p> <p>اگر نتیجه غربالگری شما برای سوء مصرف الکل مثبت باشد، هر سال حداکثر چهار جلسه مشاوره کوتاه و حضوری (اگر بتوانید و در طول جلسه هوشیار باشید) با یک ارائه‌دهنده واجد شرایط در زمینه مراقبت‌های سلامتی اولیه (PCP) یا درمانگر در یک موسسه مراقبت‌های بهداشتی اولیه خواهید داشت.</p>	<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای غربالگری و مشاوره تحت پوشش Medicare جهت کاهش مزایای پیشگیرانه سوء مصرف الکل وجود ندارد.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>شما برای هر بار اعزام یک طرفه با آمبولانس که تحت پوشش Medicare باشد مبلغ \$0 می‌پردازید.</p> <p>مجوز قبلی فقط برای حمل و نقل غیر اورژانسی آمبولانس مورد نیاز است.</p> <p>اگر به خدمات درمانی اورژانسی نیاز دارید، با 911 تماس بگیرید و درخواست آمبولانس کنید. اگر در خارج از آمریکا به حمل و نقل اورژانسی با آمبولانس نیاز پیدا کردید، به بخش "پوشش جهانی اورژانسی/فوری" در این نمودار مراجعه کنید.</p>	<p>خدمات آمبولانس</p> <p>خدمات آمبولانس تحت پوشش، چه در شرایط اورژانسی و چه غیر اورژانسی، شامل حمل و نقل زمینی و هوایی (هواپیما و هلیکوپتر) می‌شود. آمبولانس شما را به نزدیکترین مکانی که بتواند خدمات درمانی را به شما ارائه کند منتقل می‌کند.</p> <p>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.</p> <p>در 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.</p>	
<p>\$0</p> <p>اگر به خدمات بیشتری نیاز باشد، ارائه‌دهندگان شما را به متخصص ارجاع می‌دهد یا در صورت نیاز مجوز قبلی صادر می‌کند.</p>	<p>معاینه جسمانی سالانه (مکمل)</p> <p>معاینه جسمانی روتین سالانه خدمات معاینه جسمانی دیگری را هم پوشش می‌دهد که فقط باید توسط پزشک، پرستار متخصص، یا دستیار پزشک ارائه شوند. این معاینه فرصت مناسبی برای تمرکز بر پیشگیری و غربالگری است. طی معاینه جسمانی روتین، پزشک با معاینه بصری، لمس بدن، معاینه از راه گوش و ضربه با انگشت شما را معاینه و مشکلات احتمالی را شناسایی می‌کند. سه مورد آخر به تماس فیزیکی مستقیم نیاز دارند که برای شناسایی مشکلات جسمانی احتمالی ضروری هستند.</p>	
<p>\$0</p> <p>برای چک‌آپ سالانه، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>چک‌آپ سالانه</p> <p>شما می‌توانید یک چک‌آپ سالانه داشته باشید. این چک‌آپ به منظور ایجاد یا به‌روزرسانی طرح پیشگیری بر مبنای عوامل خطر فعلی‌تان است. هر 12 ماه یک بار هزینه این چک‌آپ را می‌پردازیم.</p> <p>توجه: چک‌آپ سالانه اول شما نباید طی بازه زمانی 12 ماهه از تاریخ انجام معاینه به Medicare خوش آمدید انجام شود. با این حال، پس از اینکه بخش B را برای 12 ماه دریافت کرده باشید، برای انجام چک‌آپ سالانه نیازی نیست که معاینه به Medicare خوش آمدید را انجام داده باشید.</p>	
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای خدمات پیشگیری از آسم وجود ندارد.</p>	<p>خدمات پیشگیری از آسم</p> <p>آموزش آسم و ارزیابی محیط خانه برای شناسایی عوامل تحریک‌کننده‌ای که عموماً در خانه‌ها پیدا می‌شوند برای افرادی که کنترل ضعیفی روی شرایط آسم‌شان دارند ارائه می‌شود.</p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
\$0	<p>اندازه‌گیری تراکم استخوان</p> <p>برای اعضای که واجد شرایط هستند (معمولاً افرادی که در خطر از دست دادن تراکم استخوان یا خطر پوکی استخوان هستند) هزینه رویه‌های خاص را می‌پردازیم. این رویه‌ها تراکم استخوان را شناسایی می‌کنند، از دست رفتن تراکم استخوان را کشف می‌کنند، یا کیفیت استخوان را بررسی می‌کنند.</p> <p>ما هر 24 ماه یک بار، یا اگر از نظر پزشکی ضروری باشد برای تعداد دفعات بیشتری، هزینه این خدمات را می‌پردازیم. علاوه بر این، هزینه ویزیت دکتر و بررسی نتایج را هم می‌پردازیم.</p>
\$0	<p>غربالگری سرطان سینه (عکس‌های ماموگرافی)</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> یک عکس ماموگرافی اولیه بین سنین 35 و 39 سال یک بار غربالگری با عکس ماموگرافی در هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا معاینه‌های بالینی سینه هر 24 ماه یک بار
\$0	<p>خدمات توانبخشی قلب*</p> <p>ما هزینه خدمات توانبخشی قلب مثل ورزش، آموزش و مشاوره را می‌پردازیم. اعضا باید از شرایطی خاص برخوردار باشند و ارجاع یا دستور پزشک داشته باشند.</p> <p>ما همچنین هزینه برنامه‌های فشرده توانبخشی قلب را، که نسبت به برنامه‌های توانبخشی قلب فشرده‌تر هستند، پرداخت می‌کنیم.</p>
\$0	<p>معاینه کاهش خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی (مداوا برای بیماری قلبی)</p> <p>ما هزینه یک یا، در صورتی که از نظر پزشکی ضروری باشد، چند بار مراجعه به ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه را پرداخت می‌کنیم تا احتمال بروز بیماری‌های قلبی در شما کمتر شود. طی معاینه، دکتر شما ممکن است:</p> <ul style="list-style-type: none"> درباره استفاده از آسپرین صحبت کند، فشار خون شما را بررسی کند، و/یا درباره نحوه درست غذا خوردن نکاتی را به شما گوشزد کند.
\$0	<p>آزمایش تشخیص بیماری‌های قلبی عروقی</p> <p>هر پنج سال (60 ماه) یک بار هزینه آزمایش‌های خون جهت شناسایی بیماری‌های قلبی عروقی را می‌پردازیم. این آزمایش‌های خون همچنین برای بررسی وجود نقص‌های ناشی از خطر بالای ابتلا به بیماری قلبی استفاده می‌شوند.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>\$0</p> <p>برای معاینات پاپ اسمیر و لگن پیشگیرانه تحت پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>غربالگری سرطان رحم و دهانه رحم</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای تمامی زنان: تست پاپ اسمیر و لگن خاصره هر 24 ماه یک بار • برای زنانی که خطر ابتلا به سرطان رحم یا واژن در آنها بالا است: یک تست پاپ اسمیر هر 12 ماه یک بار • برای زنانی که در ظرف 3 سال گذشته تست غیرمعمول پاپ اسمیر داشته‌اند و در سن بارداری هستند: هر 12 ماه یک بار، یک تست پاپ اسمیر • برای زنان 30 تا 65 ساله: تست ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا تست پاپ اسمیر به علاوه تست HPV هر 5 سال 	
<p>برای هر ویزیت \$0 برای این خدمات تحت پوشش Medicare پرداخت می‌کنید.</p>	<p>خدمات کایروپراکتیک</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جاناندازی ستون فقرات به منظور جای‌گیری درست مهره‌ها 	
<p>\$0</p> <p>برای معاینه غربالگری سرطان روده بزرگ تحت پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>غربالگری سرطان روده بزرگ</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کلونوسکوپی هیچ محدودیت سنی ندارد و برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا به سرطان روده بزرگ قرار ندارند هر 120 ماه یک بار (10 سال) یا برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا به سرطان روده بزرگ قرار ندارند 48 ماه پس از سیگمونئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر قبلی، و برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا قرار دارند هر 24 ماه یک بار پس از کلونوسکوپی یا تنقیه باریم غربالگری انجام می‌شود. • سیگمونئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیمارانی سنین 45 سال و بالاتر. هر 120 ماه یک بار برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا قرار ندارند پس از اینک بیمار کلونوسکوپی غربالگری را انجام داده است. هر 48 ماه یک بار برای بیمارانی که سیگمونئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا تنقیه باریم آخر آنها نشانگر این باشد که در خطر بالای ابتلا قرار دارند. • آزمایش‌های غربالگری خون مخفی مدفوع برای بیمارانی سنین 45 سال و بالاتر. هر 12 ماه یک بار. • آزمایش چندمنظوره DNA مدفوع برای بیمارانی که 45 تا 85 سال سن دارند و معیارهای قرار داشتن در معرض خطر بالا را برآورده نکنند. هر 3 سال یک بار. • آزمایش‌های زیست‌نشانگرهای مبتنی بر خون برای بیمارانی که بین 45 تا 85 سال سن دارند و معیارهای قرار داشتن در خطر بالا را برآورده نمی‌کنند. هر 3 سال یک بار. • 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 سیگمونئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیمارانی که در خطر بالا قرار ندارند و 45 سال یا بیشتر سن دارند. یک بار دست‌کم 48 ماه پس از آخرین آزمایش تنقیه باریم یا سیگمونئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر. <p>در صورتی که آزمایش غربالگری غیرتهاجمی مبتنی بر مدفوع Medicare با پاسخ مثبت همراه باشد، آزمایش‌های غربالگری سرطان روده بزرگ شامل یک کلونوسکوپی تکمیلی خواهد بود.</p>	





مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای خدمات دندانپزشکی تحت پوشش Medicare وجود ندارد.</p>	<p>خدمات دندانپزشکی (تحت پوشش Medicare)</p> <p>ما هزینه برخی خدمات دندانپزشکی خاص را پرداخت می‌کنیم، که شامل پاکسازی، پر کردن، دندان مصنوعی می‌شوند، اما محدود به این موارد نمی‌شوند. مواردی که تحت پوشش ما نیستند از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal در دسترس هستند، که در بخش F2 در پایین شرح داده شده است.</p> <p>در صورتی که خدمات دندانپزشکی بخشی جدایی‌ناپذیر از درمانی خاص برای شرایط پزشکی اولیه‌ی ذی‌نفعان باشد، ما هزینه این خدمات را پرداخت می‌کنیم. مثال‌هایی از این خدمات شامل بازسازی فک پس از شکستگی یا آسیب‌دیدگی، کشیدن دندان به‌منظور آماده‌سازی برای پرتودرمانی سرطان اطراف فک، یا آزمایش‌های دهانی قبل از پیوند کلیه هستند.</p>
<p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.</p> <p>اگر خدماتی تحت پوشش نباشد یا اگر از حداکثر کمک هزینه سالانه خود فراتر بروید، ممکن است خودتان مسئول پرداخت هزینه‌ها باشید.</p> <p>ممکن است محدودیت‌ها یا استثناهایی اعمال شود.</p> <p>توجه: این پوشش برای مزایای دندانپزشکی تکمیلی Medicare است. برخی خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal در دسترس هستند. مزایای دندانپزشکی طرح دندانپزشکی Medi-Cal به صورت ارائه خدمات در برابر پرداخت هزینه قابل دسترسی می‌باشد. جهت کسب اطلاعات بیشتر، با در صورت نیاز به یافتن دندانپزشکی که طرح دندانپزشکی Medi-Cal را بپذیرد، لطفاً با خط خدمات اعضا به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با 1-800-735-2922 تماس با این شماره رایگان است). نمایندگان برنامه دندانپزشکی Medi-Cal از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 شب، در روزهای دوشنبه تا جمعه برای ارائه کمک و راهنمایی به شما در دسترس می‌باشند. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید به وبسایت dental.dhcs.ca.gov/for مراجعه کنید.</p>	<p>خدمات دندانپزشکی (مکمل)</p> <p>ما مزایای دندانپزشکی دیگری را ارائه می‌دهیم که شامل خدمات دندانپزشکی مانند تمیز کردن، پر کردن و دندان مصنوعی می‌شود. شما حداکثر مبلغ \$1000 در هر سال تقویمی برای کلیه خدمات مکمل و پیشگیرانه دندانپزشکی، از جمله دندان مصنوعی دارید.</p> <p>حداکثر کمک‌هزینه سالانه شامل خدمات مکمل دندانپزشکی پیشگیرانه شما نمی‌شود. فقط خدماتی که در بخش زیر ذکر شده‌اند تحت پوشش قرار می‌گیرند و هر یک از این خدمات محدودیت‌های خاصی دارند (مثلاً سقف هزینه، تعداد رویه‌ها و/یا دفعات ارائه خدمات).</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینات دهانی • حداکثر 2 بار در هر سال تقویمی؛ کدهای D0120، D0140، D0150 و D0180 در طول عمر، برای هر ارائه‌دهنده یا مکان ارائه خدمات فقط یکبار مجاز هستند. • تصاویر رادیولوژی دندان • حداکثر 4 رادیوگرافی مخصوص تاج دندان‌های بالا و پایین (D0272/D0274)، در هر سال تقویمی • حداکثر 6 پری آپیکال (D0220/D0230) در هر سال تقویمی • 1 عکس پانوراما (D0330) هر 5 سال تقویمی • 1 سری توموسنتز داخل دهانی جامع (D0372) هر 5 سال تقویمی • کدهای D0330 و D0372 هر 5 سال تقویمی یکبار مجاز هستند و در همان سال تقویمی با کدهای D0272 یا D0274 تحت پوشش قرار نمی‌گیرند • پیشگیری (پاکسازی) • تا سقف 2 بار در هر سال تقویمی (D1110). • فلوراید تراپی • تا سقف 2 بار در هر سال تقویمی (D1206، D1208). • لثه پزشکی (جرمگیری عمیق) • تا سقف 4 چارک در هر 2 سال تقویمی. پوشش‌دهی شامل هر نوع ترکیبی از کدهای D4341 یا D4342 است. • لثه پزشکی (دبریدمان) • تا سقف 1 بار در هر سال تقویمی (D4355) یا • تا سقف 2 بار در هر سال تقویمی (D4910) • خدمات ترمیمی (پر کردن دندان)

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 711، TTY: (855) 665-4627، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>در صورت مراجعه به ارائه‌دهندگان خدمات دندانپزشکی Medi-Cal ممکن است از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal واجد شرایط دریافت خدمات دندانپزشکی بیشتری باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای برنامه دندانپزشکی Medi-Cal به بخش F2 مراجعه کنید.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ تا سقف 6 مورد ترمیم در هر سال تقویمی از هر یک از کدهای ADA ترمیمی تحت پوشش آمالگام یا رزین (D2140-D2161؛ D2330-D2335؛ و D2391-D2394). ◦ کشیدن دندان (معمولی) ◦ تا سقف 8 بار در هر سال تقویمی (D7140) ◦ کشیدن دندان (جراحی) ◦ تا سقف 3 بار در هر سال تقویمی (D7210، D7220، D7230، D7240، D7241). ◦ برش و تخلیه ◦ تا سقف 1 دندان در طول عمر (D7510، D7511، D7520، D7521) ◦ تاج دندان و ترمیم تاج ◦ تا سقف 2 بار در هر سال تقویمی؛ هر 5 سال یکبار برای هر دندان (D2510-D2530؛ D2542-D2544؛ D2620، D2630؛ D2642-D2644؛ D2650-D2652؛ D2662-D2664؛ D2670-D2672؛ D2710-D2722؛ D2740، D2750، D2751، D2752؛ D2781-D2783؛ D2790-D2794؛ D2799؛ D2951-D2954؛ D2980) ◦ ریشه درمانی / عصب کشی ◦ تا سقف 1 بار در هر سال تقویمی (D3220؛ D3310-D3330؛ D3410، D3421، D3425، D3426) ◦ دندان مصنوعی ◦ تا 1 ست کامل دندان مصنوعی (چه به صورت کامل، فوری، یا جزئی) یک بار در هر 3 سال تقویمی؛ تا سقف حداکثر میزان پوشش سالانه طرح (D5110-D5140؛ D5211-D5214؛ D5221-D5228) ◦ ترمیم و تنظیم دندان مصنوعی ◦ تا سقف 4 مورد در هر سال تقویمی (D5511، D5512، D5520، D5611، D5612، D5621، D5622، D5630، D5640، D5650، D5660، D5670، D5671، D5710، D5711، D5720، D5721، D5725، D5730، D5731، D5740، D5741، D5750، D5751، D5760، D5761، D5765) ◦ درمان اورژانسی تسکینی ◦ تا سقف 4 بار در هر سال تقویمی (D9110) ◦ بیهوشی (آرامبخشی عمیق و داخل وریدی) ◦ تحت پوشش جراحی دهان (D9222، D9223، D9239، D9243) <p>این کدها ممکن است در طول سال توسط انجمن دندانپزشکی آمریکا (ADA) به روزرسانی شوند. اگر در مورد کدهای دندانپزشکی ADA سوالی دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. می‌توانید شماره تلفن آنها را در پشت کارت شناسایی عضویت خود پیدا کنید. برخی از خدمات دندانپزشکی به مجوز قبلی نیاز دارند. ارائه‌دهنده شما تمام مجوزهای مورد نیاز طرح را برای شما دریافت خواهد کرد.</p> <p>خدمات زیبایی و ایمپلنت دندان تحت پوشش این طرح نیستند.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>\$0</p> <p>برای یک ویزیت سالانه غربالگری افسردگی، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>غربالگری افسردگی</p> <p>هر سال یک بار هزینه یک بار غربالگری افسردگی را پرداخت می‌کنیم. این غربالگری باید در مرکز مراقبت‌های سلامتی اولیه‌ای انجام شود که قادر به ارائه درمان بعدی یا ارجاع باشد.</p>	
<p>\$0</p> <p>برای تست‌های غربالگری دیابت تحت پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>غربالگری دیابت</p> <p>در صورتی که یکی از ریسک فاکتورهای زیر را داشته باشید، ما هزینه این غربالگری (شامل آزمایش‌های قند خون ناشتا) را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • پرفشاری خون (فشار خون بالا) • سابقه سطوح غیرعادی کلسترول و تری‌گلیسرید (اختلال چربی خون) • چاقی • سابقه قند خون بالا (گلوکز) <p>در برخی موارد دیگر، مثلاً اگر اضافه وزن داشته باشید و یکی از اعضای خانواده‌تان سابقه دیابت داشته باشد، آزمایش‌ها ممکن است پوشش داده شود.</p> <p>پس از تاریخ آخرین آزمایش غربالگری دیابت، شما هر 12 ماه یکبار واجد شرایط انجام حداکثر دو غربالگری دیابت می‌شوید.</p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>برای این خدمات مبلغ \$0 می‌پردازید. در صورتی که نسخه داشته باشید و آن را از داروخانه‌های خرده‌فروشی عضو شبکه یا از طریق برنامه داروخانه پستی دریافت کنید، داروهای تان تحت پوشش قرار می‌گیرند. اگر برای بیماری شبکه‌ی دیابتی یا غربال‌گری آب‌سیاه چشم به معاینه چشم نیاز دارید، به بخش "مراقبت‌های بینایی" در این نمودار مراجعه کنید. اگر به دیابت مبتلا هستید و برای معاینه پا باید به دکتر مراجعه کنید، به بخش "خدمات مربوط به مشکلات پا" در این نمودار مراجعه کنید. اگر به دیابت مبتلا هستید و به خدمات تغذیه‌درمانی پزشکی (MNT) نیاز دارید، به بخش "تغذیه‌درمانی پزشکی" مراجعه کنید. برای لوازم بیماری دیابت، کفش‌های افراد مبتلا به دیابت، و کفی کفش ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد. برای آموزش خود مدیریتی در خصوص دیابت که تحت پوشش Medicare است، نیازی به مجوز قبلی نیست.</p>	<p>آموزش، خدمات و لوازم خود مدیریتی دیابت</p> <p>برای تمامی افرادی که به دیابت مبتلا هستند (چه از انسولین استفاده کنند چه نه) هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لوازم برای بررسی میزان قند خون، از جمله موارد زیر: <ul style="list-style-type: none"> ◦ مانیتور گلوکز خون ◦ نوارهای تست گلوکز خون ◦ دستگاه لنست و لنست‌ها ◦ محلول‌های کنترل گلوکز به‌منظور بررسی دقت نوارهای تست و مانیتورها • برای افراد مبتلا به دیابت که بیماری پای دیابتی شدید دارند، ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: <ul style="list-style-type: none"> ◦ یک جفت کفش طبی مخصوص برای این افراد (همراه با کفی‌ها)، اندازه گیری پا، و دو جفت کفی اضافی در هر سال تقویمی، یا ◦ یک جفت کفش عمیق، شامل اندازه گیری 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 اعضاء تماس بگیرید. 	
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای خدمات مامای همراه وجود ندارد.</p>	<p>خدمات مامای همراه</p> <p>برای افراد باردار، هزینه‌ی سه بار مراجعه به ماما در طول دوره بارداری و پس از زایمان، و همچنین حمایت در طول زایمان و وضع حمل را پرداخت می‌کنیم.</p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>برای DME و لوازم مرتبط با آن که تحت پوشش Medicare است، شما 0\$ پرداخت می‌کنید. ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مرتبط*</p> <p>برای تعریف "تجهیزات پزشکی بادوام (DME)" به فصل 12 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.</p> <p>طرح ما موارد زیر را پوشش می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • صندلی چرخ‌دار، از جمله صندلی چرخ‌دار برقی • عصا زیر بغل • سیستم‌های تشک برقی • بالش‌تک زخم بستر برای تشک • لوازم بیماری دیابت • تخت‌های بیمارستانی سفارش داده شده توسط یک ارائه‌دهنده برای استفاده در خانه • پمپ‌های تزریقی و پایه داخل وریدی (IV) • دستگاه‌های تولیدکننده گفتار • تجهیزات و لوازم اکسیژن • نبولایزر • واکر • عصا خمیده استاندارد یا عصا چهار پایه و لوازم تعویض • دستگاه کشش گردن (از روی در) • دستگاه تحریک‌کننده استخوان • تجهیزات مراقبتی دیالیز <p>سایز لوازمی که ممکن است تحت پوشش باشند.</p> <p>ما هزینه DME کلیه ضرورت‌های پزشکی که معمولاً تحت پوشش Medicare و Medi-Cal است را پرداخت می‌کنیم. در صورتی که 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.</p>




مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>اگر در بیمارستانی که خارج از شبکه است از خدمات اورژانس برخوردار شده اید و پس از تثبیت وضعیت اورژانسی نیازمند مراقبت‌های بستری هستید، باید برای درمان خود به یک بیمارستان داخل شبکه بازگردید تا هزینه‌های شما همچنان پرداخت شود. فقط در صورتی که طرح تأیید کند می‌توانید در بیمارستانی که خارج از شبکه است برای دریافت مراقبت بستری بمانید.</p>	<p>خدمات درمانی اورژانسی</p> <p>خدمات درمانی اورژانسی یعنی خدماتی که شرایط زیر را داشته باشند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • توسط ارائه‌دهنده‌ای که در زمینه خدمات اورژانسی آموزش دیده است ارائه شوند، و • برای درمان شرایط پزشکی اورژانسی لازم باشند. <p>شرایط اورژانسی پزشکی به مشکلی پزشکی به همراه درد یا جراحت شدید گفته می‌شود. یعنی شرایط فرد به قدری جدی است که شما یا هر شخص دارای اطلاعات درمانی و پزشکی متوسط بتواند تشخیص دهد که اگر فرد فوراً تحت مداوای پزشکی قرار نگیرد منجر به موارد زیر شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خطر جدی برای سلامتی شما یا کودک متولد نشده شما؛ یا • صدمه جدی به عملکردهای بدنی؛ یا • نقص عملکردی شدید هر کدام از اندام‌ها یا بخش‌های بدن. <p>در مورد زنان بارداری که در مرحله فعال زایمان هستند، وقتی که:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ زمان کافی برای حمل و نقل ایمن شما با بیمارستان دیگری قبل از زایمان وجود نداشته باشد. ◦ حمل و نقل به بیمارستانی دیگر سلامت یا ایمنی شما یا نوزاد متولد نشده‌تان را تهدید کند. <p>خدمات درمانی اورژانسی فقط در داخل ایالات متحده آمریکا و قلمروهای آن ارائه می‌شود، مگر تحت شرایط محدود. برای جزئیات بیشتر با مسئولین طرح تماس بگیرید.</p> <p>به عنوان یک مزیت اضافی، ما حداکثر \$10000 پوشش اضطراری جهانی در هر سال تقویمی برای حمل و نقل اضطراری، مراقبت‌های فوری، مراقبت‌های اضطراری و مراقبت‌های پس از تثبیت ارائه می‌دهیم.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای خدمات تنظیم خانواده وجود ندارد.</p>	<p>خدمات تنظیم خانواده</p> <p>قانون به شما اجازه می‌دهد برای برخی خدمات تنظیم خانواده خاص هر ارائه‌دهنده‌ای که می‌خواهید، اعم از ارائه‌دهندگان داخل شبکه و ارائه‌دهندگان خارج از شبکه را انتخاب کنید. این ارائه‌دهندگان شامل پزشک، کلینیک، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده می‌شوند.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 نسخه‌ای تنظیم خانواده (کاندوم، اسفنج، فوم، فیلم، دیافراگم، کاپ) • خدمات محدود باروری شامل مشاوره و آموزش درباره تکنیک‌های آگاهی از باروری و همچنین مشاوره بهداشتی قبل از بارداری، آزمایش و درمان عفونت‌های مقاربتی (STIs) • مشاوره و آزمایش HIV و ایدز، و سایر عارضه‌های مرتبط با HIV • 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). • مشاوره ژنتیک <p>طرح ما هزینه برخی دیگر از خدمات تنظیم خانواده را هم پرداخت می‌کند. با این حال، برای دریافت خدمات زیر باید از یکی از ارائه‌دهندگان داخل شبکه ما استفاده کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درمان شرایط پزشکی ناباروری (این خدمات شامل راه‌های مصنوعی بارداری نمی‌شود). • درمان ایدز و دیگر عارضه‌های مرتبط با HIV • تست ژنتیک <p>محصولات و داروهای تنظیم‌خانواده بدون نیاز به نسخه که تحت پوشش بخش D از Medicare نیستند ممکن است تحت پوشش مزایای Medi-Cal Rx باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. برای دسترسی به داروهای تحت پوشش Medi-Cal Rx به کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایا (BIC) نیاز دارید.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.</p> <p>قبل از شروع یا تغییر روتین تمرینی‌تان حتماً با دکترتان مشورت کنید.</p>	<p>خدمات تناسب اندام (مکمل)</p> <p>طرح ما عضویت در مراکز تناسب اندام همکار طرح را به شما ارائه می‌دهد. اگر قادر نیستید به مراکز تناسب اندام مراجعه کنید یا ترجیح می‌دهید در خانه هم ورزش کنید، می‌توانید بسته تناسب اندام در خانه را انتخاب کنید. این بسته به شما کمک می‌کند فعالیت بدنی‌تان را در خانه حفظ کنید. گزینه‌های تناسب اندام در خانه شامل انتخاب ردياب تناسب اندام، کیت‌های تمرین قدرتی یا یوگا می‌شود.</p> <p>اگر تصمیم گرفتید که در مراکز تناسب اندام ورزش کنید، برای شروع می‌توانید وارد وبسایت شوید و مکان مورد نظرتان را انتخاب کنید، یا مستقیماً به یکی از مراکز تناسب اندام همکار طرح بروید. مراکز و باشگاه‌های زنجیره‌ای تناسب اندام همکار طرح ممکن است با توجه به موقعیت مکانی متفاوت باشند و گاهی اوقات تغییر می‌کنند. بسته‌ها هم ممکن است گاهی اوقات تغییر کنند.</p>	
<p>\$0</p> <p>برای برنامه‌های آموزشی سلامت و تندرستی هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی</p> <p>ما برنامه‌های زیادی را که بر شرایط سلامتی خاص تمرکز دارند ارائه می‌دهیم. این برنامه‌ها شامل این موارد هستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کلاس‌های آموزش بهداشت؛ • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • ترک سیگار و تنباکو؛ و • خط مشاوره پرستاری 	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.</p> <p>ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>خدمات شنوایی*</p> <p>ما هزینه خدمات شنوایی سنجی و آزمایش تعادل را که ارائه‌دهندگان ارائه می‌دهد پرداخت می‌کنیم. این تست‌ها به شما می‌گویند که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید یا خیر. در صورتی که این خدمات را از پزشک، شنوایی‌سنج، یا سایر ارائه‌دهندگان دارای صلاحیت دریافت کنید، این خدمات به‌عنوان خدمات درمانی سرپایی پوشش داده می‌شوند.</p> <p>1 بار معاینه شنوایی در هر 2 سال و نصب/ارزیابی سمعک 1 بار در هر 2 سال تحت مزایای Medi-Cal (Medicaid) پوشش داده می‌شود. طرح ما سالی 1 بار هزینه نصب/ارزیابی سمعک را به‌صورت اضافی پوشش می‌دهد.</p> <p>اگر به شما گفته شد که نیاز به وسایل کمک شنوایی دارید، در سال در مجموع برای هر دو گوش میزان 1510\$ کمک هزینه وسایل کمک شنوایی تحت مزایای Medi-Cal (Medicaid) به شما تعلق می‌گیرد.</p> <p>علاوه بر خدمات شنوایی تحت پوشش Medicare، هر سال تقویمی یک بار 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.</p> <p>هر سال تقویمی یک بار می‌توانید ارزیابی وسایل کمک شنوایی را انجام دهید. اگر به شما گفته شود که به سمعک نیاز دارید، می‌توانید در هر 24 ماه یکبار، حداکثر 2 سمعک از پیش انتخاب شده را از یک ارائه‌دهنده مورد تأیید طرح برای هر دو گوش دریافت کنید.</p> <p>ما همچنین هزینه سمعک شامل موارد زیر را با تجویز پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان واجد شرایط پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • قالب‌گیری، وسایل و گوشی داخل گوش • تعمیرات • اولین ست باتری • شش بار ویزیت برای آموزش، تنظیمات، و تطبیق‌دهی با همان فروشنده پس از اینکه وسایل کمک شنوایی را دریافت کردید. • اجاره سمعک برای دوره آزمایش • وسایل کمک شنوایی، سمعک استخوانی که روی سطح پوشیده می‌شوند • شنوایی‌سنجی مرتبط با سمعک و خدمات پس از ارزیابی



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>در صورتی که از کارت MyChoice استفاده کنید، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود نخواهد داشت. شرکت در برنامه مدیریت مراقبت ضروری است. ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>مزایای مکمل ویژه برای بیماری های مزمن III</p> <p>اگر تشخیص داده شود که به بیماری(های) مزمن زیر مبتلا هستید و معیارهای خاصی را داشته باشید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای مکمل ویژه برای بیماران مزمن باشید.</p> <p>باید هر سال فرم ارزیابی خطر سلامت را ارسال کنید تا مشخص شود که به یکی از عارضه های فهرست شده مبتلا هستید و بدون دسترسی به مزایای مکمل ویژه عنوان شده در زیر ممکن است شرایطتان بدتر شود. واجد شرایط بودن شما هر ساله بررسی می شود و ممکن است نیاز به مجوز قبلی باشد.</p> <ul style="list-style-type: none"> • وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر؛ • اختلالات خود ایمنی؛ • سرطان؛ • اختلالات قلبی عروقی؛ • نارسایی مزمن قلبی؛ • زوال عقل؛ • دیابت؛ • مرحله نهایی بیماری کبد؛ • مرحله نهایی بیماری کلیوی (ESRD)؛ • اختلالات خونی شدید؛ • HIV/ایدز؛ • اختلالات مزمن ریوی؛ • عارضه سلامت روان مزمن و ناتوان کننده؛ • اختلالات عصبی؛ و • سکته مغزی <p>به شما کمک می کنیم به این مزایا دسترسی پیدا کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر یا شروع روند درخواست خود، با خدمات اعضا یا هماهنگ کننده مراقبت تماس بگیرید.</p> <p>توجه: با درخواست کردن این مزایا، به نمایندگان Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) اجازه می دهید از طریق تلفن، پست یا سایر روش های ارتباطی مشخص شده در درخواستتان با شما تماس بگیرند.</p> <p>اعضا باید جهت پرداخت هزینه این خدمات، کارت MyChoice خود را شارژ کرده باشند.</p> <p>غذا و مایحتاج:</p> <p>در صورتی که شرایط لازم را داشته باشید، هر ماه \$75 برای مخارج غذا و مایحتاج دریافت می کنید. در پایان هر ماه اگر مبلغی از بودجه بدون استفاده باقی مانده باشد، این مبلغ به ماه بعدی منتقل خواهد شد.</p> <p>با استفاده از کمک هزینه موجود در کارت MyChoice خود می توانید انواع محصولات غذایی سالم مارکدار و بدون مارک را از فروشگاه محلی مشارکت کننده در نزدیکی خود یا به صورت آنلاین با تحویل درب منزل بدون هزینه اضافی از طریق www.Members.NationsBenefits.com/Molina تهیه کنید.</p>




مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>\$0</p> <p>برای اعضای واجد شرایط غربالگری HIV پیشگیرانه تحت پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>غربالگری HIV</p> <p>ما هر 12 ماه یک بار هزینه غربالگری HIV را برای افرادی که شرایط زیر را داشته باشند پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • افرادی که درخواست غربالگری HIV را داشته باشند، یا • خطر ابتلا به HIV در آنها بیشتر باشد. <p>در خصوص زنان باردار، طرح ما طی دوران بارداری تا سه بار هزینه تست‌های غربالگری HIV را پرداخت می‌کند.</p> <p>علاوه بر این، در صورتی که ارائه‌دهنده شما پیشنهاد دهد طرح ما هزینه تعداد بیشتری از غربالگری‌های HIV را پرداخت می‌کند.</p>	
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.</p> <p>ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>ارائه‌دهنده خدمات درمانی در منزل</p> <p>قبل از اینکه بتوانید خدمات درمانی در منزل را دریافت کنید، پزشکی باید به ما بگوید که به آنها نیاز دارید، و این خدمات باید از سوی یک سازمان ارائه‌دهنده خدمات درمانی در منزل ارائه شوند. باید خانه‌نشین شده باشید، یعنی ترک خانه برای تان به شدت دشوار باشد.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر، همچنین خدمات دیگری را که ممکن است در اینجا فهرست نشده باشند، پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • پرستاری حرفه‌ای متناوب یا پاره وقت و کمک‌های بهداشتی در منزل (تحت پوشش مزیت خدمات درمانی در منزل، پرستاری تخصصی و خدمات کمک‌رسانی در منزل باید در مجموع کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد). • فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • تجهیزات و لوازم پزشکی 	
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.</p> <p>ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>تزریق در منزل*</p> <p>طرح 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دارو یا ماده بیولوژیکی، مثل گلوبین ضد ویروسی یا ایمنی؛ • تجهیزاتی مثل پمپ؛ و • لوازم، مثل سوند و لوله <p>طرح ما هزینه خدمات تزریق در خانه را پرداخت می‌کند. این خدمات شامل موارد زیر می‌شوند اما محدود به این موارد نیستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات حرفه‌ای از جمله خدمات پرستاری، که طبق طرح خدمات 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 زیر نظر یک ارائه دهنده خدمات تزریقات واجد شرایط ارائه می‌شود. 	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>هنگامی که در یک برنامه آسایشگاه بیماران را علاج مورد تأیید Medicare ثبت نام می‌کنید، هزینه خدمات آسایشگاه شما و خدمات بخش A و بخش B مربوط به تشخیص بیماری را علاج شما توسط Original Medicare پرداخت می‌شود، نه Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).</p>	<p>مراقبت در آسایشگاه بیماران را علاج</p> <p>شما از حق انتخاب آسایشگاه بیماران را علاج برخوردارید، به شرطی که ارائه‌دهنده شما یا مدیر پزشکی آسایشگاه شما تشخیص دهد به بیماری درمان‌ناپذیری مبتلا شده‌اید. این بدان معناست که شما دارای یک بیماری را علاج هستید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر زنده باشید. می‌توانید از خدمات درمانی هر طرح آسایشگاه بیماران را علاجی که مورد تأیید Medicare باشد بهره‌مند شوید. طرح ما مؤلف است در پیدا کردن طرح‌های آسایشگاه بیماران را علاج که مورد تأیید Medicare هستند و در محدوده خدمات‌رسانی طرح قرار دارند به شما کمک کند. پزشک آسایشگاه بیماران را علاج شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده عضو شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد.</p> <p>خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروهای لازم برای علائم و درد • مراقبت‌های فرجه‌ای کوتاه‌مدت • مراقبت در منزل <p>خدمات آسایشگاه بیماران را علاج و خدمات تحت پوشش بخش A یا B از Medicare که مرتبط با بیماری را علاج شما است توسط Medicare پرداخت می‌شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • به منظور کسب اطلاعات بیشتر به بخش F این فصل مراجعه کنید. <p>برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما است اما تحت پوشش بخش A یا B از Medicare نیست:</p> <ul style="list-style-type: none"> • طرح ما آن دسته از خدمات تحت پوشش طرح که در بخش‌های A یا B از طرح Medicare تحت پوشش قرار نمی‌گیرند را پوشش می‌دهد. این خدمات تحت پوشش برنامه قرار می‌گیرند، چه مرتبط با تشخیص بیماری مهلك شما باشند و چه نباشند. برای این خدمات هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید. <p>داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای بخش D از طرح Medicare قرار گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران را علاج و طرح درمانی ما قرار نمی‌گیرد. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. <p>توجه: اگر به بیماری جدی‌ای مبتلا هستید، شاید مشمول دریافت مراقبت تسکینی باشید، که طی آن مراقبت مبتنی بر تیم و خانواده محور از بیمار به‌منظور بهبود کیفیت زندگی ارائه می‌شود. شما می‌توانید همزمان با دریافت مراقبت‌های درمانی یا معمول، از مراقبت‌های تسکینی هم بهره‌مند شوید. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش مراقبت‌های تسکینی در پایین مراجعه کنید.</p> <p>توجه: اگر به خدمات درمانی غیر آسایشگاه بیماران را علاج نیاز داشتید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود و/یا خدمات اعضا تماس بگیرید تا مقدمات دریافت این خدمات را برای شما فراهم کند. خدمات غیر آسایشگاه بیماران را علاج به خدمات غیرمرتبط با بیماری را علاج شما اطلاق می‌شود.</p> <p>هزینه خدمات مشاوره آسایشگاه بیماران را علاج برای عضو بیماری که مزایای آسایشگاه بیماران را علاج را انتخاب نکرده است توسط طرح ما تحت پوشش قرار می‌گیرد (فقط یک بار).</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>\$0</p> <p>برای واکسن‌های ذات‌الریه، آنفلوآنزا، هپاتیت ب، HPV، و COVID-19 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>واکسیناسیون</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • واکسن ذات‌الریه • واکسن آنفلوآنزا، یک بار در هر فصل شیوع آنفلوآنزا در پاییز و زمستان، با واکسن‌های آنفلوآنزای اضافی در صورتی که از نظر پزشکی لازم باشد • واکسن هپاتیت B در صورتی که ریسک ابتلا به هپاتیت B در شما بالا یا متوسط باشد • واکسن‌های COVID-19 • واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) • سایر واکسن‌ها در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرند که در معرض خطر باشید و واکسن‌های مربوطه با مقررات پوشش بخش B از Medicare مطابقت داشته باشند <p>هزینه سایر واکسن‌هایی را که با مقررات پوشش بخش D از Medicare مطابقت داشته باشند پرداخت می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر به فصل 6 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.</p> <p>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</p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>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.</p> <p>ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>خدمات درمانی به بیماران بستری در بیمارستان*</p> <p>ما هزینه خدمات زیر، همچنین خدمات ضروری از نظر پزشکی دیگری که ممکن است در اینجا فهرست نشده باشند را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتاق‌های نیمه خصوصی (با اتاق خصوصی در صورتی که 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 مورد نیاز • لوازم، مانند صندلی چرخدار • خدمات اتاق عمل و اتاق احیاء • فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی • خدمات سوء مصرف مواد به‌صورت بستری • در برخی موارد، انواع پیوندهایی که در ادامه آمده‌اند: قرنیه، کلیه، کلیه/پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول‌های بنیادی، و روده‌ای/چند احشایی. <p>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 محدوده خدمات‌رسانی باشند. اگر ارائه‌دهندگان خدمات پیوند محلی به پذیرش نرخ Medicare تمایل نشان دهند، می‌توانید خدمات پیوندتان را به‌صورت محلی یا خارج از الگوی خدمات درمانی برای جامعه‌تان دریافت کنید. اگر طرح ما خدمات پیوند عضو را در خارج شبکه ارائه‌دهنده خدمات درمانی به جامعه محلی ما ارائه کند و شما تصمیم بگیرید که پیوند عضو خود را در آنجا دریافت کنید، ما مقدمات اقامت و رفت و آمد شما و یک شخص دیگر را فراهم می‌کنیم و یا هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد.</p> <p>طرح Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) هزینه‌هایی را که زمان اقامت‌تان به دور از خانه برای مراقبت پزشکی مرتبط با پیوند بابت مسکن و غذا پرداخت کرده‌اید، تا سقف روزانه \$150، به شما باز می‌گرداند. علاوه بر این، می‌توانید از طرح ما درخواست کنید هزینه رفت‌وآمدتان را طبق نرخ‌های استاندارد برای مالیات‌دهندگان که در خدمات درآمد داخلی (IRS) شرح داده شده است و به‌صورت عمومی منتشر می‌شد به شما باز گرداند. طبق دستورالعمل‌های طرح، حداکثر مبلغ قابل پرداخت بابت کل هزینه‌های سفر، مسکن، غذا، و رفت‌وآمد معادل پنج هزار دلار (\$5,000) به ازای هر سفر است.</p> <ul style="list-style-type: none"> • خون، از جمله نگهداری و تزریق • خدمات پزشکی <p>توجه: برای اینکه بیمار بستری تلقی شوید، ارائه‌دهنده 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.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
	<p>در برگه‌ای تحت عنوان "آیا بیمار سرپایی هستید یا بستری؟ اگر طرح Medicare دارید، بپرسید!" اطلاعات بیشتری ارائه شده است. برای دریافت این برگه گزارش، به وبسایت es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf مراجعه کنید یا با شماره (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 به صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.</p>
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.</p> <p>ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>خدمات بستری در بیمارستان روانی*</p> <p>طرح ما هزینه خدمات سلامت روان را که نیازمند بستری‌شدن در بیمارستان هستند پرداخت می‌کند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر نیازمند بستری در یک بیمارستان روانپزشکی مستقل باشید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می‌کنیم. پس از آن مؤسسه بهداشت روان محلی هزینه خدمات روانپزشکی همراه با بستری را پرداخت می‌کند. مجوز خدمات درمانی بیشتر از 190 روز باید با سازمان سلامت روان شهرستان محلی هماهنگ شود. • محدودیت 190 روزه به خدمات سلامت روان به‌صورت بستری که در واحد روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی ارائه می‌شود اعمال نمی‌شود. • اگر 65 سال یا بیشتر سن دارید، هزینه خدماتی را که در مؤسسه بیماری‌های روانی (IMD) دریافت می‌کنید پرداخت می‌کنیم.
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.</p> <p>ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی (SNF) در طول اقامت بستری که تحت پوشش نیست</p> <p>اگر از همه مزایای بستری‌تان استفاده کرده باشید یا اگر اقامت‌تان منطقی یا از نظر پزشکی ضروری نباشد، ما هزینه بستری‌شدن‌تان در بیمارستان را پرداخت نمی‌کنیم.</p> <p>ولی در شرایط خاصی که خدمات درمانی بیمار بستری تحت پوشش نباشد، ما هنوز ممکن است که هزینه خدماتی که در حین اقامت در بیمارستان یا آسایشگاه دریافت می‌کنید را پرداخت کنیم. به‌منظور دریافت اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضاء تماس بگیرید.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر، همچنین خدمات دیگری را که ممکن است در اینجا فهرست نشده باشند، پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات پزشکی • تست‌های تشخیصی، مثل تست‌های آزمایشگاهی • تصاویر رادیولوژی، رادیوم و ایزوتوپ درمانی، از جمله مواد و خدمات فنی • پانسمان‌های جراحی • وسایل شکسته‌بندی، گچ‌گیری و دیگر دستگاه‌های مورد استفاده برای شکستگی و جا انداختن پروتز و دستگاه‌های ارتوپدی بجز وسایل دندانپزشکی، از جمله تعویض یا تعمیر چنین دستگاه‌هایی. این دستگاه جایگزین تمامی یا بخشی از موارد زیر می‌شوند: <ul style="list-style-type: none"> • یک اندام داخلی بدن (از جمله بافت همجوار)، یا • عملکرد یک اندام داخلی بدن که عمل نمی‌کند یا بد کار می‌کند. • آتل‌های پا، دست، پشت، و گردنی، فتق‌بند، و پاهای دست‌ها و چشم‌های مصنوعی. این موارد شامل تنظیم، تعمیر، و جایگزینی به‌دلیل شکستگی، ساییدگی، افت، یا تغییر در شرایط شما می‌شود. • فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>\$0</p> <p>برای این خدمات هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید. طرح Medicare هزینه تا 6 جلسه را در طول حیات هر فرد پرداخت می‌کند.</p>	<p>خدمات و لوازم بیماری‌های کلیوی</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات آموزشی در زمینه بیماری کلیوی به منظور آموزش شیوه مراقبت از کلیه به شما و کمک به شما در اتخاذ تصمیمات مناسبتر درباره خدمات درمانی‌تان. باید دارای بیماری کلیه مزمن مرحله IV باشید و پزشک شما را ارجاع دهد. ما تا شش جلسه خدمات آموزشی در زمینه بیماری کلیوی را پوشش می‌دهیم. • درمان‌های دیالیز سرپایی، از جمله درمان‌های دیالیز در مواقعی که به طور موقت خارج از محدوده خدمات‌رسانی هستید، همانطور که در فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده این خدمات به طور موقت در دسترس یا غیرقابل دسترسی 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 زمینه دیالیز در منزل شما را یاری می‌کنند • تجهیزات و لوازم دیالیز در خانه • برخی خدمات پشتیبانی در خانه، مثل مراجعه‌های ضروری کارشناسان دیالیز به منظور نظارت بر دیالیز خانگی شما، به منظور کمک در شرایط اضطراری، و نظارت بر تجهیزات دیالیز و تأمین آب. <p>مزایای دارویی بخش B از Medicare شما هزینه برخی از داروهای مورد نیاز برای دیالیز را پرداخت می‌کند. جهت کسب اطلاعات، به قسمت "داروهای نسخه‌ای بخش B از Medicare" در این جدول مراجعه کنید.</p>	
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای مشاوره و بازدیدهای تصمیم‌گیری مشترک تحت پوشش Medicare وجود ندارد.</p>	<p>غربالگری سرطان ریه</p> <p>اگر شرایط زیر را داشته باشید، طرح ما هر 12 ماه یک بار هزینه غربالگری سرطان ریه را پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بین سن 50 تا 77 سال باشید، و • یک جلسه مشاوره و تصمیم‌گیری مشترک با پزشک خود یا ارائه‌دهنده واجد شرایط دیگری 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 <p>پس از غربالگری اول، در صورت دستور کتبی دکتر شما یا سایر ارائه‌دهندگان دارای صلاحیت، طرح ما هر سال هزینه یک بار غربالگری را پرداخت می‌کند.</p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>\$0</p> <p>برای اعضای واجد شرایط خدمات تغذیه درمانی پزشکی تحت پوشش Medicare، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>تغذیه درمانی پزشکی</p> <p>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.</p> <p>ما طی نخستین سالی که خدمات درمانی تغذیه پزشکی را تحت Medicare دریافت می‌کنید، هزینه سه ساعت خدمات مشاوره حضوری را برای شما می‌پردازیم. اگر از نظر پزشکی ضروری باشد، شاید خدمات بیشتری را تأیید کنیم.</p> <p>پس از آن، ما هر سال هزینه دو ساعت خدمات مشاوره فردی را پرداخت می‌کنیم. اگر عارضه، درمان یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعات‌های درمان بیشتری را بنا به توصیه پزشک دریافت کنید. اگر در سال تقویمی بعدی به درمان نیاز داشته باشید، پزشکی باید این خدمات را تجویز کند و دستور را تمدید کند. اگر از نظر پزشکی ضروری باشد، شاید خدمات بیشتری را تأیید کنیم.</p>	
<p>\$0</p> <p>برای مزایای MDPP هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (به اختصار MDPP)</p> <p>طرح ما هزینه خدمات MDPP را پرداخت می‌کند. برنامه MDPP به‌گونه‌ای طراحی شده است که به شما کمک می‌کند رفتارهای سالم را ترویج دهید. این برنامه در زمینه‌های زیر آموزش عملی ارائه می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغییر بلند مدت رژیم غذایی، و • افزایش فعالیت جسمانی، و • روش‌هایی برای حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم. 	
<p>برای هر یک از داروهای نسخه‌ای بخش B از طرح Medicare مبلغ \$0 می‌پردازید. داروهای بخش B ممکن است تابع درمان مرحله‌ای باشند. ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>داروهای نسخه‌ای بخش B از طرح Medicare*</p> <p>این داروهای تحت پوشش بخش B از Medicare هستند. طرح ما هزینه داروهای زیر را پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروهای غیرخوراکی که معمولاً در هنگام مراجعه به پزشک، در بیمارستان به صورت سرپایی یا در مرکز خدمات جراحی سیار به شما تزریق یا وارد بدن شما می‌شود. • انسولین تزریقی شده از طریق یکی از تجهیزات پزشکی بادوام (مثلاً 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 • داروی آلزایمر، Lecanemab (بدون مارک) که به صورت داخل وریدی تزریق می‌شود (IV) • فاکتورهای انعقاد خون که در صورت ابتلا به بیماری هموفیلی از طریق تزریق دریافت می‌کنید • داروهای پیوند/مهارکننده سیستم ایمنی: اگر Medicare هزینه پیوند عضو شما را پوشش داده باشد، درمان دارویی پس از پیوند نیز تحت پوشش قرار می‌گیرد. در زمان انجام عمل پیوندی که تحت پوشش قرار می‌گیرد، شما باید عضو بخش A باشید و در زمان دریافت داروهای مهارکننده سیستم ایمنی نیز باید عضو بخش B باشید. در صورتی که بخش B از Medicare هزینه داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی را پوشش ندهد، بخش D آنها را پوشش می‌دهد • 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. 	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
	<ul style="list-style-type: none"> • برخی آنتی ژن‌ها: طرح Medicare آنتی ژن‌ها را به شرطی پوشش می‌دهد که پزشک آنها را آماده کند و یک فرد (که می‌تواند شما، یعنی فرد بیمار باشد) آنها را تحت نظارت مناسب به بیمار بدهد. • برخی از داروهای ضد سرطان خوراکی: طرح Medicare برخی از داروهای خوراکی سرطان را که به شکل خوراکی مصرف می‌کنید، پوشش می‌دهد به شرطی که همان دارو به شکل تزریقی در دسترس باشد یا دارو یک پیش‌دارو باشد (شکل خوراکی دارویی که هنگام مصرف، به همان ماده فعال موجود در داروی تزریقی تجزیه می‌شود. با در دسترس قرار گرفتن داروهای خوراکی سرطان، بخش B ممکن است آنها را پوشش دهد. اگر بخش B آنها را پوشش ندهد، بخش D پوشش می‌دهد. • داروهای خوراکی ضد تهوع: طرح Medicare داروهای ضد تهوع خوراکی را که به عنوان بخشی از رژیم شیمی درمانی ضد سرطان استفاده می‌کنید، تحت پوشش قرار می‌دهد به شرطی که قبل، یا در طی 48 ساعت پس از شیمی درمانی تجویز شوند یا به عنوان جایگزین درمانی کاملی برای یک داروی ضد تهوع داخل وریدی استفاده شوند. • برخی از داروهای خوراکی در مرحله پایانی بیماری کلیوی (ESRD) در صورتی که همان دارو به شکل تزریقی موجود باشد و مزایای ESRD مربوط به بخش B آن را پوشش دهد. • داروهای تقلیدکننده از کلسیم تحت سیستم پرداخت ESRD، از جمله داروی داخل وریدی Parsabiv و داروی خوراکی Sensipar. • داروهای خاص برای دیالیز خانگی، از جمله هپارین، پادزهر هپارین (در صورت ضرورت پزشکی) و بی‌حس‌کننده‌های موضعی. • عوامل محرک اریتروپوئز: اگر شما به بیماری مرحله پایانی کلیه (ESRD) مبتلا هستید یا به این دارو برای درمان کم خونی مربوط به برخی عارضه‌های دیگر (مانند Procrit®) نیاز دارید. • داروی ایمونوگلوبولین وریدی برای درمان بیماری‌های نقص ایمنی اولیه در منزل. • تغذیه تزریقی و روده‌ای (تغذیه IV و لوله‌ای). <p>لینک زیر شما را به لیستی از داروهای بخش B از Medicare که ممکن است تحت درمان مرحله‌ای قرار گیرند، هدایت می‌کند: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.</p> <p>همچنین بعضی از واکسن‌ها را تحت مزایای داروهای نسخه‌ای بخش B از Medicare و اکثر واکسن‌های بزرگسالان را تحت مزایای نسخه‌ای بخش D از Medicare پوشش می‌دهیم.</p> <p>در فصل 5 از فترچه راهنمای اعضا مزایای داروهای تجویزی سرپایی طرح ما توضیح داده شده است. این فصل مقرراتی را توضیح می‌دهد که برای تحت پوشش قرار گرفتن نسخه‌های‌تان باید از آنها پیروی کنید.</p> <p>فصل 6 از کتابچه راهنمای اعضا توضیح می‌دهد که برای داروهای سرپایی خود از طریق طرح ما چه مقدار باید پرداخت کنید.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.</p>	<p>کارت MyChoice</p> <p>کارت MyChoice نوعی کارت بدهی مزایای پیش‌پرداخت شده است که از آن می‌توان برای پرداخت هزینه‌های از مزایای مکمل طرح مثل موارد زیر استفاده کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اقلام بدون نسخه • غذا و مایحتاج* <p>*ممکن است الزامات واجد شرایط بودن اعمال شود.</p> <p>کارت بدهی پیش شارژ شده یک کارت اعتباری نیست. نمی‌توانید کارت را به پول نقد تبدیل کنید یا آن را به دیگران قرض بدهید. عمل‌های زیبایی تحت پوشش این کارت نیستند. کارت هر ماه شارژ می‌شود. اگر طرح را ترک کنید، هر گونه وجوه تخصیص داده شده استفاده نشده در تاریخ لغو ثبت نام شما به طرح باز می‌گردد.</p> <p>کمک‌هزینه کارت MyChoice فقط برای دسترسی به مزایای مکمل مشخص شده تا سقف تعریف شده قابل استفاده است. این کمک‌هزینه فقط می‌تواند توسط عضو استفاده شود و ممکن است برای هیچ مزایا یا هزینه دیگری اعمال نشود.</p> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای OTC یا نحوه واجد شرایط بودن برای غذا و مایحتاج، 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 واجد شرایط؛ ارزیابی مخاطره سلامتی (HRA) معتبر که برای ثبت نام 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 نمودار مراجعه کنید.</p>
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای خدمات مشاوره تغذیه وجود ندارد.</p>	<p>مشاوره تغذیه</p> <p>در صورت درخواست می‌توانید از مشاوره تغذیه تلفنی انفرادی بهره‌مند شوید. برای اینکه قبل از برقراری تماس درک درستی از نیازهای شما داشته باشیم، ارائه‌دهنده شما باید فرم ارجاع به آموزش سلامت را تکمیل و امضا کند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاوره تلفنی 30 تا 60 دقیقه به طول می‌انجامد. • اطلاعات تماس برای آگاهی بیشتر و/یا پیگیری درمان در صورت نیاز یا تمایل به شما داده می‌شود. <p>جلسات فردی تغذیه/رژیم غذایی تحت مزایای Medi-Cal (Medicaid) بدون محدودیت پوشش داده می‌شود.</p> <p>طرح ما 12 جلسه مشاوره تلفنی گروهی/انفرادی دیگر را هم پوشش می‌دهد. ارائه‌دهندگان برای دریافت این خدمات، شما را به متخصص تغذیه درون شبکه ارجاع می‌دهد.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.</p> <p>ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>مراقبت در آسایشگاه*</p> <p>آسایشگاه (NF) ویژه افرادی است که نمی‌توانند در منزل از خدمات درمانی برخوردار شوند ولی نیازی به حضور در بیمارستان نیز ندارند.</p> <p>خدماتی که پوشش می‌دهیم شامل موارد زیر هستند، اما محدود به این موارد نمی‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتاق‌های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورتی که از نظر پزشکی لازم باشد) • وعده‌های غذایی، شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی • خدمات درمانی دستگاه تنفسی • داروهایی که به عنوان بخشی از طرح خدمات درمانی به شما داده می‌شود. (این مورد شامل موادی می‌شود که معمولاً به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد، مانند فاکتورهای لختگی خون). • خون، از جمله نگهداری و تزریق • 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 مراکز نگهداری انجام می‌شود • استفاده از دستگاه‌هایی مانند صندلی چرخدار که معمولاً در آسایشگاه‌ها ارائه می‌شود • خدمات پزشکی • تجهیزات پزشکی بادوام • خدمات دندانپزشکی، از جمله دندان مصنوعی • خدمات بینایی • شنوایی‌سنجی • خدمات کایروپراکتیک • خدمات مربوط به مشکلات پا <p>این خدمات درمانی را معمولاً از یکی از تشکیلات عضو شبکه دریافت می‌کنید. با این حال می‌توانید خدمات درمانی‌تان را از تشکیلاتی که عضو شبکه ما نیستند هم دریافت کنید. در صورت پذیرفتن هزینه طرح ما توسط مکان‌های زیر، می‌توانید از آن‌ها خدمات درمانی دریافت کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مرکز نگهداری یا انجمن بازنشستگی که در حال حاضر و پیش از انتقال به بیمارستان در آنجا اقامت داشته‌اید (در صورتی که آسایشگاه باشد). • آسایشگاهی که همسر یا شریک زندگی‌تان هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند.
<p>\$0</p> <p>برای درمان و غربالگری پیشگیرانه چاقی هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>غربالگری چاقی و درمان آن به‌منظور پایین نگه داشتن وزن</p> <p>اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر باشد، هزینه مشاوره کاهش وزن شما را پرداخت می‌کنیم. باید در مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه مشاوره دریافت کنید. بدین‌ترتیب، با برنامه پیشگیری کامل‌تان می‌توانید آن را مدیریت کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر، با ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه خود تماس بگیرید.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>\$0</p> <p>برای خدمات برنامه درمان سرپایی اعتیاد به مواد مخدر تحت پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p> <p>برای خدمات برنامه درمان سرپایی اعتیاد به مواد مخدر که تحت پوشش Medicare باشد، مجوز قبلی لازم نیست، اما اگر نیاز به داروهای درمان اعتیاد به مواد مخدر داشته باشید ممکن است مجوز لازم باشد.</p>	<p>خدمات درمان اعتیاد به مواد مخدر (OTP)</p> <p>طرح ما هزینه خدمات زیر را که به منظور درمان اختلال سوء مصرف مواد مخدر (OUD) ارائه می‌شوند پوشش می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فعالیتهای مصرف مواد • ارزیابی‌های دوره‌ای • داروهای تایید شده توسط سازمان غذا و دارو و، در صورت لزوم، مدیریت و ارائه این داروها به شما • خدمات اختلال سوء مصرف مواد • درمان انفرادی یا گروهی • آزمایش کشف دارو یا موارد شیمیایی در بدنتان (تست سم‌شناسی) 	
<p>\$0</p> <p>برای تست‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p> <p>ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p> <p>برای خدمات آزمایشگاهی سرپایی و خدمات رادیولوژی سرپایی به مجوز قبلی نیازی نیست. تست‌های آزمایشگاهی در زمینه ژنتیک به مجوز قبلی نیاز دارند.</p>	<p>تست‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی*</p> <p>ما هزینه خدمات زیر، همچنین خدمات ضروری از نظر پزشکی دیگری را که ممکن است در اینجا فهرست نشده باشند، پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تصاویر رادیولوژی • پرتودرمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، از جمله 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، از جمله نگهداری و تزریق • سایر تست‌های تشخیصی بیماران سرپایی 	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای خدمات سرپایی در بیمارستان وجود ندارد.</p> <p>ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p> <p>برای خدمات آزمایشگاهی سرپایی و خدمات x-ray سرپایی هیچ مجوزی نیاز نیست. تست‌های آزمایشگاهی در زمینه ژنتیک به مجوز قبلی نیاز دارند.</p>	<p>خدمات سرپایی در بیمارستان*</p> <p>ما هزینه آن دسته از خدمات ضروری از نظر پزشکی را که در بخش سرپایی بیمارستان به‌منظور تشخیص یا درمان آسیب‌دیدگی‌ها یا بیماری‌ها دریافت می‌کنید، مثل موارد زیر، پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات ارائه‌شده در دپارتمان اورژانسی یا کلینیک سرپایی، مثل عمل سرپایی یا خدمات معاینه‌ای • خدمات معاینه به پزشک شما کمک می‌کند تا بداند که آیا نیاز است در بیمارستان "بستری" شوید یا خیر. • گاهی اوقات ممکن است یک شب در بیمارستان باشید و همچنان بیمار "سرپایی" محسوب شوید. • در این برگه اطلاعات بیشتری در مورد بستری یا سرپایی بودن ارائه شده است: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf • تست‌های آزمایشگاهی یا تشخیصی که بیمارستان صورتحساب کرده است • خدمات سلامت روان، از جمله خدمات ارائه‌شده به شیوه‌های نیمه بستری، در صورتی که 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 نمودار مزایا فهرست شده‌اند • بعضی از داروهایی که نمی‌توانید خودتان مصرف کنید



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای خدمات سلامت روان غیربستری وجود ندارد. ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>خدمات سلامت روان غیربستری*</p> <p>ما هزینه خدمات بهداشت روان ارائه شده توسط مراجع زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • روان‌پزشک یا پزشکی که مدرک ایالتی دارد • روان‌شناسی بالینی • مددکار بالینی • متخصص پرستاری بالینی • مشاور حرفه‌ای دارای گواهینامه (LPC) • مشاور ازدواج و خانواده دارای گواهینامه (LMFT) • پرستار متخصص (NP) • دستیار پزشک (PA) • دیگر کارشناسان ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان که طبق قوانین قابل‌اعمال ایالتی صلاحیت‌شان توسط Medicare تأیید شده باشد <p>ما هزینه خدمات زیر، همچنین خدمات دیگری را که ممکن است در اینجا فهرست نشده باشند، پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات کلینیک • درمان یک روزه • خدمات توان‌بخشی روانی اجتماعی • بستری جزئی در بیمارستان یا برنامه‌های سرپایی فشرده • ارزیابی سلامت روان و درمان اختلالات روانی به‌صورت انفرادی و گروهی • آزمایش روانشناسی که با هدف ارزیابی نتیجه خدمات سلامت روان انجام می‌شوند • خدمات سرپایی با هدف نظارت بر دارو درمانی • آزمایشگاه، دارو، لوازم و مکمل‌های سرپایی • مشاوره روان‌پزشکی <p>مزایای Medi-Cal شما شامل خدمات سلامت روان تخصصی برای افراد واجد شرایط است. این خدمات سلامت روان تخصصی خارج از طرح ما پوشش داده شده‌اند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این خدمات و نحوه دسترسی‌یافتن به آنها به فصل 3 بخش E1 مراجعه کنید.</p>
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای ویزیت فیزیوتراپی سرپایی (PT)، کاردرمانی (OT) و/یا گفتاردرمانی (SP) وجود ندارد. ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>خدمات توان‌بخشی سرپایی*</p> <p>طرح ما هزینه خدمات فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی را پرداخت می‌کند.</p> <p>خدمات توان‌بخشی سرپایی را می‌توانید از بخش سرپایی بیمارستان، دفاتر روان‌شناسی مستقل، تشکیلات توان‌بخشی سرپایی جامع (CORF)، و دیگر تشکیلات دریافت کنید.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای خدمات سرپایی اختلال سوء مصرف وجود ندارد. ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>خدمات سرپایی اختلال سوء مصرف مواد*</p> <p>ما هزینه خدمات زیر، همچنین خدمات دیگری را که ممکن است در اینجا فهرست نشده باشند، پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غربالگری و مشاوره اعتیاد به الکل • درمان سوء مصرف مواد • مشاوره انفرادی یا گروهی توسط پزشکان دارای صلاحیت • سمزدایی نیمه‌حاد در طرح‌های درمان اعتیاد به صورت اسکان • خدمات ترک الکل یا مواد در مراکز درمان سرپایی ویژه • درمان با نالتروکسن پیوسته رهش (ویویتول)
<p>\$0</p> <p>برای جراحی‌های سرپایی تحت پوشش، شامل هزینه‌های بیمارستان یا دیگر تشکیلات و هزینه‌های پزشک یا جراح، اما نه صرفاً محدود به این موارد، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد. ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>جراحی غیربستری*</p> <p>طرح ما هزینه جراحی سرپایی و خدمات ارائه‌شده در بخش سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی غیربستری را پوشش می‌دهد.</p>
<p>\$0</p> <p>اگر از حداکثر کمک هزینه ماهانه خود فراتر بروید، ممکن است خودتان مسئول پرداخت هزینه‌ها باشید. ممکن است محدودیت‌ها یا استثناهایی اعمال شود.</p>	<p>محصولات بدون نسخه (OTC) (مکمل)</p> <p>هر ماه \$100 جهت هزینه برای اقلام، محصولات و داروهای OTC تأییدشده توسط طرح در کارت MyChoice خود دریافت می‌کنید.</p> <p>اگر کل مبلغ ماهانه خودتان را استفاده نکنید، مبلغ باقی مانده منقضی می‌شود و به ماه بعدی منتقل نمی‌شود.</p> <p>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.</p> <p>راه‌های سفارش:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آنلاین — از وبسایت NationsOTC.com/Molina • تلفنی — شماره (877) 208-9243 (شماره TTY: 711) برای صحبت با مشاور تجربیات اعضا OTC ملل (Nations OTC Member Experience Advisor) در 24 ساعت شبانه روز، 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. <p>برای دریافت فهرست کامل محصولات بدون نسخه مورد تأیید طرح به "کاتالوگ محصولات بدون نسخه 2025" مراجعه کنید یا برای دریافت اطلاعات بیشتر با پشتیبان محصولات بدون نسخه تماس بگیرید. اطلاعات مهم (دستورالعمل‌های سفارش) را در کاتالوگ محصولات OTC 2025 خواهید یافت.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای مراقبت تسکینی وجود ندارد.</p>	<p>مراقبت تسکینی</p> <p>مراقبت تسکینی در طرح ما تحت پوشش قرار می‌گیرد. مراقبت تسکینی برای افراد مبتلا به بیماری‌های وخیم است. مراقبت‌های تسکینی جزو مراقبت‌های با محوریت بیمار و خانواده هستند که با پیش‌بینی، جلوگیری و درمان دردها، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشند. مراقبت تسکینی نوعی مراقبت در آسایشگاه بیماران لاعلاج نیست، بنابراین برای واجد شرایط بودن برای مراقبت تسکینی لازم نیست امید به زندگی شما شش ماه یا کمتر باشد. مراقبت‌های تسکینی را می‌توان همزمان با مراقبت‌های درمان هم ارائه کرد.</p> <p>مراقبت‌های تسکینی شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته • ارزیابی و مشاوره مراقبت‌های تسکینی • یک طرح مراقبت شامل تمامی مراقبت‌های تسکینی و درمانی مجاز، از جمله سلامت روان و خدمات اجتماعی پزشکی • خدمات ارائه شده توسط تیم مراقبت تعیین شده توسط شما • هماهنگی مراقبت‌ها • مدیریت دردها و علائم <p>اگر سن شما بیشتر از 21 سال است، شاید نتوانید مراقبت‌های بیماران لاعلاج و مراقبت‌های تسکینی را همزمان دریافت نکنید. اگر مراقبت تسکینی دریافت می‌کنید و شرایط استفاده از مراقبت در آسایشگاه بیماران لاعلاج را دارید، می‌توانید هر زمان که بخواهید درخواست تغییر به مراقبت آسایشگاهی دهید.</p>
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای خدمات بستری جزئی در بیمارستان تحت پوشش Medicare وجود ندارد. باید شرایط پوشش را داشته باشید و دکترتان باید گواهی دهد که از جهاتی دیگر نیازمند درمان به صورت بستری خواهید بود.</p> <p>این خدمات در طول روز و در بخش سرپایی بیمارستان یا مرکز سلامت روان محلی ارائه می‌شوند و لازم نیست شب را آنجا سپری کنید. ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>خدمات بستری جزئی در بیمارستان و خدمات سرپایی ویژه*</p> <p>بستری جزئی برنامه‌ای ساختاریافته جهت درمان روان‌پزشکی فعال است. این خدمات به صورت خدمات سرپایی در بیمارستان یا توسط مرکز سلامت روان محلی ارائه می‌شود. این درمان تخصصی‌تر از مراقبتی است که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر رسمی ازدواج و خانواده (LMFT) یا دفتر مشاور حرفه‌ای رسمی دریافت می‌کنید. این امر به شما کمک می‌کند تا نیازی به بستری شدن در بیمارستان نداشته باشید.</p> <p>خدمات سرپایی ویژه برنامه‌ای ساختاریافته برای درمان فعالانه سلامت رفتاری (روان) است که در بیمارستان‌های سرپایی، مراکز سلامت روان جامعه، مراکز بهداشت دارای گواهینامه فدرال، یا کلینیک‌های بهداشت روستایی ارائه می‌شود، و نسبت به خدمات درمانی که در مطب دکتر، LMFT، یا روانشناس حرفه‌ای دارای گواهینامه دریافت می‌کنید جدی‌تر اما نسبت به بستری جزئی کمتر جدی است.</p> <p>توجه: از آنجایی که هیچ مرکز بهداشت روان محلی در شبکه ما وجود ندارد، ما بستری جزئی را فقط به عنوان خدمات سرپایی بیمارستان پوشش می‌دهیم.</p>
<p>\$0</p>	<p>خدمات پزشک/ارائه‌دهنده شامل ویزیت در مطب پزشک نیز می‌شود</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد.	<p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ارائه‌دهنده خدمات 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 • برخی از خدمات سلامت از راه دور، از جمله مزایای تکمیلی سلامت از راه دور. <ul style="list-style-type: none"> ◦ شما می‌توانید این خدمات را از طریق مراجعه حضوری یا از طریق سلامت از راه دور دریافت کنید. اگر انتخابتان این باشد که یکی از این خدمات را از طریق سلامت از راه دور دریافت کنید، باید از ارائه‌دهنده عضو شبکه‌ای استفاده کنید که خدمات را از طریق سلامت از راه دور ارائه می‌دهد. • برخی خدمات سلامت از راه دور از جمله مشاوره، تشخیص و درمان توسط پزشک و متخصص، برای اعضاء در محیط‌های روستایی خاص یا سایر محیط‌هایی که Medicare تأیید کرده است • خدمات سلامت از راه دور برای بازدیدهای ماهانه مربوط به بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) برای اعضاء 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 اعضاء مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد یا اختلالات سلامت روان همراه آن • خدمات درمانی از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان در موارد زیر: • شما ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید • در حین دریافت این خدمات از راه دور، هر 12 ماه یک بار یک ویزیت حضوری دارید • در شرایط خاص می‌توان در موارد فوق استثنا قائل شد • خدمات درمانی از راه دور برای ویزیت‌های سلامت روان که کلینیک‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی فدرال واجد شرایط ارائه می‌دهند. • خدمات سلامت از راه دور ارائه شده توسط کاردرمانگران واجد شرایط (OTs)، فیزیوتراپیست‌ها (PTs)، آسیب‌شناسان زبان گفتار (SLPs)، و شنوایی‌شناسان <p>ادامه این مزایا در صفحه بعدی قرار دارد</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
	<p>خدمات پزشکی/ارائه دهنده شامل ویزیت‌ها در مطب پزشک (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • اعلام حضور مجازی (به عنوان مثال، از طریق تلفن یا چت ویدئویی) به پزشکتان به مدت 10-5 دقیقه در صورتیکه: <ul style="list-style-type: none"> • شما بیمار جدیدی نباشید و • اعلام حضور مربوط به ویزیت اخیر شما در مطب طی 7 روز گذشته نباشد، و • 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، اگر: <ul style="list-style-type: none"> • شما بیمار جدیدی نباشید و • ارزیابی مربوط به ویزیت اخیر شما در مطب طی 7 روز گذشته نباشد، و • 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 سلامتی الکترونیک شما در صورتی که بیمار جدید نباشید • نظریه ثانوی توسط یک ارائه دهنده دیگر در شبکه قبل از جراحی • مراقبت دندانپزشکی غیر روتین. خدمات تحت پوشش محدود به این موارد هستند: <ul style="list-style-type: none"> • جراحی فک یا ساختارهای مرتبط • جا انداختن شکستگی‌های استخوان فک یا صورت • کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک • خدماتی که در صورت ارائه توسط پزشک قابل پوشش‌دهی هستند 	
<p>\$0 ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>خدمات مربوط به مشکلات پا*</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	
<p>\$0 برای آزمایش سالانه PSA، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>آزمایش‌های غربالگری سرطان پروستات</p> <p>برای مردان در سنین 50 سال و بالاتر، ما هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یک بار پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک آزمون رکتال دیجیتال • یک آزمایش آنتی‌ژن خاص پروستات (PSA) 	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>\$0</p> <p>برای هر دستگاه پروتزی و ارتوپدی تحت پوشش Medicare، از جمله تعویض یا تعمیر چنین دستگاه‌هایی و لوازم مربوطه، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p> <p>ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>دستگاه‌های پروتزی و ارتوپدی و لوازم مربوطه*</p> <p>پروتزها جایگزین کل یا بخشی از اندام بدن یا عملکرد آن می‌شوند. این تست‌ها شامل این موارد هستند، اما تنها به این موارد محدود نمی‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • امتحان کردن، اندازه‌گیری یا آموزش استفاده از دستگاه‌های پروتزی و ارتوپدی • کیسه‌های کلوستومی و لوازم مرتبط با کلوستومی • تغذیه انترال و پارتنرال، شامل کیت‌های تغذیه، سرنگ تزریق، لوله و آداپتور، محلول‌ها و مواد لازم برای تزریقات توسط خود بیمار • ضربان‌ساز • آتل‌ها • کفش‌های مصنوعی • پاها و دست‌های مصنوعی • پروتزهای سینه (از جمله پستان‌بند جراحی پس از ماستکتومی) • پروتز برای جایگزینی تمام یا قسمتی از اندام بیرونی صورت که در نتیجه بیماری، آسیب یا نقص مادرزادی برداشته شده یا آسیب دیده است • کرم جلوگیری از ادرار سوختگی و پوشک <p>طرح ما هزینه برخی لوازم مرتبط با دستگاه‌های پروتزی و ارتوپدی را پرداخت می‌کند. علاوه بر این، هزینه تعمیر و جایگزینی دستگاه‌های پروتزی و ارتوپدی را پوشش می‌دهیم.</p> <p>پس از برداشتن آب مروارید یا جراحی آب مروارید برخی از هزینه‌ها را پوشش می‌دهیم. برای جزئیات به "مراقبت بینایی" در ادامه این نمودار مراجعه کنید.</p>	
<p>\$0</p> <p>برای ویزیت خدمات توانبخشی ریوی تحت پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p> <p>ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>خدمات توانبخشی ریوی*</p> <p>طرح ما هزینه طرح‌های توانبخشی ریوی را برای اعضاء مبتلا به بیماری انسداد ریوی مزمن خفیف شدید (COPD) پوشش می‌دهد. شما باید از پزشک یا ارائه‌دهنده درمان COPD برای توانبخشی ریوی ارجاع دریافت کرده باشید.</p> <p>ما هزینه خدمات تنفسی بیمارار و وابسته به ونتیلاتور را پرداخت می‌کنیم.</p>	
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای غربالگری بیماری‌های مقاربتی تحت پوشش Medicare و مشاوره برای مزایای پیشگیرانه STI وجود ندارد.</p>	<p>غربالگری عفونت‌های مقاربتی (STI) و مشاوره در این زمینه</p> <p>ما هزینه 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. ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه باید این تست‌ها را درخواست دهد. طرح ما هر 12 ماه یک بار یا در زمان‌های مشخصی در طول بارداری هزینه این تست‌ها را پرداخت می‌کند.</p> <p>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 ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه ارائه شود. این جلسه‌ها باید در یک مرکز خدمات مراقبت‌های اولیه مثلاً در مطب پزشک ارائه شود.</p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>\$0</p> <p>شما برای دریافت خدمات درمانی در آسایشگاه تخصصی (SNF) هیچ مبلغی پرداخت نمی‌کنید. ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>خدمات درمانی در آسایشگاه تخصصی (SNF)*</p> <p>ما هزینه خدمات زیر، همچنین خدمات دیگری را که ممکن است در اینجا فهرست نشده باشند، پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> یک اتاق نیمه خصوصی، یا اتاق خصوصی در صورتی که از نظر پزشکی ضروری باشد وعده‌های غذایی، شامل رژیم غذایی مخصوص خدمات پرستاری فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی داروهای که به عنوان بخشی از طرح مراقبتی خود دریافت می‌کنید، از جمله موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد، مانند فاکتورهای انعقاد خون خون، از جمله نگهداری و تزریق، پوشش‌دهی با سه پاینت اول خونی که نیاز دارید آغاز می‌شود 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 مراکز نگهداری انجام می‌شود دستگاه‌هایی مانند صندلی چرخدار که معمولاً در آسایشگاه‌ها ارائه می‌شود خدمات پزشک/ارائه‌دهنده <p>این خدمات درمانی را معمولاً از یکی از تشکیلات عضو شبکه دریافت می‌کنید. با این حال می‌توانید خدمات درمانی‌تان را از تشکیلاتی که عضو شبکه ما نیستند هم دریافت کنید. در صورت پذیرفتن هزینه طرح ما توسط مکان‌های زیر، می‌توانید از آن‌ها خدمات درمانی دریافت کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> آسایشگاه‌ها یا انجمن بازنشستگی مراقبت پیوسته که پیش از انتقال به بیمارستان در آنجا اقامت داشته‌اید (در صورتی که مرکز نگهداری باشد) آسایشگاهی که همسر یا شریک زندگی‌تان هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند 	
<p>\$0</p> <p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیز برای مزایای پیشگیرانه ترک سیگار و استعمال دخانیات تحت پوشش Medicare وجود ندارد.</p>	<p>ترک سیگار و مصرف تنباکو</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ما هزینه دو بار اقدام به ترک را ظرف 12 ماه به عنوان یک خدمات پیشگیرانه پرداخت خواهیم کرد. این خدمات برای شما رایگان است. 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 مجوز قبلی، از جلسات مشاوره ترک مصرف تنباکو به هر تعداد که لازم باشد بهره‌مند شوید. 	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>برای تمرین درمانی تحت نظارت (SET) تحت پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد. ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد.</p>	<p>تمرین درمانی تحت نظارت (SET)*</p> <p>طرح ما هزینه SET را برای اعضاء مبتلا به بیماری شریانی محیطی (PAD) که از پزشک مسئول درمان PAD برای دریافت خدمات PAD ارجاع دارند پرداخت می‌کند.</p> <p>طرح ما هزینه خدمات زیر را بر عهده می‌گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • حداکثر 36 جلسه در طول یک دوره 12 هفته‌ای اگر تمام شرایط SET برآورده شود. • 36 جلسه اضافی در طول زمان در صورتی که ارائه‌دهنده خدمات درمانی تشخیص دهد که از نظر پزشکی ضروری است <p>برنامه SET باید شرایط زیر را داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جلسات 30 تا 60 دقیقه ای آموزش ورزش درمانی برای اعضای که به بیماری شریانی محیطی PAD مبتلا هستند و به دلیل جریان خون ضعیف از درد و سوزش ران پا (کلادیکیشن) رنج می‌برند. • به صورت سرپایی در بیمارستان یا مطب پزشک ارائه شود • توسط پرسنل واجد شرایطی انجام شود که جهت ارائه خدمات ورزش درمانی برای افراد مبتلا به PAD آموزش دیده‌اند و به گونه‌ای عمل می‌کنند که مزایای ورزش درمانی از آسیب‌های احتمالی آن بیشتر باشد • تحت نظارت مستقیم یک پزشک، دستیار پزشک، یا پرستار بالینی/متخصص که در زمینه تکنیک‌های حمایت از زندگی پیشرفته آموزش دیده است.
<p>\$0</p>	<p>حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی در مواقع غیر اضطراری</p> <p>این طرح در صورتی که یکی از خدمات تحت پوشش باشد، حمل و نقل شما را به مقصد ملاقات‌های پزشکی و برعکس، به منزلتان، پوشش می‌دهد. بر اساس این طرح، هر سال حداکثر 12 سفر یک‌طرفه تحت پوشش قرار می‌گیرد. براس سفرهای یک مسیره‌ای که بیشتر از 100 مایل باشند به مجوز قبلی نیاز است.</p> <p>انواع حمل و نقل غیر اورژانسی عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک خودروی سواری، ون، تاکسی یا خدمات اشتراک‌گذاری وسیله نقلیه در صورتیکه قادر به راه رفتن هستید. • یک وسیله نقلیه با قابلیت بلند کردن ویلچر در صورتیکه توانایی حرکت محدودی دارید. <p>وقتی این مزیت تمام شد، در صورتی که پوشش پزشکی Medicaid را داشته باشید، می‌توانید به مزایای حمل و نقل غیر اورژانسی Medicaid دسترسی پیدا کنید، که رفت و آمد شما برای مراجعه به ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه و سایر ارائه‌دهندگان را پوشش می‌دهد.</p> <p>به منظور کسب اطلاعات بیشتر به بخش F از فصل 3 مراجعه کنید.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>شما برای هر با مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی فوری تحت پوشش Medicare مبلغ \$0 می‌پردازید. سهم هزینه شما برای خدمات درمانی فوری عضو شبکه یا خارج از شبکه یکسان است.</p>	<p>خدمات درمانی فوری</p> <p>خدمات درمانی فوری به خدماتی گفته می‌شود که در موارد زیر ارائه می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • موقعیت غیر اورژانسی که نیاز به مراقبت پزشکی فوری دارد، یا • یک بیماری ناگهانی، یا • یک آسیب‌دیدگی، یا • شرایطی که نیازمند مراقبت فوری باشد. <p>اگر درخواست خدمات درمانی فوری دارید، نخست باید تلاش کنید آن را از ارائه‌دهندگان داخل شبکه دریافت کنید. با این حال، در صورتی که به‌دلیل وقت، مکان یا شرایطتان، امکان دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان عضو شبکه را نداشته باشید، یا دریافت خدمات از این ارائه‌دهندگان غیرمنطقی باشد (به‌عنوان مثال، وقتی خارج از محدوده خدمات‌رسانی 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.</p> <p>به عنوان یک مزیت اضافی، ما حداکثر \$10000 پوشش اضطراری جهانی در هر سال تقویمی برای حمل و نقل اضطراری، مراقبت‌های فوری، مراقبت‌های اضطراری و مراقبت‌های پس از تثبیت ارائه می‌دهیم.</p>
<p>\$0</p>	<p>مراقبت‌های بینایی </p> <p>طرح ما هزینه خدمات دکتر سرپایی برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و آسیب‌دیدگی‌های چشم را پرداخت می‌کند. به‌عنوان مثال، این خدمات شامل معاینه سالانه چشم جهت تشخیص بیماری شبکیه دیابتی برای افراد مبتلا به دیابت و درمان دژنراسیون ماکولا مرتبط با سن می‌شوند.</p> <p>برای افرادی که در خطر ابتلا به آب مروارید هستند، طرح ما هزینه یک بار غربالگری آب مروارید را در هر سال پرداخت می‌کند. افراد در خطر ابتلا به آب مروارید شامل این موارد هستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> — افرادی که سابقه خانوادگی ابتلا به آب مروارید دارند — افراد مبتلا به دیابت — آفریقایی‌آمریکایی‌هایی که در سنین 50 سال و بالاتر هستند — آمریکایی‌های اسپانیایی که در سنین 65 سال و بالاتر هستند <p>اگر دو جراحی آب مروارید جداگانه دارید، باید پس از هر جراحی یک عینک جداگانه تهیه کنید. حتی اگر در عمل اول عینک دریافت نکرده باشید، پس از عمل دوم نمی‌توانید دو عینک دریافت کنید.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است	
<p>هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.</p> <p>ممکن است محدودیت‌ها یا استثناهایی اعمال شود.</p>	<p>مراقبت‌های بینایی (مکمل)</p> <p>برای اینکه گزینه‌های بیشتری را جهت برآورده کردن نیازهای‌تان به خدمات روتین بینایی در اختیار‌تان قرار دهیم با VSP وارد همکاری شده‌ایم!</p> <p>موارد تحت پوشش شامل این موارد هستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> یک معاینه معمول چشم در هر سال تقویمی یک کمک هزینه خرید لوازم بینایی <p>از کمک هزینه خرید لوازم بینایی‌تان می‌توانید برای خرید این موارد استفاده کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> لنزهای تماسی* عینک (لنز و قاب) لنز یا قاب عینک ارتقاء (مثل لنزهای دودی، ضد ماوراء بنفش، پلاریزه یا فوتوکروماتیک). <p>*در صورتی که لنزهای تماسی را انتخاب کنید، از کمک هزینه خرید لوازم بینایی‌تان می‌توانید برای پرداخت همه یا بخشی از دستمزد فیتینگ لنز تماسی استفاده کنید. مسئولیت هزینه هرگونه لوازم بینایی اصلاحی که از محدودیت کمک هزینه لوازم بینایی طرح فراتر رود با شماست.</p> <p>برای یک معاینه معمول چشم (و انکسار) برای عینک در هر سال تقویمی \$0 می‌پردازید. هر سال به میزان \$200 کمک هزینه خرید لوازم بینایی به شما تعلق می‌گیرد.</p> <p>برای یافتن نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده خدمات بینایی پیشگیرانه و روتین داخل شبکه جهت انجام معاینه روتین چشم‌تان، می‌توانید از راه‌های زیر اقدام کنید: جستجوی آنلاین با استفاده از ابزار جستجوی آنلاین ارائه‌دهندگان خدمات بینایی مکمل ما به نشانی MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.</p> <p>طرح ما مزایای تکمیلی را به منظور کمک به پرداخت هزینه لوازم یا خدماتی ارائه می‌دهد که به‌طور معمول تحت پوشش Medicare نیستند. تمامی مزایا باید در سال عضویت در طرح استفاده شوند و فقط در صورتی که در زمان ارائه خدمات عضو طرح باشید در دسترس هستند.</p> <p>شاید از طریق مزایای Medi-Cal خود قادر باشید به خدمات بینایی‌سنجی، لوازم چشم، و لوازم کم‌بینایی بیشتری دسترسی داشته باشید.</p>	
<p>\$0</p> <p>برای ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.</p>	<p>ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید"</p> <p>ما یک بار هزینه ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" را پرداخت می‌کنیم. این ویزیت شامل این خدمات است:</p> <ul style="list-style-type: none"> بررسی سلامتی‌تان، آموزش و مشاوره درباره خدمات پیشگیرانه مورد نیاز شما (از جمله غربالگری‌ها و تزریق‌ها)، و ارجاع برای سایر خدمات درمانی در صورتی که نیاز داشته باشید. <p>توجه: ما هزینه ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" 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.</p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آنها بر عهده طرح ما است
<p>\$0</p> <p>اگر مراقبت‌های اضطراری در خارج از ایالات متحده دریافت کنید و پس از تثبیت وضعیت اضطراری‌تان به مراقبت تحت بستری نیاز داشته باشید، باید به بیمارستان شبکه بازگردید تا مراقبت شما همچنان تحت پوشش 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. حداکثر مبلغ طرح اعمال می‌شود. ممکن است لازم باشد برای بازپرداخت هزینه مراقبت‌های اورژانسی/فوری که در خارج از ایالات متحده دریافت کرده‌اید، درخواست دهید. حداکثر \$10,000 در هر سال تقویمی از سوی طرح برای این مزایا اعمال می‌شود.</p>	<p>پوشش اضطراری/فوری در سراسر جهان (مکمل)</p> <p>به‌عنوان مزیتی تکمیلی، در هر سال تقویمی تا سقف \$10,000 برای خدمات درمانی اضطراری/فوری در سراسر دنیا در خارج از ایالات متحده (آمریکا) به شما تعلق می‌گیرد.</p> <p>این مزایا محدود به خدماتی است که اگر در ایالات متحده ارائه شوند، به عنوان مراقبت‌های اضطراری یا فوری طبقه‌بندی می‌شوند. پوشش جهانی شامل خدمات اورژانسی یا خدمات درمانی فوری و حمل‌ونقل اورژانسی با آمبولانس از محل وقوع حادثه اضطراری به نزدیکترین مرکز درمانی و مراقبت پس از تثبیت شرایط است.</p> <p>در موقعیت‌هایی که انتقال به اتاق اورژانس به‌شيوه‌های دیگر سلامت شما را به خطر اندازد خدمات آمبولانس تحت پوشش قرار می‌گیرند. از شما می‌خواهیم که در چنین موقعیت‌هایی خودتان یا فردی که مراقبت شما است با ما تماس بگیرد. تلاش می‌کنیم، در سریع‌ترین زمان ممکن با توجه به شرایط و وضعیت پزشکی‌تان، ارائه‌دهندگان عضو شبکه را برای انجام خدمات درمانی‌تان فرا بخوانیم.</p> <p>حمل‌ونقل شما از کشوری دیگر به ایالات متحده تحت پوشش نیست. مراقبت‌های معمول و عمل‌های جراحی از پیش برنامه‌ریزی شده یا اختیاری پوشش داده نمی‌شوند.</p> <p>مالیات و کارمزدهای خارجی (شامل تبدیل ارز یا کارمزد معاملات، اما نه فقط این موارد) تحت پوشش نیستند. ایالات متحده به معنای 50 ایالت، ناحیه کلمبیا، پورتوریکو، جزایر ویرجین، گوام، جزیره ماریانای شمالی و ساموای آمریکایی است.</p>

E. پشتیبانی‌های جامعه

شاید پشتیبانی‌هایی را به‌موجب طرح مراقبت شخصی‌سازی شده خود دریافت کنید. پشتیبانی‌های جامعه در واقع جایگزین‌های مناسب از نظر پزشکی و مقرون‌به‌صرفه‌ای برای خدمات و مراکز تحت پوشش طرح Medi-Cal ایالت هستند. این خدمات برای اعضاء اختیاری هستند. اگر شرایط لازم را داشته باشید، این خدمات می‌توانند به شما کمک کنند به‌شکل مستقل‌تری زندگی کنید. این خدمات جایگزین مزایایی نمی‌شوند که هم اکنون به‌موجب Medi-Cal دریافت می‌کنید.

خدمات انتقال/تثبیت مسکن: این خدمات به اعضای که با بی‌خانمانی مواجه هستند کمک می‌کند تا مسکن پیدا کنند. این خدمات شامل پشتیبانی در مواردی مانند درخواست مسکن، حمایت از مزایا، تأمین منابع موجود و همکاری با صاحبخانه در زمان اسباب‌کشی است.

افراد واجد شرایط:

- اعضای که از طریق سیستم ورود هماهنگ محلی بی‌خانمان‌ها (CES) یا سیستم‌های مشابه برای واحد مسکونی حمایتی دائمی یا دریافت یارانه اجاره اولویت دارند؛ یا
- اعضای که با تعریف بی‌خانمانی وزارت مسکن و توسعه شهری (HUD) مطابقت دارند و خدمات مدیریت مراقبت پیشرفته (ECM) دریافت می‌کنند، یا کسانی که به یک یا چند بیماری مزمن جدی و/یا بیماری روانی شدید مبتلا هستند و/یا در معرض خطر بستری شدن به دلیل بیماری روانی یا نیاز به خدمات مسکونی به دلیل اختلال سوء مصرف مواد قرار دارند؛ یا
- اعضای که مطابق با تعریف وزارت مسکن و توسعه شهری (HUD) و بخش 91.5 از عنوان 24 قانون مقررات فدرال، در معرض خطر بی‌خانمانی قرار دارند؛ یا



- اعضای که در معرض خطر بی‌خانمانی قرار دارند و به یک یا چند بیماری مزمن جدی مبتلا هستند؛ دچار بیماری روانی شدید هستند؛ در معرض خطر بستری شدن یا مصرف بیش از حد دارو قرار دارند یا به دلیل اختلال سوء مصرف مواد به خدمات اقامتی نیاز دارند؛ یا کودکان و نوجوانانی که با اختلالات عاطفی جدی روبه‌رو هستند؛ همچنین افرادی که در حال دریافت خدمات ECM هستند؛ یا جوانان در سن انتقال که با موانع جدی برای رسیدن به ثبات مسکن مواجه‌اند، مانند داشتن یک یا چند محکومیت؛ سابقه قرار گرفتن تحت سرپرستی، درگیری با سیستم عدالت نوجوانان یا سیستم عدالت کیفری، و/یا داشتن بیماری روانی شدید، و/یا کودک یا نوجوانی که با اختلال عاطفی جدی مواجه است، و/یا قربانی قاچاق انسان یا خشونت خانگی بودن.

سپرده مسکن: به اعضای که با بی‌خانمانی مواجه هستند، کمک می‌کند تا با شناسایی، هماهنگی، تأمین امنیت یا تأمین مالی خدمات ضروری و انجام اصلاحات لازم، بتوانند یک سرپناه ساده برای خود فراهم کنند؛ سرپناهی که شامل هزینه‌های خورد و خوراک نمی‌شود. این خدمات باید در طرح حمایتی مسکن فرد به عنوان موارد معقول و ضروری شناسایی شوند و تنها زمانی ارائه می‌شوند که فرد عضو توانایی پرداخت این هزینه‌ها را نداشته باشد. اعضا باید خدمات انتقال/تثبیت مسکن CS را دریافت کنند یا به این خدمات ارجاع داده شوند.

افراد واجد شرایط:

- اعضای که خدمات حمل‌ونقل انتقال مسکن CS را دریافت کرده‌اند؛ یا
- اعضای که از طریق سیستم ورود هماهنگ محلی بی‌خانمان‌ها (CES) یا سیستم‌های مشابه برای واحد مسکونی حمایتی دائمی یا دریافت یارانه اجاره در اولویت قرار دارند؛ یا
- اعضای که با تعریف بی‌خانمانی HUD مطابقت دارند و خدمات ECM دریافت می‌کنند، یا کسانی که به یک یا چند بیماری مزمن جدی و/یا بیماری روانی شدید مبتلا هستند و/یا در معرض خطر بستری شدن به دلیل بیماری روانی یا نیاز به خدمات مسکونی به دلیل اختلال سوء مصرف مواد قرار دارند؛ یا
- محدودیت/موانع: این خدمات تنها یکبار در طول زندگی اعضاء در اختیارشان قرار می‌گیرد. سپرده‌های مسکن فقط یکبار دیگر قابل تأیید و انجام است. ارجاع‌دهنده باید مدارکی ارائه کند که نشان دهد شرایط تغییر کرده است و توضیح دهد چرا پرداخت سپرده‌های مسکن برای بار دوم می‌تواند موفق‌تر باشد.

خدمات اجاره و نگهداری مسکن: با ارائه خدمات اجاره و نگهداری مسکن به اعضایی که پس از تجربه بی‌خانمانی صاحب مسکن شده‌اند، به سکونت ایمن و پایدار آنها کمک می‌کند.

افراد واجد شرایط:

- اعضای که خدمات حمل‌ونقل انتقال مسکن CS را دریافت کرده‌اند؛ یا
- اعضای که از طریق سیستم ورود هماهنگ محلی بی‌خانمان‌ها CES یا سیستم‌های مشابه برای واحد مسکونی حمایتی دائمی یا دریافت یارانه اجاره در اولویت قرار دارند؛ یا
- اعضای که با تعریف بی‌خانمانی HUD مطابقت دارند و خدمات ECM دریافت می‌کنند، یا کسانی که به یک یا چند بیماری مزمن جدی و/یا بیماری روانی شدید مبتلا هستند و/یا در معرض خطر بستری شدن به دلیل بیماری روانی یا نیاز به خدمات مسکونی به دلیل اختلال سوء مصرف مواد قرار دارند؛ یا
- اعضای که مطابق با تعریف وزارت مسکن و توسعه شهری HUD و بخش 91.5 از عنوان 24 قانون مقررات فدرال، در معرض خطر بی‌خانمانی قرار دارند؛ یا
- اعضای که در معرض خطر بی‌خانمانی قرار دارند و به یک یا چند بیماری مزمن جدی مبتلا هستند؛ دچار بیماری روانی شدید هستند؛ در معرض خطر بستری شدن یا مصرف بیش از حد دارو قرار دارند یا به دلیل اختلال سوء مصرف مواد به خدمات اقامتی نیاز دارند؛ یا کودکان و نوجوانانی که با اختلالات عاطفی جدی روبه‌رو هستند؛ همچنین افرادی که در حال دریافت خدمات ECM هستند؛ یا جوانان در سن انتقال که با موانع جدی برای رسیدن به ثبات مسکن مواجه‌اند، مانند داشتن یک یا چند محکومیت؛ سابقه قرار گرفتن تحت سرپرستی، درگیری با سیستم عدالت نوجوانان یا سیستم عدالت کیفری، و/یا داشتن بیماری روانی شدید، و/یا کودک یا نوجوانی که با اختلال عاطفی جدی مواجه است، و/یا قربانی قاچاق انسان یا خشونت خانگی بودن.
- محدودیت/موانع: خدمات اجاره و نگهداری مسکن فقط یک بار در طول حیات فرد در دسترس وی قرار می‌گیرند و برای یک بار دیگر قابل تمدید هستند. مراجعه‌کننده باید به‌منظور اثبات اینکه ارائه خدمات اجاره و نگهداری مسکن برای بار دوم موفق خواهد بود، اسناد مربوط به تغییر شرایطش را ارائه دهد.



مسکن کوتاه مدت پس از بستری شدن: اعضای که مسکن ندارند و نیاز شدیدی به خدمات پزشکی یا سلامت رفتاری دارند و می‌توانند خدمات بهبودی پزشکی/روان‌شناختی/اختلال سوء مصرف موادشان را فوراً پس از خروج از بخش بستری بیمارستان، مراکز پناهگاهی درمان یا بهبودی اختلال سوء مصرف مواد، مراکز پناهگاهی درمان اختلالات سلامت روان، مراکز اصلاح و تربیت، آسایشگاه، یا مراکز نجات ادامه دهند و از استفاده بیشتر از خدمات طرح ایالت خودداری کنند.

افراد واجد شرایط:

- اعضای که به خدمات پزشکی/سلامت رفتاری نیاز دارند به‌گونه‌ای که تجربه بی‌خانمانی پس از ترخیص از بیمارستان، مراکز پناهگاهی درمان یا بهبودی اختلال سوء مصرف مواد یا سلامت روان، مراکز اصلاح و تربیت، آسایشگاه، یا مراکز نجات به بستری شدن در بیمارستان، بستری مجدد در بیمارستان، یا مراجعه مجدد به مراکز نگهداری شود؛ و
- اعضای که در حال خروج از مراکز نجات هستند؛ یا
- اعضای که در حال خروج از بخش بستری بیمارستان (مزم، روانپزشکی، یا بیمارستانی وابستگی به مواد شیمیایی و بهبودی)، مراکز پناهگاهی درمان یا بهبودی اختلال سوء مصرف مواد، مراکز پناهگاهی درمان اختلالات سلامت روان، مراکز اصلاح و تربیت یا آسایشگاه هستند و یکی از سه (3) معیار زیر را دارند:
- اعضای که با تعریف بی‌خانمانی HUD مطابقت دارند و خدمات ECM دریافت می‌کنند، یا کسانی که به یک یا چند بیماری مزمن جدی و/یا بیماری روانی شدید مبتلا هستند و/یا در معرض خطر بستری شدن به دلیل بیماری روانی یا نیاز به خدمات مسکونی به دلیل اختلال سوء مصرف مواد قرار دارند؛ یا

مراقبت در مراکز نجات (مراقبت پزشکی فرجه‌ای): اعضای نیازمند مراقبت پناهگاهی کوتاه مدت که دیگر نیازی به بستری شدن ندارند اما همچنان به بهبودی از آسیب‌دیدگی یا بیماری (از جمله مشکلات سلامت رفتاری) نیاز دارند و در صورت زندگی در محیط‌های ناپایدار شرایطشان وخیم‌تر می‌شود. اطلاعات بالینی باید ارائه شود.

افراد واجد شرایط:

- اعضای که در خطر بستری شدن هستند یا پس از بستری شدن تنها زندگی می‌کنند و هیچ حمایت رسمی ندارند؛ یا با نامنی در زمینه مسکن مواجه هستند، یا مسکن‌شان در صورت عدم انجام تعمیرات لازم سلامت و ایمنی‌شان را به خطر می‌اندازد؛ یا
- اعضای که با تعریف بی‌خانمانی وزارت مسکن و توسعه شهری (HUD) مطابقت دارند و خدمات مدیریت مراقبت پیشرفته ECM دریافت می‌کنند، یا کسانی که به یک یا چند بیماری مزمن جدی و/یا بیماری روانی شدید مبتلا هستند و/یا در معرض خطر بستری شدن به دلیل بیماری روانی یا نیاز به خدمات مسکونی به دلیل اختلال سوء مصرف مواد قرار دارند؛ یا
- اعضای که با تعریف HUD از بودن در معرض خطر بی‌خانمانی ارائه کرده است مطابقت دارند؛ یا
- اعضای که در معرض خطر بی‌خانمانی قرار دارند و به یک یا چند بیماری مزمن جدی مبتلا هستند؛ دچار بیماری روانی شدید هستند؛ در معرض خطر بستری شدن یا مصرف بیش از حد دارو قرار دارند یا به دلیل اختلال سوء مصرف مواد به خدمات اقامتی نیاز دارند؛ یا کودکان و نوجوانانی که با اختلالات عاطفی جدی روبه‌رو هستند؛ همچنین افرادی که در حال دریافت خدمات ECM هستند؛ یا جوانان در سن انتقال که با موانع جدی برای رسیدن به ثبات مسکن مواجه‌اند، مانند داشتن یک یا چند محکومیت؛ سابقه قرار گرفتن تحت سرپرستی، درگیری با سیستم عدالت نوجوانان یا سیستم عدالت کیفری، و/یا داشتن بیماری روانی شدید، و/یا کودک یا نوجوانی که با اختلال عاطفی جدی مواجه است، و/یا قربانی قاچاق انسان یا خشونت خانگی بودن.
- محدودیت/موانع: مراقبت در مراکز نجات از نود (90) روز مداوم بیشتر نیست. اگر طی، یا پس از، نود (90) روز اول، عضو با تشخیص متفاوتی مجدداً بستری و، مراقبت نود (90) روزه در مراکز نجات شاید دوباره از اول شروع می‌شود، به شرطی که معیارهای مراقبت در مراکز نجات برآورده شود.

خدمات فرجه‌ای: در مواقعی که نگهداری فرد عضو در خانه خود ضروری و سودمند است، و همچنین برای جلوگیری از خستگی مراقبین و اجتناب از نیاز به خدمات سازمانی، این حمایت‌ها به مراقبین ارائه می‌شود. این خدمات به صورت کوتاه‌مدت و به دلیل غیبت یا نیاز مراقب به کمک ارائه می‌شود و ماهیتی غیرپزشکی دارد. این خدمات صرفاً برای حمایت از مراقب ارائه می‌شوند و فقط با هدف جلوگیری از نیاز به جایگزینی مراقبت‌های طولانی‌مدت در نظر گرفته شده‌اند.



- اعضای که مطابق با تعریف وزارت مسکن و توسعه شهری (HUD) و بخش 91.5 از عنوان 24 قانون مقررات فدرال، در معرض خطر بی‌خانمانی قرار دارند؛ یا
- اعضای که در معرض خطر بی‌خانمانی قرار دارند و به یک یا چند بیماری مزمن جدی مبتلا هستند؛ دچار بیماری روانی شدید هستند؛ در معرض خطر بستری شدن یا مصرف بیش از حد دارو قرار دارند یا به دلیل اختلال سوء مصرف مواد به خدمات اقامتی نیاز دارند؛ یا کودکان و نوجوانانی که با اختلالات عاطفی جدی روبه‌رو هستند؛ همچنین افرادی که در حال دریافت خدمات ECM هستند؛ یا جوانان در سن انتقال که با موانع جدی برای رسیدن به ثبات مسکن مواجه‌اند، مانند داشتن یک یا چند محکومیت؛ سابقه قرار گرفتن تحت سرپرستی، درگیری با سیستم عدالت نوجوانان یا سیستم عدالت کیفری، و/یا داشتن بیماری روانی شدید، و/یا کودک یا نوجوانی که با اختلال عاطفی جدی مواجه است، و/یا قربانی قاچاق انسان یا خشونت خانگی بودن.
- محدودیت/موانع: خدمات مسکن کوتاه‌مدت پس از بستری شدن یکبار در طول عمر اعضا قابل دسترسی است و نمی‌تواند بیشتر از شش (6) ماه ادامه داشته باشد (اما ممکن است بر اساس نیاز اعضا برای مدت کوتاه‌تری نیز مجاز باشد).

افراد واجد شرایط:

- اعضای که در جامعه محلی زندگی می‌کنند و فعالیت‌های روزمره‌شان (ADLs) مختل شده است و به یک مراقب واجد شرایط نیاز دارند، این مراقب واجب شرایط، که اکثر کارهای عضو را انجام می‌دهد، به استراحت نیاز داشته باشد تا از انتقال عضو به مراکز مراقبت جلوگیری شود؛ یا
 - شخص عضو، کودکی باشد که قبلاً خدمات فرجه‌ای را تحت معافیت مراقبت تسکینی اطفال دریافت کرده باشد.
 - محدودیت/موانع: این خدمات، به‌علاوه هرگونه خدمات درمانی مستقیم دریافتی، نباید بیش از 24 ساعت در روز باشند. حداکثر زمان خدمات فرجه‌ای 336 ساعت در هر سال تقویمی است.
- برنامه‌های توانبخشی روزانه:** این خدمات در منزل یا در مکان‌های غیر نهادی در خارج از منزل اعضاء و به منظور کمک به آنها در کسب، حفظ و بهبود مهارت‌های خودیاری، اجتماعی‌سازی و مهارت‌های سازگاری ضروری برای سکونت بدون مشکل در محیط زندگی‌شان ارائه می‌شود.

افراد واجد شرایط:

- اعضای که بی‌خانمان هستند؛ یا
- اعضای که در 24 ماه گذشته از وضعیت بی‌خانمانی خارج شده و به مسکن منتقل شده‌اند؛ یا
- اعضای که در معرض خطر بی‌خانمانی یا بستری شدن در مراکز روان‌پزشکی قرار دارند و ثبات مسکن آن‌ها می‌تواند از طریق شرکت در یک برنامه توانبخشی روزانه بهبود یابد.

انتقال یا تغییر مسیر از مراکز آسایشگاهی به مراکز زندگی کمکی، مانند مراکز مراقبت از سالمندان و مراکز اقامتی بزرگسالان: به اعضا کمک می‌کند تا در جامعه زندگی کنند و در صورت امکان از بستری شدن پرهیز نمایند. این خدمات انتقال از مرکز آسایشگاهی به یک محیط خانگی و اجتماعی را تسهیل می‌کند و همچنین از انتقال اعضایی که به سطح فوری مراقبت پرستاری (LOC) نیاز دارند به آسایشگاه‌های تخصصی جلوگیری می‌کند. اعضا می‌توانند در صورت واجد شرایط بودن، اقامت در یک محیط زندگی کمکی را به عنوان جایگزینی برای قرار گرفتن طولانی‌مدت در یک مرکز آسایشگاهی انتخاب کنند. انتقال جامعه کالیفرنیا (CCT) باید قبل از ارائه این حمایت‌های جامعه محلی بررسی و مورد استفاده قرار گیرد.

افراد واجد شرایط:

انتقال مراکز آسایشگاهی:

- بیش از 60 روز در یک مرکز آسایشگاهی اقامت داشته و مایل به زندگی در یک محیط زندگی کمکی به عنوان جایگزینی برای مرکز آسایشگاهی است و توانایی اقامت ایمن در یک مرکز زندگی کمکی با پشتیبانی مناسب و مقرون به صرفه را دارد.
- تغییر مراکز آسایشگاهی:
- به ماندن در جامعه علاقه دارد و مایل و قادر است که به‌شکلی ایمن در یک مرکز زندگی کمکی با پشتیبانی و خدمات مناسب و مقرون به صرفه اقامت داشته باشد؛ در حال حاضر باید خدمات LOC مرکز آسایشگاهی ضروری را دریافت کند یا حداقل معیارهای لازم برای دریافت آن را داشته باشد؛ همچنین، به جای رفتن به یک مرکز آسایشگاهی، تصمیم می‌گیرد در جامعه بماند و به دریافت خدمات LOC ضروری از نظر پزشکی در یک مرکز زندگی کمکی ادامه دهد.
- محدودیت/موانع: اعضا به‌طور مستقیم مسئول پرداخت هزینه‌های زندگی خود هستند.



خدمات انتقال اجتماعی/انتقال مراکز آسایشگاهی به منزل: این خدمات به اعضای که در یک مرکز آسایشگاهی زندگی می‌کردند کمک می‌کند تا در جامعه زندگی کنند و از بستری شدن بیشتر جلوگیری می‌کند. این کار با حمایت از اعضا برای اسکان در یک اقامتگاه خصوصی و تأمین هزینه‌های غیرمکرر انجام می‌شود.

افراد واجد شرایط:

- اعضای که در حال حاضر خدمات سطح مراقبت از مرکز آسایشگاهی ضروری (LOC) را دریافت می‌کنند و به جای ماندن در مرکز آسایشگاهی یا مراکز ارائه‌دهنده خدمات پزشکی فرجه‌ای، انتقال به خانه را انتخاب می‌کنند و به دریافت خدمات LOC پزشکی ادامه می‌دهند؛ و
 - بیش از 60 روز در آسایشگاه سالمندان و/یا مراکز ارائه‌دهنده خدمات پزشکی فرجه‌ای اقامت داشته است؛ و
 - علاقمند به بازگشت به جامعه باشد؛ و
 - قادر باشد با پشتیبانی و خدمات مناسب و مقرون‌به‌صرفه، به‌شکلی ایمن در جامعه زندگی کند.
- محدودیت/موانع: خدمات انتقال به جامعه/انتقال به آسایشگاه
 - اعضاء در طول حیات‌شان فقط یک بار و تا سقف \$7,500 می‌توانند از خدمات انتقال به خانه استفاده کنند. فقط یک بار دیگر امکان تأیید خدمات انتقال اجتماعی/انتقال از مراکز آسایشگاهی به خانه وجود دارد. ارجاع‌دهنده باید مدارکی ارائه دهد که نشان دهد شخص عضو به دلیل شرایطی خارج از کنترل خود مجبور به انتقال از یک محل زندگی تحت نظارت ارائه‌دهنده به یک اقامتگاه خصوصی شده است.
- خدمات انتقال اجتماعی شامل هزینه‌های ماهانه اجاره یا رهن، غذا، هزینه‌های معمول قبوض آب، برق و گاز، و/یا همچنین لوازم خانگی یا مواردی که صرفاً برای اهداف تفریحی در نظر گرفته شده‌اند، نمی‌باشد.
- **خدمات درمانی شخصی و خانه‌داری:** این خدمات به اعضای که در زمینه فعالیت‌های روزمره (ADL) و فعالیت‌های کارساز روزمره (IADLs) به کمک نیاز دارند، ارائه می‌شود.

افراد واجد شرایط:

- اعضای که در معرض خطر بستری شدن در بیمارستان یا مرکز آسایشگاهی قرار دارند یا دچار نقص عملکردی هستند و هیچ سیستم حمایتی کافی دیگری ندارند و دارای نیازهای زیر هستند:
 - اعضای که به ساعات‌هایی بیشتر از آنچه خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS) شهرستان تأیید کرده است نیاز دارند (در انتظار ارزیابی مجدد)؛ یا
 - ابتدا باید به IHSS ارجاع داده شده و در طول دوره انتظار برای تأیید IHSS و استخدام یک مراقب (که عضو باید قبلاً به خدمات حمایتی در منزل ارجاع شده باشد) باشد؛ یا
 - اعضای که واجد شرایط دریافت خدمات حمایتی در منزل نیستند و برای جلوگیری از اقامت کوتاه‌مدت در آسایشگاه‌های تخصصی که بیش از 60 روز نباشد به کمک نیاز دارند.
- **سازگاری دسترسی محیطی (تغییرات خانگی):** سازگاری‌های فیزیکی در یک خانه که برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی اعضا ضروری است یا به شخص عضو کمک می‌کند تا با استقلال بیشتری در خانه زندگی کند؛ با یا بدون نیاز به بستری شدن.

واجد شرایط بودن:

اعضایی که در خطر بستری شدن در یک مرکز نگهداری سالمندان قرار دارند.

- محدودیت/موانع: پرداخت EAAها تا سقف \$7500 در طول عمر امکان‌پذیر است. تنها استثنا برای سقف \$7500 زمانی است که محل زندگی یا شرایط شخص عضو به‌طور قابل توجهی تغییر کرده باشد. این تغییرات اضافی باید برای اطمینان از سلامت، رفاه و ایمنی شخص عضو ضروری باشند یا برای این‌که شخص عضو بتواند با استقلال بیشتر در خانه زندگی کند و از بستری شدن در بیمارستان یا مراکز سالمندان جلوگیری شود.



غذا/خوراک/وعده‌های غذایی تحت پوشش خدمات پزشکی: برای اعضای که به تازگی از بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی مرخص شده‌اند، یا برای برآورده کردن نیازهای تغذیه‌ای خاص اعضای که به بیماری‌های مزمن مبتلا هستند، و وعده‌های غذایی فراهم می‌شود. افراد واجد شرایط:

- اعضای که از بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی ترخیص می‌شوند، یا در معرض خطر بالای بستری شدن در بیمارستان یا خانه سالمندان قرار دارند و واجد شرایط هستند، می‌توانند تا دو (2) وعده غذایی در روز و/یا غذای حمایتی پزشکی دریافت کنند. این خدمات تا چهار (4) هفته برای هر دوره بستری ارائه می‌شود و مجموع آن در یک سال تقویمی از دوازده (12) هفته تجاوز نمی‌کند.
- افرادی که به بیماری‌های مزمن مانند دیابت، اختلالات قلبی-عروقی، نارسایی قلبی، سکتة مغزی، بیماری‌های مزمن ریوی، و بروس نقص ایمنی انسانی (HIV)، سرطان، دیابت بارداری، یا سایر شرایط پرخطر دوران بارداری و پس از آن، یا به اختلالات مزمن یا ناتوان‌کننده ذهنی/سلامت رفتاری مبتلا هستند، اما نه محدود به این موارد.

مراکز هوشیاری: این خدمات به‌عنوان گزینه‌ای جایگزین به اعضای ارائه می‌شود که در حالت مستی (به دلیل مصرف الکل یا سایر مواد مخدر) در مکان‌های عمومی دیده می‌شوند و در غیر این صورت ممکن است به اورژانس یا زندان منتقل شوند. این خدمات برای مدت زمان کمتر از 24 ساعت ارائه می‌شود.

افراد واجد شرایط:

- اعضای 18 سال و بالاتر که مست هستند، اما هنوز آگاه، همکار و قادر به راه رفتن‌اند، غیرخشن و عاری از هرگونه مشکل پزشکی (از جمله علائم ترک تهدیدکننده زندگی یا مشکلات پزشکی مشهود) هستند، و در غیراینصورت به بخش اورژانس یا زندان منتقل می‌شود یا به بخش اورژانس فرستاده شده‌اند و برای انتقال به مراکز هوشیاری مناسب تشخیص داده شده باشند.

درمان مجدد آسم: به اعضا کمک می‌کند تا با شناسایی، هماهنگی و تأمین خدمات و اصلاحات لازم در محیط خانه، سلامت، رفاه و ایمنی خود را تضمین کنند. این خدمات به فرد این امکان را می‌دهد که در خانه به‌طور مستقل و بدون دوره‌های حاد آسم که ممکن است منجر به نیاز به خدمات اورژانسی و بستری شدن در بیمارستان شود، عملکرد خود را ادامه دهد. ارجاع باید توسط یک متخصص مراقبت‌های سلامتی دارای مجوز امضا شود.

افراد واجد شرایط:

- اعضای مبتلا به آسم که بیماری‌شان به‌طور کامل کنترل نشده است (بر اساس مراجعه به بخش اورژانس، بستری شدن در بیمارستان، نظر دو پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) یا ویزیت در مراکز مراقبت فوری در 12 ماه گذشته، یا کسب نمره 19 یا کمتر در آزمون کنترل آسم) و ارائه‌دهنده دارای مجوز خدمات درمانی آنها گزارش کرده باشد که این خدمات می‌تواند به جلوگیری از بستری شدن مرتبط با آسم، مراجعه به بخش اورژانس یا دیگر خدمات پر هزینه کمک کند.
- محدودیت/موانع: بودجه پروژه مهار آسم باید قبل از تایید CS مورد بررسی و استفاده قرار گیرد. درمان مجدد آسم تنها یک‌بار در طول زندگی هر فرد امکان‌پذیر است و حداکثر \$7,500 قابل دسترسی می‌باشد. درمان مجدد آسم فقط یک‌بار دیگر قابل تأیید و انجام است. ارجاع‌دهنده باید مدارکی ارائه دهد که تغییرات قابل توجهی را توصیف کند تا شرایط لازم برای انجام اصلاحات اضافی به منظور تضمین سلامت، رفاه و ایمنی عضو فراهم شود. همچنین، این اصلاحات باید به گونه‌ای باشند که فرد بتواند با استقلال بیشتری در خانه زندگی کند و از بستری شدن در بیمارستان یا مراکز سالمندان جلوگیری شود.

تمامی حمایت‌های اجتماعی، به جز مراکز هوشیاری، نیاز به پیش‌تاییدیه از سوی Molina دارند.

اگر به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید بدانید کدام خدمات پشتیبانی ممکن است برای شما در دسترس باشد، لطفاً با شماره (888) 665-4621، شماره TTY: 711 یا با ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان تماس بگیرید.



F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما

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

F1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)

طرح انتقال به جامعه کالیفرنیا ((CCT)، با همکاری سازمان‌های اصلی محلی، به اعضای واجد شرایط 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 واجد شرایط 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. لیست سازمان‌های اصلی CCT و کانتی‌هایی که در آن خدمات خود را ارائه می‌دهد در وب سایت دپارتمان خدمات درمانی به آدرس زیر آورده شده است: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT

برای خدمات هماهنگ‌سازی انتقال CCT

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

برای خدمات غیرمرتبط به انتقال CCT شما

ارائه‌دهنده صورتحساب خدمات شما را برای ما ارسال می‌کند. طرح ما هزینه خدماتی را که پس از انتقال شما ارائه می‌شوند پرداخت می‌کند. برای این خدمات هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

در حالی که شما خدمات هماهنگ‌سازی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما هزینه خدمات فهرست‌شده در نمودار مزایا در بخش D را پوشش می‌دهیم.

عدم اعمال تغییرات به مزایای پوشش دارویی

برنامه CCT داروها را پوشش نمی‌دهد. مزایای دارویی معمولی را همچنان از طریق طرح ما دریافت خواهید کرد. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت‌های انتقالی غیر CCT نیاز داشتید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان تماس بگیرید تا مقدمات دریافت این خدمات را برای شما فراهم کند. خدمات انتقالی غیر CCT به خدمات غیر مرتبط با انتقال شما از یک مؤسسه یا مرکز گفته می‌شود.

F2. طرح دندانپزشکی Medi-Cal

برخی از خدمات دندانپزشکی از طریق Medi-Cal Dental قابل دسترس است. برای اطلاعات بیشتر، می‌توانید به وبسایت SmileCalifornia.org مراجعه کنید. طرح دندانپزشکی Medi-Cal شامل خدماتی مانند موارد زیر است اما به آنها محدود نمی‌شود:

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

جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص مزایای دندانپزشکی موجود در طرح دندانپزشکی Medi-Cal، یا در صورت نیاز به کمک برای یافتن دندانپزشکی که طرح دندانپزشکی Medi-Cal را بپذیرد، لطفاً با خط خدمات اعضا به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با 1-800-735-2922 تماس بگیرید). تماس با این شماره‌ها رایگان است. نمایندگان طرح دندانپزشکی Medi-Cal از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه برای ارائه کمک به شما و راهنمایی در دسترس می‌باشند. شما همچنین می‌توانید جهت کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت smilecalifornia.org/ مراجعه کنید.

در شهرستان‌های ساکرامنتو و لس آنجلس، می‌توانید از مزایای دندانپزشکی Medi-Cal از طریق یک طرح مدیریت‌شده مراقبت دندان (DMC) استفاده کنید. اگر به اطلاعات بیشتری درباره طرح‌های دندانپزشکی Medi-Cal نیاز دارید، در روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 قبل از ظهر تا 6:00 بعد از ظهر با خط تلفن گزینه‌های مراقبت‌های درمانی به شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید). تماس با این شماره‌ها رایگان است. اطلاعات تماس DMC در این آدرس ذکر شده است: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



F3. مراقبت در آسایشگاه بیماران لاعلاج

شما از حق انتخاب آسایشگاه بیماران لاعلاج برخوردارید، به شرطی که ارائه‌دهنده شما یا مدیر پزشکی آسایشگاه شما تشخیص دهد به بیماری درمان‌ناپذیری مبتلا دچار شده‌اید. به عبارت دیگر، شما باید مبتلا به یک بیماری لاعلاج باشید و انتظار بروید که کمتر از شش ماه دیگر زنده بمانید. می‌توانید از خدمات درمانی هر طرح آسایشگاه بیماران لاعلاجی که مورد تأیید Medicare باشد بهره‌مند شوید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاه بیماران لاعلاج دارای تأیید Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه بیماران لاعلاج شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده عضو یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد.

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

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

- ارائه‌دهنده صورت‌حساب خدمات شما را برای Medicare ارسال می‌کند. طرح Medicare هزینه خدمات آسایشگاهی مرتبط با تشخیص بیماری لاعلاج‌تان را برعهده می‌گیرد. برای این خدمات هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

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

- ارائه‌دهنده صورت‌حساب خدمات شما را برای Medicare ارسال می‌کند. طرح Medicare هزینه خدماتی که تحت پوشش بخش A یا B از Medicare هستند را پرداخت می‌کند. شما هیچ مبلغی بابت این خدمات نمی‌پردازید.

داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای بخش D از طرح Medicare قرار گیرند:

- داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران لاعلاج و طرح درمانی ما قرار نمی‌گیرد. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

توجه: اگر به بیماری جدی‌ای مبتلا هستید، شاید مشمول دریافت مراقبت تسکینی باشید، که طی آن به‌منظور بهبود کیفیت زندگی بیمار، خدمات مراقبت مبتنی بر تیم و خانواده محور به وی ارائه می‌شود. شما می‌توانید همزمان با دریافت مراقبت‌های درمانی یا معمول، از مراقبت‌های تسکینی هم بهره‌مند شوید. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش مراقبت‌های تسکینی در بالا مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت‌های انتقالی غیر آسایشگاه بیماران لاعلاج نیاز داشتید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان تماس بگیرید تا مقدمات دریافت این خدمات را برای شما فراهم کند. خدمات غیر آسایشگاه بیماران لاعلاج به خدمات غیرمرتبط با بیماری لاعلاج شما اطلاق می‌شود.

F4. خدمات حمایتی درون منزل (IHSS)

- برنامه IHSS به شما کمک می‌کند هزینه‌های خدماتی را که به‌منظور ایمن نگه داشتن شما در خانه به شما ارائه می‌شود پرداخت کنید.
- برنامه IHSS به عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند خانه‌های سالمندان یا مراکز پانسیون و مراقبت پرستاری در نظر گرفته می‌شود.
- انواع خدماتی که مجوز ارائه 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 پیرایش‌شکی)، همراهی طی قرار ملاقات‌های پزشکی، و نظارت حفاظتی برای معلولان ذهنی هستند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند خدمات IHSS را از سازمان خدمات اجتماعی شهرستان‌تان درخواست کنید. برای کسب اطلاعات درباره سازمان خدمات اجتماعی خاص هر شهرستان، لطفاً به وبسایت زیر مراجعه کنید

<https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices>

F5. برنامه‌های معافیت خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS) در سال 1915(c)

طرح معافیت زندگی‌کردن با کمک (ALW)

- معافیت زندگی‌کردن با کمک (ALW) به‌ذی‌نفعان واجد شرایط Medi-Cal اجازه می‌دهد که به جای اسکان بلند مدت 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 دوباره 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.



- اعضای که در طرح ALW شرکت می‌کنند می‌توانند حین عضویت در طرح ALW همچنان مزایایی را که طرح ما فراهم می‌کند دریافت کنند. طرح ما با همکاری سازمان هماهنگ‌کننده مراقبت ALW خدمات دریافتی شما را هماهنگ‌سازی می‌کنند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند برای شرکت در ALW اقدام کنید. برای کسب اطلاعات در مورد سازمان‌های هماهنگی مراقبت ALW، به آدرس dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf مراجعه کنید

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

معافیت برنامه خودمختاری (SDP) 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 مدت زمانی نامعلوم ادامه یابد. این دو معافیت راهی برای تأمین بودجه خدماتی هستند که به افراد مبتلا به ناتوانی‌های رشدی کمک می‌کنند به جای سکونت در مراکز بهداشت دارای گواهینامه در منزل‌شان یا در جامعه زندگی کنند. هزینه‌های این خدمات به‌صورت مشترک توسط برنامه دولت فدرال به نام Medicaid و دولت ایالتی کالیفرنیا تأمین می‌شود. هماهنگ‌کننده مراقبت 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 هستند فراهم می‌کند. یک تیم مدیریت درمان چند رشته‌ای متشکل از یک پرستار و مددکار اجتماعی مسئولیت ارائه خدمات مدیریت درمان را بر عهده دارند. این تیم خدمات طرح معافیت و طرح ایالتی (از جمله خدمات پزشکی، سلامت رفتاری، خدمات پشتیبانی در خانه، و سایر خدمات) را هماهنگ می‌کند، و مقدمات لازم را برای ارائه سایر خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدتی که در جامعه محلی در دسترس است فراهم می‌کند. خدمات مدیریت درمان و خدمات طرح معافیت در محل سکونت مبتنی بر جامعه شرکت‌کننده ارائه می‌شوند. این محل سکونت می‌تواند ملک شخصی باشد، از طریق اجاره تأمین شده باشد، یا محل سکونت یکی از اعضاء خانواده شرکت‌کننده باشد.
- اعضای که در طرح معافیت HCBA شرکت می‌کنند می‌توانند حین عضویت در طرح معافیت HCBA همچنان مزایایی را که طرح ما فراهم می‌کند دریافت کنند. طرح ما با همکاری سازمان طرح معافیت HCBA خدمات دریافتی شما را هماهنگ‌سازی می‌کنند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند برای شرکت در HCBA اقدام کنید. برای دریافت اطلاعات درباره سازمان‌های محلی HCBA، به آدرس [dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx) مراجعه نمایید

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 HIV 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 پرونده مددکاری تشکیل شده است. مدیران پرونده با همکاری شرکت‌کننده و ارائه‌دهنده (یا ارائه‌دهندگان) خدمات درمانی اولیه، و سایر ارائه‌دهندگان خدمات، نیازهای مراقبت درمانی را ارزیابی می‌کنند تا شرکت‌کننده را در خانه جامعه نگه دارند.
- اهداف MCWP عبارتند از: (1) 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؛ (2) کمک به مدیریت سلامت شرکت‌کنندگان مبتلا به اچ‌آی‌وی؛ (3) بهبود دسترسی به حمایت‌های سلامت اجتماعی و رفتاری و (4) هماهنگ‌سازی ارائه‌دهندگان خدمات و جلوگیری از دوباره‌کاری.
- اعضای که در طرح معافیت MCWP شرکت می‌کنند می‌توانند حین عضویت در طرح معافیت MCWP همچنان مزایایی را که طرح ما فراهم می‌کند دریافت کنند. طرح ما با همکاری سازمان طرح معافیت MCWP خدمات دریافتی شما را هماهنگ‌سازی می‌کنند.
- هماهنگ‌کننده خدمات درمانی‌تان می‌تواند به شما کمک می‌کند برای شرکت در MCWP اقدام کنید. برای دریافت فهرست کامل سازمان‌های MCWP، لطفاً به نشانی وبسایت cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx مراجعه کنید.



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 هماهنگی پیوسته پرونده را ارائه می‌کند، شرکت‌کنندگان را به دیگر خدمات و منابع اجتماعی مورد نیاز متصل می‌کند، با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی هماهنگ‌سازی می‌کند، و برخی خدمات مورد نیاز را که ممکن است در دسترس نباشند اما برای جلوگیری یا به‌تأخیر انداختن بستری‌شدن در مراکز سازمانی ضروری باشند خریداری می‌کند. جمع هزینه سالانه مدیریت درمان و سایر خدمات باید از هزینه دریافت خدمات در آسایشگاه‌های تخصصی کمتر باشد.
- تیمی از کارشناسان خدمات بهداشت و اجتماعی به‌منظور تعیین خدمات مورد نیاز ارزیابی کاملی از شرایط سلامتی و روانی اجتماعی شرکت‌کنندگان انجام می‌دهند. این تیم سپس با شرکت‌کنندگان MSSP، پزشکان، خانواده، و سایر بستگان آنها همکاری می‌کند تا طرح درمانی شخصی‌سازی‌شده‌ای را تدوین کند. خدمات این برنامه شامل این موارد هستند:
 - مدیریت درمان
 - مراقبت روزانه از بزرگسالان
 - تعمیر و نگهداری جزئی خانه
 - خدمات مکمل برای کارهای روزمره خانه، مراقبت شخصی، و نظارت حفاظتی
 - خدمات فرجه‌ای
 - خدمات حمل‌ونقل
 - مشاوره و خدمات درمانی
 - خدمات تعذیه
 - خدمات ارتباطی.
- اعضایی که در طرح معافیت MSSP شرکت می‌کنند می‌توانند حین عضویت در طرح معافیت MSSP همچنان مزایایی را که طرح ما فراهم می‌کند دریافت کنند. طرح ما با همکاری ارائه‌دهندگان خدمات MSSP خدمات دریافتی شما را هماهنگ‌سازی می‌کنند.
- هماهنگ‌کننده خدمات درمانی‌تان می‌تواند به شما کمک می‌کند برای شرکت در MSSP اقدام کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه‌دهندگان MSSP، به نشانی وبسایت https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Multipurpose_Senior_Services_Program/ مراجعه کنید

F6. خدمات سلامت رفتاری شهرستان که خارج از طرح ما ارائه می‌شود (سلامت روان و خدمات اختلال سوء مصرف مواد)

شما به خدمات سلامت رفتاری که از نظر پزشکی ضروری هستند و تحت پوشش Medicare و Medi-Cal قرار دارند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medicare و خدمات درمانی مدیریت‌شده Medi-Cal را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا خدمات مربوط به اختلال سوء مصرف مواد را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق سازمان‌های سلامت رفتاری شهرستان برای شما قابل دسترسی است.

اگر از نظر پزشکی واجد شرایط دریافت خدمات تخصصی بهداشت روان Medi-Cal باشید، خدمات تخصصی بهداشت روان Medi-Cal از طریق طرح بهداشت روان شهرستان (MHP) در دسترس شما خواهد بود. خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal که توسط MHP شهرستان شما ارائه می‌شود، شامل موارد زیر است:

- خدمات سلامت روان
- خدمات کمک دارویی
- مراقبت‌های ویژه درمانی روزانه
- خدمات توانبخشی در روز
- خدمات مداخله در مواقع بحران
- خدمات تثبیت‌سازی در مواقع بحران
- خدمات درمانی اقامتی بزرگسالان



- خدمات درمانی اقامتی در مواقع بحران
- خدمات تسهیلات سلامتی روانپزشکی
- خدمات بستری بیمارستانی روانپزشکی
- مدیریت پرونده هدفمند
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات رفتاری درمانی
- مراقبت از کودکان بی‌سرپرست
- هماهنگی مراقبت ویژه
- خدمات ویژه مراقبت خانگی

اگر واجد شرایط دریافت این خدمات باشید، خدمات سیستم تحویل سازمان‌یافته داروی Medi-Cal از طریق آژانس سلامت رفتاری شهرستان شما در دسترس خواهد بود. خدمات دارویی Medi-Cal که توسط طرح سلامت روان شهرستان‌تان ارائه می‌شوند عبارتند از:

- خدمات درمانی ویژه به بیمار ان سرپایی
- درمان اختلال سوء مصرف مواد در دوران بارداری
- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات برنامه درمانی مواد مخدر
- داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می‌شود)
- خدمات پشتیبانی همتایان

خدمات سیستم تحویل سازمان‌یافته داروی Medi-Cal عبارتند از:

- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات درمانی ویژه به بیمار ان سرپایی
- خدمات بستری جزئی در بیمارستان
- داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می‌شود)
- خدمات درمانی اقامتی
- خدمات مدیریت انصراف
- خدمات برنامه درمانی مواد مخدر
- خدمات بازیابی
- هماهنگی مراقبت‌ها
- خدمات پشتیبانی همتایان

علاوه بر خدمات فهرست‌شده در بالا، در صورتی که شرایط لازم را داشته باشید ممکن است به خدمات سم‌زدایی سرپایی داوطلبانه دسترسی داشته باشید.

طرح Molina Medicare Complete Care Plus دسترسی به بسیاری از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد را فراهم می‌کند. در وبسایت Molina Medicare Complete Care Plus یا از طریق تماس با خدمات اعضاء می‌توانید به فهرستی از ارائه‌دهندگان دسترسی پیدا کنید. برای دریافت یک نسخه از جدیدترین فهرست ارائه‌دهندگان/داروخانه‌ها یا برای دریافت کمک بیشتر در زمینه انتخاب ارائه‌دهنده سلامت رفتار، لطفاً با خدمات اعضاء تماس بگیرید. برای برخی خدمات ممکن است لازم باشد که مجوز قبلی دریافت کنید. شما یا ارائه‌دهنده خدمات سلامت رفتار شما یا PCP شما می‌توانید با توجه به فوریت خدمات درخواستی از طریق تلفن، فکس یا نامه از بخش مدیریت استفاده از خدمات درمانی Molina درخواست مجوز قبلی نمایید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه کدام خدمات به مجوز قبلی نیاز دارند لطفاً به نمودار مزایا در فصل 4 مراجعه کنید. خدمات درمانی مزبور باید ضروری محسوب شود. ضروری بودن به این معنی است که شما برای پیشگیری، تشخیص یا درمان مشکل پزشکی و حفظ بهداشت روان فعلی خود به خدمات نیاز داشته باشید. خدمات درمانی که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا آسایشگاه می‌شوند نیز خدمات ضروری محسوب می‌شود. این خدمات یا داروها باید مطابق با استانداردهای پزشکی و سلامت روان باشند.



اگر در حال دریافت خدمات هستید یا به دریافت خدمات تخصصی سلامت روان یا خدمات دارویی Medi-Cal نیاز دارید، که از طریق طرح خدمات بهداشت روان شهرستان (MHP) در اختیار شما قرار می‌گیرد، مدیران پرونده Molina Medicare Complete Care Plus می‌توانند شما را به منظور انجام ارزیابی به منابع شهرستان مربوطه ارجاع دهند. برای درخواست کمک و راهنمایی می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید مستقیماً با شهرستان تماس بگیرید. شماره‌های شهرستان مربوطه را در اطلاعات ارائه‌شده در پایین مشاهده کنید.

خدمات سلامت روان

دپارتمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس 1-800-854-7771
سیستم سلامت دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری 1-800-499-3008
دپارتمان سلامت رفتاری شهرستان سن برناردینو 1-888-743-1478
خدمات سلامت رفتاری شهرستان سن‌دیگو 1-888-724-7240

خدمات دارویی Medi-Cal

دپارتمان سلامت عمومی لس‌آنجلس 1-844-804-7500
سیستم سلامت دانشگاه ریورساید - سلامت رفتاری 1-800-499-3008
دپارتمان سلامت رفتاری شهرستان سن برناردینو 1-888-724-7240

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

این بخش اطلاعاتی را درباره مزایایی که از طرح ما کنار گذاشته شده‌اند ارائه می‌دهد. خدمات "کنار گذاشته شده" به مزایایی اطلاق می‌شود که ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم. طرح‌های Medicare و Medi-Cal نیز هزینه این مزیت‌ها را تحت پوشش قرار نمی‌دهد.

خدمات و اقلامی که طرح ما تحت هیچ شرایطی پوشش نمی‌دهد و برخی خدمات و اقلامی که طرح ما فقط در موارد خاص پوشش نمی‌دهد در فهرست زیر شرح داده شده‌اند.

ما هزینه مزایای پزشکی فهرست‌شده در این بخش (یا هر جای دیگری در این "کتابچه راهنمای اعضا") را پوشش نمی‌دهیم، مگر در شرایط خاصی که فهرست شده‌اند. حتی اگر خدمات را در یک مرکز اورژانسی دریافت کنید، طرح، هزینه خدمات را پرداخت نخواهد کرد. اگر تصور می‌کنید که طرح ما خدمت خاصی را که تحت پوشش نیست باید پوشش دهد، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای اطلاعات در مورد درخواست تجدید نظر، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

علاوه بر موارد کنار گذاشته شده یا محدودیت‌هایی 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 به عنوان خدمات تحت پوشش فهرست کنیم
- درمان‌های پزشکی و جراحی، اقلام و داروهای آزمایشی، مگر اینکه جزو اقلام Medicare باشند، یک مطالعه تحقیقاتی بالینی تأیید شده توسط Medicare باشند، 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 تلویزیون
- پرستاری تمام وقت در منزل شما
- هزینه‌های درخواستی از سوی بستگان نزدیک یا اعضای خانوار شما
- وعده‌های غذا با تحویل درب منزل شما
- رویه‌ها یا خدمات تقویتی 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 به‌علیل آسیب‌دیدگی ناشی از تصادف یا بهبود بخشی از بدن که ظاهر مناسبی ندارد ضروری باشد. با این حال، ما هزینه بازسازی سینه پس از ماستکتومی و همچنین هزینه درمان یکی از سینه‌ها به‌منظور مطابقت با سینه دیگر را پوشش می‌دهیم



- خدمات کایروپراکتیک، به استثنای درمان‌های دستی ستون فقرات طبق دستورالعمل‌های پوشش‌دهی
- مراقبت‌های معمول از پا، به جز مواردی که در خدمات پزشکی یا در نمودار مزایا در **بخش D** توضیح داده شده است
- کفش‌های ارتوپدی، مگر اینکه کفش‌ها بخشی از آتل پا باشند و هزینه آنها جزو هزینه آتل باشد، یا کفش‌ها برای فرد مبتلا به بیماری پای دیابتی باشد
- وسایل کمکی برای پا، به جز کفش‌های ارتوپدی یا درمانی برای افراد مبتلا به بیماری پا
- کراتوتومی رادیال (برش شعاعی قرنیه)، جراحی لازیک و سایر وسایل کمکی کم بینایی
- معکوس کردن عمل‌های عقیب‌سازی
- خدمات طبیعت درمانی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین)
- خدمات ارائه‌شده به کهنه‌سربازان در مراکز امور کهنه‌سربازان (VA). با این حال، وقتی کهنه‌سربازی در یکی از بیمارستان‌های VA خدمات اورژانسی دریافت می‌کند و پرداخت مشترک VA از پرداخت مشترک طرح ما بیشتر است، ما مابه‌تفاوت را به کهنه‌سرباز عودت می‌دهیم. شما همچنان مسئول مبالغ اشتراک هزینه خود هستید.



فصل 5: تهیه داروهای نسخه‌ای سرپایی

مقدمه

این بخش به توضیح قوانین مربوط به تهیه داروهای نسخه‌ای سرپایی شما می‌پردازد. این داروها شامل داروهایی هستند که ارائه‌دهنده شما برای شما تجویز می‌کند و شما آن‌ها را از داروخانه یا توسط پست دریافت می‌کنید. این داروها شامل داروهای تحت پوشش بخش D از طرح Medicare و Medi-Cal هستند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

علاوه بر این، هزینه داروهای زیر را هم پوشش می‌دهیم، گرچه در این فصل شرح داده نمی‌شوند:

- **داروهای تحت پوشش بخش A از Medicare.** این داروها معمولاً شامل داروهایی هستند که در زمانی که در بیمارستان یا مرکز پرستاری هستید به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت پوشش 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 کلینیک 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، در صورتی که در آسایشگاه بیماران لاعلاج Medicare باشید داروهای شما ممکن است تحت پوشش Original Medicare باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 5**، بخش F تحت عنوان "اگر در یکی از برنامه‌های آسایشگاه بیماران لاعلاج مورد تأیید Medicare هستید" مراجعه کنید.

قوانین پوشش دارویی سرپایی طرح ما

معمولاً تا زمانی که از مقررات این بخش پیروی کنید داروهای‌تان را پوشش می‌دهیم.

باید ارائه‌دهنده خدمات‌تان (پزشک، دندانپزشک، یا سایر تجویزکنندگان) نسخه‌ای را برای شما بنویسد، و این نسخه باید طبق قوانین ایالتی قابل‌اعمال معتبر باشد. این شخص معمولاً ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه (PCP) شما است. یا اگر توسط PCP خود برای دریافت خدمات درمانی به شخص دیگری ارجاع داده شده باشید، می‌تواند یک ارائه‌دهنده دیگر باشد.

تجویزکننده شما نباید در فهرست‌های مستثنی یا ممنوعه Medicare باشد.

به‌طور کلی برای دریافت نسخه‌تان باید از یکی از داروخانه‌های عضو شبکه استفاده کنید. یا می‌توانید نسخه خود را از طریق سرویس پست سفارشی طرح دریافت کنید.

داروهای نسخه‌ای شما باید در فهرست داروهای تحت پوشش طرح ما باشند. ما به اختصار به آن "لیست دارو" می‌گوییم. (به بخش B از این فصل مراجعه کنید.)

- اگر داروی مورد نظرتان در لیست دارو وجود ندارد، شاید از طریق ارائه 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 تحت استانداردهای هر دو طرح Medicare و Medi-Cal 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. تجویزکننده شما شاید بتواند به شما در شناسایی مراجع پزشکی جهت حمایت از مصرف درخواستی داروی تجویزی کمک کند.

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



102	A. تهیه داروهای نسخه‌ای
102	A1. تهیه داروهای نسخه‌ای در یکی از داروخانه‌های عضو شبکه
102	A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام دریافت داروی نسخه‌ای خود
102	A3. در صورت تغییر داروخانه عضو شبکه‌تان چه کاری باید انجام دهید
102	A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند چکار کنید
102	A5. استفاده از داروخانه تخصصی
103	A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها
103	A7. دریافت ذخیره بلند مدت داروها
104	A8. استفاده از داروخانه‌ای که عضو شبکه طرح ما نیست
104	A9. بازپرداخت هزینه‌ای که برای دریافت نسخه پرداخت کرده‌اید
104	B. لیست داروی طرح ما
104	B1. داروهای موجود در لیست داروی ما
105	B2. نحوه پیدا کردن یک دارو در لیست داروی ما
105	B3. داروهایی که در لیست داروی ما نیستند
106	B4. ردیف‌های هزینه لیست دارو
106	C. محدودیت‌های اعمال‌شده بر برخی داروها
107	D. دلایل این که داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد
107	D1. دریافت ذخیره موقت
108	D2. درخواست ذخیره موقت
108	D3. درخواست استثناء قائل‌شدن
109	E. تغییرات پوشش برای داروهای شما
110	F. پوشش دارویی در شرایط خاص
110	F1. در یک بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی برای اقامتی که طرح ما آن را پوشش می‌دهد
110	F2. در یک مرکز مراقبت طولانی مدت
110	F3. در یک برنامه آسایشگاه بیماران لاعلاج مورد تأیید Medicare
111	G. طرح‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها
111	G1. طرح‌هایی برای کمک به اعضاء در استفاده ایمن از داروها
111	G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای شما
112	G3. برنامه مدیریت دارو جهت استفاده ایمن از داروهای شبه مخدر

A. تهیه داروهای نسخه‌ای**A1. تهیه داروهای نسخه‌ای در یکی از داروخانه‌های عضو شبکه**

در بیشتر موارد، ما هزینه نسخه را تنها زمانی پرداخت می‌کنیم که از یکی از داروخانه‌های عضو شبکه‌مان تهیه شود. داروخانه‌های عضو شبکه به داروخانه‌هایی گفته می‌شود که با پیچیدن نسخه‌های اعضاء طرح ما موافقت کرده‌اند. به هرکدام از داروخانه‌های عضو شبکه که تمایل داشته باشید می‌توانید مراجعه کنید.

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

A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام دریافت داروی نسخه‌ای خود

جهت تهیه داروی نسخه‌ای، کارت شناسایی عضویت خود را در داروخانه عضو شبکه نشان دهید. داروخانه عضو شبکه صورتحسابی را برای ما ارسال می‌کند تا سهممان از هزینه داروی نسخه‌ای تحت پوشش شما را پردازیم. شاید لازم باشد هنگام دریافت نسخه خود بخشی از هزینه را به داروخانه پرداخت کنید.

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

اگر هنگام تهیه نسخه، کارت شناسایی عضو یا BIC خود را همراه نداشتید، از داروخانه بخواهید تا برای دریافت اطلاعات لازم با ما تماس بگیرد یا می‌توانید از داروخانه بخواهید تا اطلاعات ثبت‌نامی شما را جستجو کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل نسخه را هنگام تحویل گرفتن آن پردازید. سپس می‌توانید از ما درخواست کنید که مبلغ را به شما عودت دهیم. اگر نمی‌توانید هزینه دارو را پرداخت کنید، فوراً با خدمات اعضاء تماس بگیرید. ما از هیچ تلاشی برای کمک به شما فروگذاری نمی‌کنیم.

- اگر می‌خواهید از ما درخواست کنید هزینه‌ها را به شما باز گردانیم، به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر برای دریافت داروهای نسخه‌ای‌تان به راهنمایی نیاز داشتید، می‌توانید با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

A3. در صورت تغییر داروخانه عضو شبکه‌تان چه کاری باید انجام دهید

اگر داروخانه‌تان را تغییر دادید و نیازمند پر کردن مجدد نسخه‌تان هستید، می‌توانید از ارائه‌دهنده‌ای درخواست کنید نسخه جدیدی را برای شما بنویسد، یا از داروخانه‌تان درخواست کنید نسخه را برای داروخانه جدید ارسال کند.

اگر برای تغییر داروخانه عضو شبکه به راهنمایی نیاز داشتید، می‌توانید با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت 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 داروخانه عضو شبکه جدیدی را پیدا کنید.

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

A5. استفاده از داروخانه تخصصی

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

- داروخانه‌هایی که داروهای مورد استفاده برای تزریق در منزل را تأمین می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهای مراکز نگهداری بلند مدت مانند آسایشگاه سالمندان را ارائه می‌کنند.
 - به‌طور معمول، مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی بلندمدت خودشان داروخانه دارند. اگر ساکن یک مرکز مراقبت طولانی مدت هستید، اطمینان حاصل می‌کنیم که می‌توانید داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه مرکز تهیه کنید.
 - اگر داروخانه مرکز مراقبت طولانی مدت شما در شبکه ما نیست یا در دریافت داروی خود در یک مرکز مراقبت طولانی مدت مشکل دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



- داروخانه‌هایی که به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی سرخپوستان (IHCP) و همچنین به داروخانه‌های سازمان شهری سرخپوستان (UIO) خدمات ارائه می‌دهند، شامل خدمات مرتبط با برنامه سلامت سرخپوستان/سلامت قبیله‌ای/شهری سرخپوستان می‌باشند. به جز در شرایط اضطراری، فقط آمریکایی‌های اصیل یا بومی‌های آلاسکا می‌توانند از این داروخانه‌ها استفاده کنند.
 - داروخانه‌هایی که داروهای ممنوع‌شده توسط سازمان غذا و دارو را به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا نیاز به جابجایی خاص، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش نحوه استفاده از آن‌ها را دارند. (توجه: این سناریو به ندرت اتفاق می‌افتد.)
- برای پیدا کردن داروخانه‌های تخصصی، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها نگاه کنید، به وبسایت ما مراجعه کنید یا با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها

برای انواع خاصی از داروها می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما استفاده کنید. به طور کلی داروهایی که از طریق سفارش پستی در دسترس هستند شامل داروهایی هستند که شما آن‌ها را به صورت مداوم جهت درمان مشکلات پزشکی مزمن یا بلند مدت مصرف می‌کنید. داروهایی که از طریق سرویس سفارش پستی طرح ما در دسترس نیستند، در لیست دارویی ما با عبارت "NM" مشخص شده‌اند.

خدمات سفارش پستی طرح ما به شما امکان می‌دهد حداقل برای یک دوره 31 روزه، و حداکثر به مدت 100 روز، داروی خود را سفارش دهید. فرانشیز ذخیره 100 روزه معادل فرانشیز ذخیره یک ماهه است.

تهیه داروهای نسخه‌ای از طریق پست

جهت دریافت فرم سفارش و اطلاعات مربوط به تهیه داروی نسخه‌ای از طریق پست، لطفاً با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

معمولاً داروی نسخه‌ای سفارش پستی ظرف 14 روز به دست شما می‌رسد. اگر نیاز فوری دارید یا زمان تحویل از این فراتر رفت، لطفاً برای دریافت کمک در زمینه تهیه ذخیره‌ای موقت از داروهای نسخه‌ای‌تان با خدمات اعضاء تماس بگیرید (شماره‌های تماس با خدمات اعضاء روی جلد پستی این کتابچه درج شده‌اند).

روال سفارش پستی

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

1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می‌کند

داروخانه نسخه‌هایی جدیدی را که از شما دریافت می‌کنید به صورت خودکار می‌پیچد و به شما تحویل می‌دهد.

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

پس از اینکه داروخانه نسخه‌ای را از ارائه‌دهنده خدمات سلامت دریافت کرد، با شما تماس می‌گیرد و از شما می‌پرسد که آیا می‌خواهید نسخه فوراً پیچیده شود یا به زمان دیگری موکول شود.

- این تماس فرصتی در اختیار شما قرار می‌دهد تا اطمینان حاصل کنید که داروخانه داروی صحیح را به شما تحویل می‌دهد (از جمله دوز، مقدار و نوع آن) و، در صورت نیاز، پیش از وقوع رویداد زیر آن را به تعویق اندازید یا لغو کنید:
- هر بار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد تماس را جواب دهید، و به آنها بگویید که با نسخه جدید چه کار کنند تا از هرگونه تأخیر در ارسال جلوگیری شود.

3. تکرار نسخه‌های سفارش پستی

برای تکرار نسخه، (14) روز قبل از اینکه نسخه فعلی‌تان تمام شود با داروخانه‌تان تماس بگیرید تا مطمئن شوید که سفارش بعدی‌تان به موقع به دست‌تان می‌رسد. در صورت مواجهه با مشکل و نیاز به راهنمایی، لطفاً با هماهنگ‌کننده مراقبت خود به شماره (855) 665-4627، شماره TTY: 711.

به داروخانه اطلاع دهید که بهترین شیوه تماس با شما به چه شیوه‌ای است، تا قبل از ارسال بتوانند با شما تماس بگیرند و سفارش‌تان را تأیید کنند.

A7. دریافت ذخیره بلند مدت داروها

می‌توانید ذخیره‌ای بلند مدت از داروهای همیشگی‌تان را که در لیست دارویی طرح ما وجود دارند دریافت کنید. داروهای بلندمدت داروهایی هستند که شما آن‌ها را به صورت مداوم برای یک بیماری مزمن یا برای بلند مدت مصرف می‌کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



بعضی از داروخانه‌های عضو شبکه به شما این امکان را می‌دهد ذخیره‌ای بلندمدت از داروهای همیشگی را دریافت کنید. پرداختی بیمار برای ذخیره 31 روزه به اندازه ذخیره یک ماهه است. در فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها ذکر شده است که کدام داروخانه‌ها می‌تواند یک ذخیره بلند مدت از داروهای همیشگی را در اختیار شما قرار دهد. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان 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 همیشگی را دریافت کنید. به‌منظور کسب اطلاعات درباره خدمات سفارش پستی، به قسمت A6 مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه‌ای که عضو شبکه طرح ما نیست

به طور 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 عضو شبکه نباشید. ما داروخانه‌های عضو شبکه‌ای خارج از محدوده خدمات‌رسانی خود داریم که شما به عنوان یکی از اعضای طرح ما می‌توانید نسخه خود را از آنجا دریافت کنید. در این شرایط لطفاً ابتدا با هماهنگ‌کننده خود یا خدمات اعضا تماس بگیرید تا مطمئن شوید که داروخانه عضو شبکه‌ای در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر. ممکن است از شما خواسته شود مابه‌التفاوت بین مبلغی که برای دارو در داروخانه‌های خارج از شبکه پرداخت می‌کنید و مبلغی که در داروخانه‌های عضو شبکه پرداخت می‌کنید را خودتان پرداخت کنید.

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

- اگر نسخه مربوط به خدمات درمانی فوری باشد
- اگر نسخه به شرایط پزشکی اورژانسی مرتبط باشد
- پوشش به ذخیره 31 روز محدود می‌شود، مگر اینکه نسخه برای بازه زمانی کوتاهتری نوشته شده باشد

A9. بازپرداخت هزینه‌ای که برای دریافت نسخه پرداخت کرده‌اید

اگر لازم باشد داروی نسخه‌ای خود را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید، معمولاً باید هزینه کامل را در هنگام دریافت دارو پرداخت کنید. می‌توانید از ما درخواست کنید مبلغ را به شما عودت دهیم.

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

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

B. لیست داروی طرح ما

طرح ما دارای فهرست داروهای تحت پوشش است. ما به اختصار به آن "لیست دارو" می‌گوییم.

ما داروهای لیست دارو را به کمک تیمی از پزشکان و داروسازان تهیه می‌کنیم. در لیست دارو همچنین قوانین خاصی که برای دریافت داروهای‌تان باید از آنها پیروی کنید شرح داده شده‌اند.

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

B1. داروهای موجود در لیست داروی ما

لیست داروی ما شامل داروهای تحت پوشش بخش D از Medicare است.

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

لیست دارویی ما شامل داروهای مارکدار، داروهای بدون مارک، و محصولات بیولوژیکی است (که ممکن است بیوسیمیلارها را نیز در بر بگیرد).

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



یک داروی مارکدار، دارویی است که با نام تجاری متعلق به سازنده دارو فروخته می‌شود. محصولات بیولوژیکی نسبت به داروهای معمولی پیچیده‌تر هستند. در لیست دارویی ما، وقتی به "داروها" اشاره می‌کنیم، این می‌تواند به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای بدون‌مارک دارای ترکیبات فعالی مشابه داروهای مارکدار هستند. محصولات بیولوژیکی جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. به طور کلی، داروهای بدون‌مارک و بیوسیمیلارها به همان خوبی داروهای مارکدار یا محصولات بیولوژیکی عمل می‌کنند و معمولاً هزینه کمتری دارند. جایگزین‌های دارویی بدون‌مارک برای بسیاری از داروهای مارکدار و جایگزین‌های مشابه بیوسیمیلار برای برخی از محصولات بیولوژیکی اصلی موجود هستند. برخی از بیوسیمیلارها، بیوسیمیلارهای قابل‌تعویضی هستند و بسته به قانون ایالتی، ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه شوند، درست مانند داروهای بدون‌مارک که می‌توانند جایگزین داروهای مارکدار شوند.

برای مشاهده تعاریف انواع داروهایی که ممکن است در لیست دارو باشند به **فصل 12** مراجعه کنید.

همچنین در طرح ما داروها و محصولات OTC خاص تحت پوشش قرار می‌گیرد. برخی داروهای OTC ارزان‌تر از داروهای نسخه‌ای می‌باشد اما به همان میزان مؤثر است. جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

B2. نحوه پیدا کردن یک دارو در لیست داروی ما

برای پیدا کردن داروها در لیست دارویی ما، می‌توانید:

- جدیدترین لیست دارویی را که از طریق پست برای شما ارسال کردیم بررسی کنید.
- به وبسایت طرح ما به آدرس زیر مراجعه کنید: MolinaHealthcare.com/Medicare. لیست دارو موجود در وبسایت ما همیشه به‌روز است.
- برای اطلاع از وجود یک دارو در لیست دارویی ما یا درخواست نسخه‌ای از این لیست، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروهایی که تحت پوشش بخش D نیستند ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx به آدرس (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) رجوع کنید.
- از "ابزار مزایای آنلاین" در وبسایت Caremark.com استفاده کنید یا با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا خدمات اعضا تماس بگیرید. با این ابزار می‌توانید با جستجوی داروهای موجود در لیست دارو هزینه‌ای را که باید بپردازید برآورد کنید و از وجود داروهایی جایگزینی در لیست دارو که قادر به درمان همان عارضه باشند مطلع شوید.

B3. داروهایی که در لیست دارویی ما نیستند

ما همه داروهای نسخه‌ای را پوشش نمی‌دهیم. برخی از داروها در لیست دارویی ما نیستند زیرا قانون به ما اجازه نمی‌دهد آن داروها را پوشش دهیم. در برخی موارد نیز، تصمیم می‌گیریم دارویی را در لیست دارویی‌مان قرار ندهیم.

طرح ما برای انواع داروهای ذکر شده در این بخش هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. به این موارد داروهای مستثنی‌شده گفته می‌شود. اگر یکی از داروهای مستثنی‌شده برای شما تجویز شود، شاید لازم باشد خودتان هزینه آن را پرداخت کنید. اگر بر این باورید که با توجه به شرایطی که دارید ما باید هزینه داروی مستثنی‌شده را بپردازیم، درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

مقررات کلی برای داروهای مستثنی‌شده عبارتند از:

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 می‌دهد، هزینه پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت پوشش بخش A یا بخش B از Medicare را به صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها بخشی از مزایای داروهای نسخه‌ای سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
2. طرح ما نمی‌تواند دارویی که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن خریداری شده است را تحت پوشش قرار دهد.
3. مصرف دارو باید توسط FDA تأیید شده باشد یا مراجع پزشکی خاص آن را به عنوان درمانی برای بیماری شما تأیید کرده باشند. پزشک شما ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان این بیماری تأیید نشده باشد. به این موارد، استفاده "فاقد تأیید رسمی" گفته می‌شود. طرح ما معمولاً داروهایی را که فاقد تأیید رسمی هستند تحت پوشش قرار نمی‌دهد.



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

- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
- داروهای مورد استفاده برای تسکین سرفه یا علائم سرماخوردگی*
- داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا برای تقویت رشد موی سر
- ویتامین‌ها و مواد معدنی تجویزی، به جز ویتامین‌های دوران بارداری و فلوراید*
- داروهای مورد استفاده برای درمان ناتوانی جنسی یا اختلال نعوظ
- داروهای مورد استفاده برای درمان کم‌اشتهایی، کاهش وزن یا افزایش وزن*
- داروهای سرپایی ساخت شرکت‌هایی که می‌گویند حتماً باید تست‌ها یا خدماتی که فقط خودشان ارائه می‌دهند را انجام دهید

*داروهای انتخابی ممکن است توسط Medi-Cal تحت پوشش قرار گیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx به آدرس www.medi-calrx.dhcs.ca.gov مراجعه کنید.

B4. ردیف‌های هزینه لیست دارو

همه داروهای موجود در لیست داروی ما در یکی از ردیف‌های دارویی قرار دارند. هر ردیف شامل داروهایی از یک خانواده می‌باشد (برای مثال، داروهای مارکدار، بدون‌مارک، یا بدون نسخه OTC). به طور کلی، هر چه ردیف هزینه بالاتر باشد، هزینه پرداختی شما برای دارو هم بیشتر است. برای اطلاع درباره ردیف اشتراک هزینه داروی خود، آن را در لیست دارو جستجو کنید.

فصل 6 کتابچه راهنمای اعضا مبلغی را که برای دارو در هر ردیف پرداخت می‌کنید مشخص کرده است.

C. محدودیت‌های اعمال‌شده بر برخی داروها

طرح ما از مقررات ویژه‌ای پیروی می‌کند که زمان و نحوه پوشش‌دهی برخی داروهای نسخه‌ای خاص را محدود می‌کنند. به‌طور کلی، مقررات ما شما را ترغیب می‌کند دارویی را دریافت کنید که برای شرایط پزشکی شما جواب می‌دهد و ایمن است. هنگامی که یک داروی ایمن و کم‌هزینه به خوبی همان دارو با اشتراک هزینه بالاتر عمل می‌کند، از ارائه‌دهنده شما انتظار داریم داروی ارزان‌تر را تجویز کند.

اگر مقررات ویژه‌ای برای داروی شما وجود دارد، معمولاً به این معنی است که شما یا ارائه‌دهنده شما باید مراحل بیشتری را انجام دهید تا ما آن را دارو را تحت پوشش قرار دهیم. 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 ارائه‌دهنده شما فکر می‌کنید مقررات ما نباید در شرایط فعلی شما اعمال شود، از ما درخواست کنید که استثناء قائل شویم. ما شاید با اینکه بدون طی کردن مراحل اضافی از دارو استفاده کنید موافقت کنیم یا نکنیم.

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

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

- در صورت وجود داروی بدون‌مارک، معمولاً ما هزینه داروهای مارکدار را پرداخت نمی‌کنیم.
- با این حال، اگر ارائه‌دهنده شما دلیلی پزشکی مبنی بر موثر نبودن داروهای بدون‌مارک را به ما ارائه دهد، یا روی نسخه شما برای داروی مارکدار عبارت "بدون جایگزین" را بنویسد، یا دلیلی پزشکی مبنی بر موثر بودن داروهای مارکدار یا سایر داروهای تحت پوشش برای شما را به ما ارائه دهد، ما داروی مارکدار را تحت پوشش قرار می‌دهیم.

2. دریافت تأییدیه 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 تحت پوشش قرار ندهیم.



3. نخست امتحان کردن دارویی متفاوت

به طور کلی، ما از شما می‌خواهیم قبل از پوشش داروهایی که هزینه بیشتری دارند، داروهای ارزان‌تری را امتحان کنید که به همان اندازه مؤثر هستند. به عنوان مثال، اگر کارایی هر دو داروی A و B برای درمان بیماری یکسان باشد 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 مؤثر نباشد، سپس داروی B را تحت پوشش قرار می‌دهیم. به این روش درمان مرحله‌ای می‌گویند.

4. محدودیت تعداد

برای برخی داروها، ما بر تعداد دارویی که می‌توانید دریافت کنید محدودیت اعمال می‌کنیم. این امر، محدودیت تعداد نامیده می‌شود. به عنوان مثال، ممکن است با هر نسخه تنها تعداد محدودی از یک دارو در اختیار شما قرار گیرد.

برای کسب اطلاع از اینکه آیا مقررات بالا به دارویی که مصرف می‌کنید یا می‌خواهید مصرف کنید اعمال می‌شود یا خیر، لیست داروی ما را بررسی کنید. برای اطلاع از جدیدترین اطلاعات، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا اینکه وب سایت ما به آدرس molinahealthcare.com/medicare را بررسی کنید. اگر به هر دلیلی با تصمیم ما درباره پوشش‌دهی مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر ارائه دهید. لطفاً به فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

D. دلایل این که داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد

ما سعی می‌کنیم پوشش دارویی را متناسب با شرایط شما تعیین کنیم، اما گاهی اوقات ممکن است داروی مورد نظر شما تحت پوشش قرار نگیرد. برای مثال:

- طرح ما دارویی که می‌خواهید مصرف کنید را پوشش نمی‌دهد. دارو ممکن است در لیست داروی ما نباشد. ما ممکن است نوع بدون‌مارک دارو را پوشش دهیم، اما نوع مارک‌دار دارویی را که می‌خواهید مصرف کنید پوشش ندهیم. دارویی ممکن است جدید باشد، و ما هنوز آن را از نظر ایمنی و اثربخشی بررسی نکرده باشیم.
 - طرح ما دارو را تحت پوشش قرار می‌دهد، اما مقررات یا محدودیت‌های ویژه‌ای بر پوشش‌دهی دارو اعمال می‌شوند. همانطور که در بخش بالا شرح داده شد، برخی از داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد مقرراتی دارند که استفاده از آنها را محدود می‌کند. در برخی موارد، شما یا تجویزکننده شما شاید بخواهید از ما درخواست کنید که استثنای قائل شویم.
- اگر دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، می‌توانید اقداماتی را انجام دهید.

D1. دریافت ذخیره موقت

در برخی موارد، وقتی دارویی در لیست داروی ما نیست یا به‌شيوه‌ای محدود شده است، می‌توانیم ذخیره موقتی از داروها را در اختیار شما قرار دهیم. بدین‌ترتیب شما فرصتی خواهید یافت تا با ارائه‌دهنده خود درباره استفاده از دارویی متفاوت صحبت کنید یا از ما بخواهید دارو را پوشش دهیم.

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

1. دارویی که مصرف می‌کنید:
 - دیگر در لیست دارویی ما نباشد، یا
 - هرگز در لیست دارویی ما نبوده باشد، یا
 - اکنون به نوعی محدود شده است.
2. باید در یکی از این شرایط باشید:
 - سال گذشته عضو طرح ما بوده باشید.
 - ما ذخیره موقت داروی شما را طی (100) روز اول سال تقویمی پوشش می‌دهیم.
 - این ذخیره موقت برای حداکثر تا (31) روز است.
 - اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه چند بار دریافت مجدد نسخه را برای حداکثر تا (31) روز مداوم به شما می‌دهیم. باید داروهای نسخه‌ای را در یکی از داروخانه‌های شبکه تهیه کنید.
 - داروخانه‌های مراقبت بلند مدت ممکن است برای جلوگیری از هدر رفتن، در هر برهه زمانی مقادیر کمی از داروی تجویزی شما را ارائه دهند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



- جدیداً عضو طرح ما شده باشید.
- ما ذخیره موقت داروی شما را طی (100) روز اول عضویتتان در طرح خود پوشش می‌دهیم.
- این ذخیره موقت برای حداکثر تا 31 روز است.
- اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه چند بار دریافت مجدد نسخه را برای حداکثر تا 31 روز مداوا به شما می‌دهیم. باید داروهای نسخه‌ای را در یکی از داروخانه‌های عضو شبکه تهیه کنید.
- داروخانه‌های مراقبت بلند مدت ممکن است برای جلوگیری از هدر رفتن، در هر برهه زمانی مقادیر کمی از داروی تجویزی شما را ارائه دهند.
- شما بیش از (100) روز در برنامه ما بوده‌اید، در یک مرکز مراقبت بلند مدت 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 تحت پوشش قرار می‌دهیم. این افزون بر ذخیره موقت ذکر شده در بالا است.
- لطفاً توجه داشته باشید که سیاست جابجایی ما فقط در مورد داروهایی کاربرد دارد که در لیست "داروهای بخش D" قرار داشته باشند و از داروخانه‌های عضو شبکه خریداری شده باشند. سیاست جابجایی برای خرید داروهایی که در لیست بخش D قرار ندارند یا خرید دارو از ارائه‌دهنده خارج شبکه اعمال نمی‌شود، مگر اینکه شما واجد شرایط دسترسی به خارج از شبکه باشید.

D2. درخواست ذخیره موقت

برای درخواست ذخیره موقت لطفاً با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

وقتی ذخیره موقت دارویی را دریافت می‌کنید، در سریع‌ترین زمان ممکن با ارائه‌دهنده خود درباره اینکه هنگام تمام شدن ذخیره‌تان چه کار باید بکنید مشورت کنید. در اینجا انتخاب‌هایی برای شما وجود دارد:

- دارو را تغییر دهید.
- طرح ما ممکن است داروی متفاوتی را که برای شما موثر است تحت پوشش قرار دهد. با خدمات اعضاء تماس بگیرید تا لیستی از داروهایی را که تحت پوشش ما هستند و همان بیماری را درمان می‌کنند، درخواست کنید. این لیست به ارائه‌دهنده شما کمک می‌کند داروهای تحت پوششی را که برای شما موثر هستند پیدا کند.

یا

- از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم.

شما و ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. به‌عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در لیست دارویی ما نیست پوشش دهیم یا از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌دهنده خدمات شما بگوید که دلیل پزشکی قاطعی برای استثناء قائل‌شدن برای شما وجود دارد، می‌توانند به شما کمک کنند که برای استثناء قائل‌شدن درخواست دهید.

D3. درخواست استثناء قائل‌شدن

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

- در صورتیکه پوشش‌دهی داروهای شما برای سال آینده تغییر کند به شما اطلاع می‌دهیم. از ما بخواهید که استثناء قائل شویم و سال آینده دارو را آنطور که می‌خواهید پوشش دهیم.
 - ما در عرض 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما (یا بیانیه پشتیبان تجویزکننده شما)، تصمیم خود را اعلام خواهیم کرد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناء قائل‌شدن، به فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر برای درخواست استثناء قائل‌شدن به راهنمایی نیاز داشتید، می‌توانید با خدمات اعضاء یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.



E. تغییرات پوشش برای داروهای شما

اکثر تغییرات اعمال‌شده به نحوه پوشش‌دهی داروها در 1 ژانویه اعمال می‌شوند، اما در طول سال هم ممکن است حذف و اضافه‌هایی به لیست داروی‌مان داشته باشیم. همچنین ممکن است قوانین خود را در مورد داروها تغییر دهیم. به عنوان مثال، ممکن است:

- تصمیم بگیریم دریافت پیش‌تاییدیه (دریافت مجوز از ما قبل از اینکه دارویی را دریافت کنید) را برای دارویی الزامی کنیم یا از حالت الزامی خارج کنیم.
- مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید اضافه کنیم یا تغییر دهیم (محدودیت در مقدار).
- محدودیت‌های درمان مرحله ای دارو را بیشتر کنیم یا تغییر دهیم (نخست باید دارویی را امتحان کنید، تا داروی دیگری را تحت پوشش قرار دهیم).

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

اگر دارویی را دریافت کنید که در ابتدای سال پوشش می‌دادیم، به‌طور کلی پوشش‌دهی آن دارو را طی باقیمانده سال تغییر نمی‌دهیم، مگر اینکه:

- داروی جدید و ارزان‌تری به بازار بیاید که به خوبی دارویی که هم اکنون در لیست دارویی ما قرار دارد، عمل کند، یا
- ما تشخیص دهیم که دارویی ایمن نیست، یا
- دارویی از بازار جمع آوری شود.

اگر پوشش‌دهی دارویی که در حال حاضر مصرف می‌کنید تغییر کند، چه اتفاقی خواهد افتاد؟

برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره اینکه هنگامی که لیست داروی‌مان را تغییر می‌دهیم چه کاری باید انجام دهید، همیشه می‌توانید:

- لیست داروی فعلی ما را به صورت آنلاین در www.MolinaHealthcare.com/Medicare مشاهده کنید یا
- برای مرور لیست داروی فعلی ما از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

تغییراتی که ممکن است طی سال طرح جاری به لیست دارو اعمال کنیم و شما را تحت تأثیر قرار دهد

برخی تغییرات اعمال‌شده به لیست دارو به‌صورت آنی رخ می‌دهند. برای مثال:

- داروی بدون‌مارک جدیدی در دسترس قرار بگیرد. بعضی مواقع داروی بدون‌مارک یا بیوسیمیلار جدیدی به بازار عرضه می‌شود که تأثیر آن مشابه یک داروی مارک‌دار یا محصول بیولوژیکی اصلی موجود در لیست 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 یا کاهش می‌یابد.

هنگامیکه یک داروی بدون‌مارک جدید را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی مارک‌دار همچنان در لیست 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 را که اعمال کرده‌ایم به محض اعمال برای شما ارسال خواهیم کرد.
- شما یا ارائه‌دهنده شما می‌توانید از ما درخواست کنید که از این تغییرات "مستثنی" شوید. ما اطلاعات مربوط به اقدامات مورد نیاز 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.

- دارویی 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 لیست دارویی خود حذف می‌کنیم. اگر دارو را مصرف می‌کنید، پس از انجام تغییر برای شما خطاریه ارسال می‌شود.

ممکن است تغییرات دیگری را به لیست دارو اعمال کنیم که بر دارویی که مصرف می‌کنید اثر بگذارند.

تغییرات دیگر لیست داروی‌مان را از قبل به شما اطلاع می‌دهیم. این تغییرات ممکن است در شرایط زیر رخ دهند:

- سازمان غذا و دارو دستورالعمل جدیدی را ارائه کند یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی درباره دارویی منتشر شود.
- وقتی این تغییرات رخ می‌دهند:

- حداقل 30 روز قبل از اینکه تغییر را به لیست دارویی خود اعمال کنیم، به شما اطلاع می‌دهیم یا
- به شما اطلاع خواهیم داد و پس از اینکه برای دریافت مجدد دارو درخواست دهید، ذخیره‌ای (31) روزه از دارو را به شما ارائه می‌دهیم.



طی این مدت شما زمان کافی را برای مشورت با پزشکتان یا سایر تجویزکنندگان در اختیار دارید. ایشان می‌توانند در زمینه تصمیم‌گیری در خصوص این موارد به شما کمک کنند:

- آیا داروی مشابهی در لیست دارو وجود دارد که بتوانید آن را جایگزین کنید، یا
- آیا برای ادامه پوشش دارو یا نسخه‌ای که مصرف می‌کنید نیاز به درخواست استثناء از این تغییرات داشته باشید، باید اقدام کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناء، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اعمال تغییراتی به لیست دارویی که در طول سال جاری طرح بر شما تأثیری ندارد

ممکن است تغییراتی به داروهای مصرفی شما اعمال می‌شود که در قسمت بالا توضیح داده نشد و در وضعیت کنونی شما تأثیری نداشته باشد. در خصوص چنین تغییراتی، اگر از دارویی استفاده می‌کنید که در ابتدای سال آن را پوشش می‌دادیم، به‌طور کلی پوشش‌دهی آن دارو را **طی باقیمانده سال تغییر نمی‌دهیم**.

به‌عنوان مثال، اگر دارویی را که مصرف می‌کنید تغییر دهیم یا استفاده از آن را محدود کنیم، این تغییرات تا آخر سال به استفاده شما از آن دارو اعمال نمی‌شوند.

اگر هر یک از این تغییرات به دارویی که مصرف می‌کنید اعمال شود (به جز تغییرات ذکر شده در بخش بالا)، چنین تغییراتی تا 1 ژانویه سال بعد بر مصرف داروی شما تأثیری نخواهند داشت.

ما به طور مستقیم در مورد این نوع تغییرات در طول سال جاری به شما اطلاع نمی‌دهیم. شما باید لیست دارو برای سال آتی طرح را بررسی کنید (زمانی که لیست در طول دوره ثبت‌نام آزاد در دسترس است) تا ببینید آیا تغییراتی وجود دارد که در طول سال آتی طرح بر شما تأثیر بگذارد یا خیر.

F. پوشش دارویی در شرایط خاص

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

اگر برای اقامتی که طرح ما آن را پوشش می‌دهد در بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی بستری می‌شوید، ما به طور کلی هزینه داروهای تجویزی شما را در طول اقامتتان پوشش می‌دهیم. شما هیچ بخشی از هزینه را نمی‌پردازید. هنگامی که شما بیمارستان یا آسایشگاه تخصصی را ترک کردید، تا زمانی که داروها همه قوانین پوشش ما را دارا باشند، داروهای شما را تحت پوشش قرار می‌دهیم.

F2. در یک مرکز مراقبت طولانی مدت

معمولاً مراکز مراقبت طولانی مدت، مانند آسایشگاه سالمندان، داروخانه مخصوص به خود یا داروخانه‌ای دارد که داروهای تمامی ساکنانش را تأمین می‌کند. اگر در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید، در صورتی که عضوی از شبکه ما باشد، می‌توانید داروهای نسخه‌ای خود را از طریق داروخانه آن مرکز دریافت کنید.

برای اطلاع از اینکه آیا داروخانه آن مرکز مراقبت طولانی مدت عضوی از شبکه ما است یا خیر، فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها را بررسی کنید. اگر داروخانه مربوطه در این فهرست نبود یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشتید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F3. در یک برنامه آسایشگاه بیماران لاعلاج مورد تأیید Medicare

داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران لاعلاج و طرح درمانی ما قرار نمی‌گیرد.

- ممکن است در یک آسایشگاه بیماران لاعلاج Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به داروی خاصی (به عنوان مثال برای درد، ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب) نیاز داشته باشید که آسایشگاه شما آن را پوشش نمی‌دهد زیرا به تشخیص و شرایط بیماری لاعلاج شما مربوط نیست. در آن صورت، قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، باید تجویزکننده یا ارائه‌دهنده آسایشگاه بیماران لاعلاج شما ابلاغیه‌ای را مبنی بر اینکه دارو مرتبط نیست برای طرح ما ارسال کند.
- به‌منظور جلوگیری از هرگونه تأخیر در دریافت داروهای نامرتب‌تی که طرح ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاه بیماران لاعلاج یا تجویزکننده داروی خود درخواست کنید که تا قبل از اینکه از داروخانه بخواهید نسخه شما را ببیند، از اینکه ابلاغیه مربوط با نامرتب بودن دارو را دریافت کرده‌ایم اطمینان حاصل کند.

اگر آسایشگاه بیماران لاعلاج را ترک کنید، طرح ما تمامی داروهای‌تان را تحت پوشش قرار می‌دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه، وقتی مزایای آسایشگاه بیماران لاعلاج Medicare شما پایان می‌یابد، مستندات را به داروخانه ببرید و تأیید کنید که آسایشگاه را ترک کرده‌اید.



به بخش‌های قبلی این فصل که به داروهای تحت پوشش طرح ما مربوط می‌شوند مراجعه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای آسایشگاه بیماران لاعلاج 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 نسخه‌ای خود اقدام می‌کنید، ما مشکلات احتمالی از قبیل اشتباهات دارویی را بررسی می‌کنیم زیرا این داروها ممکن است:

- لازم نباشند، چون داروی دیگری را مصرف می‌کنید که اثرگذاری مشابهی دارد
- برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشند
- در صورت مصرف هم‌زمان به شما آسیب بزنند
- دارای ترکیباتی باشند که شما به آن‌ها حساسیت دارید یا ممکن است داشته باشید
- دارای مقادیر غیرایمنی از داروهای مسکن شبه مخدر باشند

اگر در استفاده شما از داروهای نسخه‌ای مشکلی احتمالی را کشف کنیم، با ارائه‌دهنده‌تان برای حل مشکل همکاری می‌کنیم.

G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای شما

طرح ما برای کمک به اعضا دارای نیازهای بهداشتی پیچیده برنامه ویژه‌ای دارد. در چنین مواردی، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات رایگان از طریق برنامه مدیریت دارو درمانی (MTM) باشید. این برنامه داوطلبانه و رایگان است. این طرح به شما و ارائه‌دهنده شما کمک می‌کند اطمینان حاصل کنید که داروهای‌تان در بهبود سلامتی‌تان موثر هستند. اگر واجد شرایط شرکت در این برنامه باشید، یک داروساز یا سایر متخصصان سلامت همه داروهای‌تان را به‌طور جامع بررسی می‌کنند و با شما در مورد موارد زیر صحبت می‌کند:

- نحوه بهره‌گرفتن هرچه بیشتر از داروهای که مصرف می‌کنید
- هرگونه نگرانی که ممکن است، به‌عنوان مثال درباره هزینه‌ها و واکنش‌های دارو، داشته باشید
- بهترین شیوه مصرف داروهای‌تان
- پاسخ به سؤالات یا نگرانی‌های‌تان در رابطه با داروهای نسخه‌ای یا بدون نسخه

بدین ترتیب، موارد زیر را به شما می‌دهیم:

- خلاصه‌ای کتبی از این بحث. در این خلاصه یک طرح عملی دارو درمانی گنجانده شده است که بهترین شیوه استفاده از داروهای‌تان را به شما پیشنهاد می‌دهد.
- فهرست داروهای شخصی که شامل تمامی داروهای مورد استفاده شما، مقدار، زمان و دلیل مصرف آن است.
- اطلاعات مربوط به دفع ایمن داروهای تجویزی‌ای که مواد کنترل‌شده هستند.
- بهتر است درباره طرح عملی و فهرست داروهای‌تان با پزشکتان صحبت کنید.
- دفعه بعدی که به پزشک، داروساز، یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی‌تان مراجعه می‌کنید طرح عملی و فهرست داروهای‌تان را همراه خود داشته باشید.
- اگر به بیمارستان یا اورژانس می‌روید فهرست داروهای‌تان را همراه خود داشته باشید.

برنامه‌های مدیریت دارو درمانی اختیاری و برای اعضا واجد شرایط رایگان هستند. اگر برنامه‌ای داشته باشیم که با نیازهای‌تان مطابقت داشته باشد، شما را در آن برنامه شرکت می‌دهیم و اطلاعات مربوطه را برای‌تان ارسال می‌کنیم. اگر تمایلی به شرکت در برنامه نداشتید، به ما اطلاع دهید، و ما شما را از آن برنامه کنار می‌گذاریم.

اگر درباره این طرح‌ها پرسشی دارید، لطفاً با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.



G3. برنامه مدیریت دارو جهت استفاده ایمن از داروهای شبه مخدر

طرح ما برنامه‌ای دارد که به اعضاء طرح کمک می‌کند داروهای شبه مخدر تجویز شده و دیگر داروهایی را که اغلب با سوء مصرف همراه هستند به‌شکلی ایمن مصرف کنند. این برنامه، برنامه مدیریت دارویی (DMP) خوانده می‌شود.

اگر از داروهای شبه مخدر استفاده می‌کنید که آنها را از چند پزشک یا داروخانه دریافت می‌کنید یا اگر اخیراً با داروهای شبه مخدر دچار آوردن شده‌اید، شاید برای بررسی اینکه آیا مصرف داروهای شبه مخدر برای شما مناسب است یا آیا از نظر پزشکی ضرورت دارند با تجویزکننده داروهای تان مشورت کنیم. اگر در همکاری با تجویزکننده به این نتیجه برسیم که استفاده شما از داروهای شبه مخدر تجویزی یا بنزودیازپین‌ها ایمن نیست، ممکن است نحوه دسترسی شما به این داروها را محدود کنیم. محدودیت ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- ملزم کردن شما به دریافت تمام نسخه‌های آن داروها از داروخانه‌های خاص و/یا از تجویزکننده خاص
- 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. در صورتی که پوشش این داروها را محدود کنیم، یا در صورتی که ملزم باشید این نسخه را فقط از ارائه‌دهنده یا داروخانه خاصی دریافت کنید، در این نامه به شما اطلاع می‌دهیم.

فرصتی در اختیار شما قرار خواهد گرفت تا به ما اطلاع دهید کدام پزشک‌ها و داروخانه‌ها را برای استفاده ترجیح می‌دهید و اطلاعاتی را که به نظرتان مهم هستند برای ما ارسال کنید. اگر پس از فرصتی که برای پاسخ‌دهی به شما داده شده است تصمیم بگیریم پوشش‌دهی این داروها را محدود کنیم، نامه دیگری را برای تان ارسال می‌کنیم و این محدودیت‌ها را تأیید می‌کنیم.

اگر احساس می‌کنید که ما مرتکب اشتباهی شده‌ایم، با اینکه در خطر سوءمصرف داروی نسخه‌ای قرار دارید مخالف هستید، یا با محدودیت مخالف هستید، شما و تجویزکننده شما می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. اگر درخواست تجدید نظر کنید، پرونده شما را مرور می‌کنیم و تصمیم‌مان را به شما اعلام می‌کنیم. اگر همچنان بخشی از درخواست تجدید نظر تان در ارتباط با محدودیت‌های اعمال شده بر دسترسی به این داروها را رد کنیم، به‌صورت خودکار پرونده‌تان را برای سازمان بازرسی مستقل ارسال می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).

در شرایط زیر ممکن است DMP به شما اعمال نشود:

- اگر عارضه پزشکی خاصی مانند سرطان یا بیماری کم خونی داسی شکل داشته باشید،
- اگر خدمات درمانی بیماران لاعلاج، تسکینی یا پایان عمر دریافت می‌کنید، یا
- اگر در یک مرکز مراقبت بلند مدت زندگی می‌کنید.



مقدمه

در این فصل درباره هزینه‌ای که برای داروهای نسخه‌ای خدمات سرپایی پرداخت می‌کنید اطلاعاتی به شما داده می‌شود. منظور ما از "دارو" موارد زیر است:

- داروهای نسخه‌ای بخش D از Medicare و
- داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx، و
- داروها و اقلام تحت پوشش طرح درمانی ما که به‌عنوان مزایای اضافی از آن بهره‌مند هستید.

به دلیل اینکه شما واجد شرایط عضویت در Medi-Cal هستید، این طرح "کمک بیشتر" را به‌منظور کمک به پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare بخش D به شما ارائه می‌دهد.

کمک بیشتر یکی از طرح‌های Medicare است که به اشخاصی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند هزینه داروهای نسخه‌ای بخش D از Medicare از قبیل حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. کمک بیشتر "مساعدۀ 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 کسب اطلاعات بیشتر درباره داروهای نسخه‌ای، می‌توانید به این قسمت‌ها مراجعه کنید:

- لیست داروهای تحت پوشش ما.
 - ما به این لیست، "لیست دارو" می‌گوییم. این لیست اطلاعات زیر را در اختیارتان قرار می‌دهد:
 - هزینه کدام داروها را پوشش می‌دهیم
 - آیا محدودیت‌هایی بر این داروها اعمال می‌شود
 - اگر به نسخه‌ای از لیست داروی ما نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید جدیدترین نسخه از فهرست دارویی ما را در وبسایت ما به آدرس زیر پیدا کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals.
 - طرح Molina Medicare Complete Care Plus اکثر داروهای نسخه‌ای را که از داروخانه‌ها دریافت می‌کنید پوشش می‌دهد. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC, over-the-counter) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx به آدرس ([/medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) رجوع کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.
- **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا.
 - این فصل نحوه دریافت داروهای نسخه‌ای سرپایی از طریق طرح ما را برای شما توضیح می‌دهد.
 - این فصل شامل مقرراتی است که باید از آنها پیروی کنید. همچنین انواع داروهای تجویزی‌ای را که تحت پوشش طرح ما نیستند نشان می‌دهد.
 - وقتی از "ابزار مزایای آنلاین" برای جستجوی پوشش داروها استفاده می‌کنید (به فصل 5، بخش B2 مراجعه کنید)، هزینه نشان داده‌شده به‌صورت "آنلاین" ارائه شده است، یعنی هزینه 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 هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
(855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما.

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



فهرست مطالب

- 116 A. توصیف مزایا (EOB)
- 116 B. نحوه پیگیری هزینه‌های داروهای تان
- 117 اگر به اشتباهاتی در این خلاصه پی بردید چه اقدامی باید انجام دهید؟
- 117 در مورد کلاهبرداری احتمالی چطور؟
- 117 C. دریافت دارو در یک ماه یا مدت طولانی برای شما هزینه‌ای ندارد.
- 118 C1. دریافت ذخیره دارویی بلند مدت
- 118 D. واکسیناسیون‌ها
- 118 D1. پیش از واکسیناسیون لازم است از چه موضوعی آگاه باشید.

A. توصیف مزایا (EOB)

طرح درمانی ما اطلاعات مربوط به حساب داروهای نسخه‌ای شما را ثبت می‌کند. ما دو نوع هزینه را پیگیری می‌کنیم:

- هزینه‌های پرداختی از جیب شما. این هزینه‌ها شامل مبالغی است که شما، یا دیگران به نمایندگی از شما، برای نسخه‌های تان پرداخت می‌کنید. این مبالغ شامل مبالغی است که هنگام دریافت داروی تحت پوشش بخش D پرداخت کرده‌اید، مبالغی که خانواده یا دوستان تان برای داروهای شما پرداخت کرده‌اند، و مبالغی که برای داروهای شما توسط "کمک اضافی" طرح Medicare، طرح‌های سلامتی کارفرما یا اتحادیه، TRICARE، خدمات سلامتی سرخپوستان، برنامه‌های کمک دارویی ای‌دز، موسسات خیریه، و اکثر برنامه‌های کمک دارویی دولتی (SPAPs) پرداخت کرده‌اند.
- جمع کل هزینه‌های داروهای شما این مبلغ نشانگر مجموع تمام مبالغ پرداخت شده برای شما جهت داروهای تحت پوشش قسمت D است. این مبلغ شامل آن چیزی است که طرح پرداخت کرده است، و همچنین آنچه که سایر برنامه‌ها یا سازمان‌های دیگر برای داروهای تحت پوشش قسمت D شما پرداخت کرده‌اند.

هنگامی که داروهای نسخه‌ای را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید، ما خلاصه‌ای را تحت عنوان توصیف مزایا برای شما ارسال خواهیم کرد. ما به اختصار به آن EOB می‌گوییم. این EOB یک صورت‌حساب نیست. این EOB اطلاعات بیشتری را درباره داروهایی که مصرف می‌کنید، نظیر افزایش قیمت آن‌ها و سایر داروهایی که با سهم از هزینه کمتر موجود است، به شما ارائه می‌کند. درباره گزینه‌های کم‌هزینه‌تر می‌توانید با تجویزکننده داروهای تان صحبت کنید. EOB شامل موارد زیر است:

- اطلاعات ماه. در این خلاصه، داروهای نسخه‌ای که برای ماه قبل دریافت کرده‌اید فهرست شده‌اند. این خلاصه کل هزینه دارو، مبلغی که می‌پردازد می‌کنیم، و مبلغی را که شما یا دیگران به نمایندگی از شما پرداخت می‌کنید نشان می‌دهد.
- 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 کم‌هزینه‌تر. در صورت وجود، در خلاصه در پایین داروهای فعلی تان آورده می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر با تجویزکننده تان صحبت کنید.

ما داروهایی را تحت پوشش قرار می‌دهیم که توسط Medicare تحت پوشش قرار نمی‌گیرد.

- مبالغ پرداختی برای این داروها در مقدار کل هزینه پرداختی از جیب شما منظور نخواهد شد.
- طرح ما اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه‌ها دریافت می‌کنند را پوشش می‌دهد. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC، over-the-counter) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) رجوع کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (کارت BIC) خود را همراه داشته باشید.
- به منظور اطلاع از اینکه کدام داروها در طرح ما پوشش داده می‌شود، به لیست داروی ما مراجعه کنید.

B. نحوه پیگیری هزینه‌های داروهای تان

جهت پیگیری هزینه داروها و پرداخت‌هایی که انجام می‌دهید، ما از سوابق دریافتی از شما و داروخانه استفاده می‌کنیم. با اقدامات زیر می‌توانید ما را در این زمینه یاری کنید:

1. از کارت شناسایی اعضا استفاده کنید.

هر بار که نسخه‌ای را دریافت می‌کنید، کارت شناسایی عضویت‌تان در Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) را نشان دهید. با این کار متوجه می‌شویم که چه نسخه‌ای را می‌خواهید و چه مقدار هزینه باید بپردازید.

2. کلیه اطلاعات مورد نیاز را در اختیار ما قرار دهید.

کپی‌هایی از رسید داروهای تحت پوششی که برای آن هزینه کرده‌اید را به ما بدهید. در اینصورت می‌توانید از ما درخواست کنید هزینه‌ای را که بابت دارو پرداخت کرده‌اید به شما عودت دهیم.

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

- هنگامی که داروی تحت پوشش را در داروخانه شبکه با قیمتی خاص خریداری می‌کنید یا از کارت تخفیفی استفاده می‌کنید که بخشی از مزایای طرح ما نیست.

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



- هنگامی که سهم‌تان از هزینه پرداختی داروهای را می‌پردازید که تحت طرح امداد بیمار از سوی تولید کننده دارو دریافت می‌کنید
 - هنگامی که داروهای تحت پوشش را از داروخانه ای که تحت پوشش نیست خریداری می‌کنید
 - هنگامی که هزینه یکی از داروهای تحت پوشش را به‌طور کامل پرداخت می‌کنید
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چطور از ما بخواهید هزینه‌های پرداختی‌تان بابت داروها را به شما عودت دهیم، به **فصل 7** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

مبالغی که برخی افراد و سازمان‌های خاص می‌پردازند به‌عنوان هزینه‌های پرداختی از جیب شما محاسبه می‌شوند. برای مثال، مبالغی که توسط برنامه کمک دارویی بیماری ایدز (ADAP)، خدمات بهداشتی سرخپوستان و بیشتر خیریه‌ها پرداخت شود به عنوان هزینه پرداختی از جیب شما محسوب می‌شود. انجام این کار به شما کمک می‌کند شرایط لازم برای پوشش در زمان فاجعه را کسب کنید. 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 داروهای 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 Plus تماس بگیرید یا کتابچه راهنمای اعضای Molina Medicare Complete Care Plus 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، لطفاً با ما در بخش خدمات اعضای 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 داروهای است که آنها را دریافت نمی‌کنید یا هر چیزی که به‌نظرتان مشکوک است، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با ما در بخش خدمات اعضا Molina Medicare Complete Care Plus تماس بگیرید.
- یا با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به صورت 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 شماره رایگان و محرمانه 1-800-822-6222 آن را گزارش دهید. روش‌های دیگر گزارش کلاهبرداری Medi-Cal را می‌توانید در آدرس زیر پیدا کنید: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

اگر فکر می‌کنید که اشکال یا کاستی وجود دارد، یا اگر پرسشی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. این گزارش‌های EOB را نگه دارید. این گزارش‌ها سوابق مهمی از هزینه‌های دارویی شما است.

C. دریافت دارو در یک ماه یا مدت طولانی برای شما هزینه‌ای ندارد

با عضویت در طرح ما، مادامیکه از مقررات پیروی کنید هیچ هزینه‌ای بابت داروهای تحت پوشش نمی‌پردازید.

در صورتی که به شما گفته شود دارویی تحت پوشش 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 داروخانه‌ها مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 711، TTY: (855) 665-4627، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



C1. دریافت ذخیره دارویی بلند مدت

برای برخی داروها، می‌توانید ذخیره بلند مدت درخواست کنید ("ذخیره تمدید یافته" نیز خوانده می‌شود). دوره ارائه طولانی مدت داروها حداکثر (100) روز است. دریافت ذخیره دارویی بلند مدت هزینه‌ای برای شما به همراه نخواهد داشت.

برای دریافت 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.

F. واکسیناسیون‌ها

پیام مهم در مورد هزینه‌ای که برای واکسن می‌پردازید: برخی از واکسن‌ها جزو مزایای پزشکی محسوب می‌شوند و تحت پوشش بخش B از Medicare قرار می‌گیرند. در مقابل، برخی دیگر از واکسن‌ها جزو داروهای بخش D از Medicare در نظر گرفته می‌شوند. این واکسن‌ها را می‌توانید در فهرست داروهای تحت پوشش طرح (فرمولاری) پیدا کنید. طرح ما اکثر واکسن‌های دوران بزرگسالی بخش D از Medicare را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش‌دهی و اشتراک هزینه واکسن‌های خاص به فهرست داروهای تحت پوشش (فرمولاری) مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

1. نخستین بخش پوشش‌دهی شامل هزینه خود واکسن است. واکسن یک داروی نسخه‌ای است.
2. دومین بخش پوشش‌دهی شامل هزینه تزریق واکسن است. به عنوان مثال، ممکن است گاهی واکسن را از پزشک خود به صورت تزریقی دریافت کنید.

D1. 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 چگونه طرح ما واکسیناسیون شما را پوشش می‌دهد.



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

مقدمه

این فصل اطلاعاتی را در مورد نحوه و زمان ارسال صورتحساب برای ما جهت درخواست پرداخت هزینه در اختیار شما قرار می‌دهد. همچنین درباره 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 120
- B. ارسال درخواست برای پرداخت 122
- C. تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی 123
- D. درخواست‌های تجدیدنظر 123



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

شما نباید هیچ هزینه‌ای را بابت خدمات یا داروهای دریافتی از ارائه‌دهندگان عضو شبکه پرداخت کنید. ارائه‌دهندگان داخل شبکه ما باید پس از دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش توسط شما، صورتحساب را برای طرح صادر کنند. ارائه‌دهنده عضو شبکه، ارائه دهنده‌ای است که با طرح درمانی همکاری می‌کند.

ما به ارائه دهنده‌گان عضو شبکه Molina Medicare Complete Care Plus 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 برای مراقبت‌های بهداشتی یا دارو قبض دریافت کردید، قبض را پرداخت نکنید و قبض را برای ما ارسال کنید. جهت اطلاع از نحوه ارسال صورتحساب، با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم، مبالغ را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم و شما قبلاً صورتحساب را پرداخت کرده باشید، حق شماسست که مبلغ را باز پس بگیرید.
 - اگر هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را پرداخت کرده باشید، ما هزینه را به شما بر می‌گردانیم.
- اگر هزینه خدمات Medi-Cal را که قبلاً دریافت کرده‌اید پرداخت کرده باشید، در صورتی که تمامی شرایط زیر را داشته باشید هزینه پرداختی‌تان مسترد می‌گردد (به شما برگردانده می‌شود):
 - خدماتی که دریافت کرده‌اید جزو خدمات تحت پوشش Medi-Cal باشند که مسئولیت پرداخت هزینه‌های آن بر عهده ما باشد. هزینه خدماتی را که تحت پوشش Molina Medicare Complete Care Plus نیستند به شما عودت نمی‌دهیم.
 - خدمات تحت پوشش را پس از عضویت به صورت مشروع در Molina Medicare Complete Care Plus دریافت کرده باشید.
 - در عرض یک سال از تاریخی که خدمات تحت پوشش را دریافت کرده‌اید، درخواست دهید که هزینه‌ها به شما برگردانده شود.
 - مدرکی مانند رسید دقیق صادره از سوی ارائه‌دهنده خدمات را ارائه دهید که نشان دهد هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید.
 - خدمات تحت پوشش را از یکی از ارائه‌دهندگان همکار Medi-Cal عضو شبکه طرح Molina Medicare Complete Care Plus دریافت کرده باشید. در صورت دریافت خدمات 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.
- در صورتی که خدمات دریافتی به‌طور معمول نیازمند تأییدیه قبلی (مجوز قبلی) باشد، باید مدرکی از ارائه‌دهنده ارائه دهید که نشان دهد دریافت این خدمات تحت پوشش از نظر پزشکی ضروری بوده است.
- طرح Molina Medicare Complete Care Plus تصمیمش در مورد عودت هزینه‌های پرداختی شما را طی نامه‌ای تحت عنوان اطلاعیه 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 عرض 45 روز کاری از زمان دریافت درخواست مطالبه شما مبلغ را به شما عودت می‌دهیم. اگر ارائه‌دهنده عضو Medi-Cal باشد، اما عضو شبکه 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 اجازه دریافت آنها بدون تأییدیه 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 تحت پوشش Medi-Cal نیستند.
 - این خدمات جزو خدمات تحت پوشش 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 هزینه آن را پرداخت می‌کنید، امضاء کرده باشید.
- اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم به شما اطلاع می‌دهیم.

اگر سؤالی دارید با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان تماس بگیرید. اگر صورتحساب دریافت کنید و نمی‌دانید با آن چکار کنید، می‌توانیم به شما کمک کنیم. همچنین چنانچه مایلید اطلاعاتی را درباره درخواست بازپرداخت هزینه‌ای که برای 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 درمانی مورد نیاز و خدمات اورژانسی خود را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید

از ارائه‌دهنده بخواهید صورتحساب را برای ما ارسال کند.

- اگر هزینه کامل را در زمان دریافت این خدمات پرداخت کرده‌اید، از ما درخواست کنید تا 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

ارائه‌دهندگان عضو شبکه باید همیشه صورتحساب را برای ما ارسال کنند. هنگام دریافت هرگونه خدمات یا نسخه، حتماً باید کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید. با این حال، گاهی ممکن است ارائه‌دهندگان عضو شبکه اشتباه کنند و از شما بخواهند برای خدمات یا مبلغی بیشتر از سهم خود پرداخت کنید. در صورت دریافت هرگونه صورتحساب، از طریق شماره‌های درج شده در پایین این صفحه با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان تماس بگیرید.

- 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.
- 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 عهده شما خواهد بود.
- در صورت دریافت صورتحساب از ارائه‌دهندگان عضو شبکه، آن را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس می‌گیریم و این مشکل را بررسی می‌کنیم.
- اگر قبلاً صورتحسابی دریافتی از یکی از ارائه‌دهندگان عضو شبکه را پرداخت کرده‌اید، صورتحساب و مدرک پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید. ما مبلغ پرداختی شما برای خدمات تحت پوشش یا مابه‌تفاوت مبلغ پرداختی شما و مبلغی که طرح ما می‌بایست پرداخت می‌کرد را به شما باز خواهیم گرداند.

3. در صورتی که 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.)

- در صورتی که 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 نسخه‌ای خود را از داروخانه خارج از شبکه تهیه می‌کنید

اگر از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، مسئولیت پرداخت هزینه نسخه به‌طور کامل به عهده شما است.

- فقط در موارد معدودی، ما نسخه‌هایی را که در داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شوند پوشش می‌دهیم. در صورتی که از ما درخواست دارید مبلغ پرداختی‌تان را به شما عودت دهیم، یک نسخه از رسیدتان را برایمان ارسال کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- ما ممکن است مابه‌التفاوت بین مبلغی که برای دارو در داروخانه‌های خارج از شبکه پرداخت کرده‌اید و مبلغی که در داروخانه‌های عضو شبکه پرداخت می‌کنید را به شما بازپرداخت نکنیم.



5. زمانی که هزینه نسخه کامل بخش D از Medicare را به دلیل همراه نداشتن کارت شناسایی اعضاء خود پرداخت می‌کنید

اگر کارت شناسایی اعضاء 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 همراه داشتن کارت شناسایی اعضاء خود به داروخانه بازگردید.
- در صورتی که از ما درخواست دارید مبلغ پرداختی‌تان را به شما عودت دهیم، یک نسخه از رسیدتان را برایمان ارسال کنید.
- اگر مبلغی که نقداً پرداخت کرده‌اید از قیمت مورد توافق ما برای نسخه بالاتر باشد، ممکن است تمام هزینه‌ای که پرداخت کرده‌اید را به شما بازپرداخت نکنیم.

6. زمانی که هزینه نسخه کامل بخش D از Medicare را برای دارویی که تحت پوشش نیست پرداخت می‌کنید

ممکن است لازم باشد هزینه نسخه را بپردازید زیرا دارو تحت پوشش نیست.

- ممکن است این دارو در فهرست داروهای تحت پوشش (لیست دارو) 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 دارید دارو را دریافت کنید، شاید لازم باشد کل هزینه را خودتان پرداخت کنید.
 - اگر برای دارو پولی نمی‌پردازید، اما فکر می‌کنید که ما باید هزینه آن را پوشش دهیم، می‌توانید برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی دارو درخواست دهید (به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید).
 - اگر شما و پزشک یا سایر تجویزکننده‌های داروهای‌تان فکر می‌کنید که فوراً به دارو نیاز دارید (در عرض 24 ساعت)، می‌توانید درخواست دهید تا به سرعت درباره پوشش‌دهی داروهای شما تصمیم‌گیری شود (به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید).
- در صورتی که از ما درخواست دارید مبلغ پرداختی‌تان را به شما عودت دهیم، یک نسخه از رسیدتان را برایمان ارسال کنید. در برخی موارد، برای اینکه هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم شاید لازم باشد اطلاعات بیشتری را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها دریافت کنیم. اگر مبلغی که نقداً پرداخت کرده‌اید از قیمت مورد توافق ما برای نسخه بالاتر باشد، ممکن است تمام هزینه‌ای که پرداخت کرده‌اید را به شما بازپرداخت نکنیم.

وقتی درخواست پرداختی را برای ما ارسال می‌کنید، ما آن را بررسی می‌کنیم و درباره تحت پوشش قرار دادن خدمات یا دارو تصمیم می‌گیریم. به این امر "تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی" گفته می‌شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشد، سهممان از هزینه آن را پرداخت می‌کنیم.

اگر درخواست شما برای پرداخت را رد کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر برای ما ارسال کنید. برای یادگیری نحوه درخواست تجدید نظر، به فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست برای پرداخت

صورتحساب و مدرک پرداخت‌تان برای خدمات Medicare را برای ما ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید. مدرک پرداخت می‌تواند یک کپی از چک پرداخت هزینه یا رسید صادره از طرف ارائه‌دهنده باشد. بهتر است که یک کپی از صورتحساب و رسیدها را برای ثبت در سوابق خود نگه دارید. می‌توانید از هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان درخواست کمک کنید. باید اطلاعات را در عرض 1 سال کاری از تاریخ دریافت خدمات، کالا، یا دارو برای ما ارسال کنید.

درخواست پرداخت‌تان را به‌همراه هرگونه صورتحساب یا رسیدی که در اختیار دارید به این آدرس 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 600
Midvale, UT 84047

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



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 یعنی درباره این که آیا خدمات، کالا، یا داروی شما تحت پوشش قرار دهیم یا خیر تصمیم می‌گیریم. علاوه بر این، درباره مبلغی که شما باید بپردازید، در صورت وجود، تصمیم می‌گیریم.

- اگر به اطلاعات بیشتری از شما نیاز داشتیم به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر تصمیم بگیریم که طرح ما باید خدمات، کالا یا دارو را پوشش دهد و شما تمام قوانین دریافت آن را رعایت کرده باشید، سهم خود را از هزینه آن پرداخت می‌کنیم. اگر از قبل هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، ما یک چک را بابت هزینه‌هایی که پرداخت کرده‌اید برای‌تان ارسال می‌کنیم. اگر شما هزینه کامل یک دارو را پرداخت کرده باشید، ممکن است تمام مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما عودت ندهیم (به عنوان مثال، اگر دارو را از داروخانه‌ای خارج از شبکه تهیه کرده باشید یا اگر مبلغ نقدی که پرداخت کرده‌اید بالاتر از قیمت توافقی ما باشد). اگر مبلغ آن را پرداخت نکرده باشید، ما آن را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت می‌کنیم.

فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا قوانین مربوط به پوشش خدمات را توضیح می‌دهد.

فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا قوانین مربوط به پوشش داروهای نسخه‌ای بخش D از Medicare را توضیح می‌دهد.

- اگر تصمیم گرفتیم سهم خود را از هزینه خدمات یا دارو پرداخت نکنیم، نامه‌ای با ذکر دلیل برایتان ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین حقوق شما را برای درخواست بررسی مجدد توضیح می‌دهد.
- 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 می‌کنیم موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

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

- برای درخواست تجدیدنظر در مورد دریافت هزینه برای دارو، 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 به عنوان 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 125
- B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش 133
- C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI) شما 133
- C1. شیوه ما برای محافظت از PHI شما 134
- C2. حق شما برای مشاهده سوابق پزشکی‌تان 134
- D. مسئولیت ما برای دادن اطلاعات به شما 139
- E. ارائه‌دهندگان عضو شبکه نمی‌توانند به‌طور مستقیم برای شما صورتحساب بفرستند 140
- F. حق شما برای خروج از طرح ما 140
- G. حق شما برای تصمیم‌گیری درباره خدمات درمانی خود 140
- G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری 140
- G2. حق شما برای این که به ما اطلاع دهید چنانچه نتوانید تصمیم‌های مرتبط به مراقبت سلامتی خود را شخصاً اتخاذ کنید، چه انتظاراتی از ما دارید 141
- G3. اگر از دستورالعمل‌های شما پیروی نشود چه کاری باید انجام دهید 142
- H. حق شما جهت شکایت و درخواست از ما برای تجدیدنظر در تصمیماتمان 142
- H1. در خصوص رفتار ناعادلانه یا جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد 142
- I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضوی از طرح 142



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

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمامی خدمات ارائه شده به شما از لحاظ فرهنگی شایسته هستند و به شیوه‌ای قابل‌دسترس ارائه می‌شوند. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. باید هر سالی که عضو طرح ما هستید، حقوق‌تان را به شما خاطر نشان کنیم.

- جهت کسب اطلاعات به شیوه‌ای که برای‌تان قابل درک باشد، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما برای پاسخ‌دهی به سؤالات به زبان‌های مختلف، خدمات ترجمه شفاهی رایگان را ارائه می‌دهد.
 - همچنین در طرح ما امکان ارائه مطالب به زبان‌هایی به غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، همونگی، کره‌ای، لائوسی، روسی، تالوگ و ویتنامی و به قالب‌هایی مثل چاپ با حروف درشت، خط بریل یا صوتی وجود دارد. 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 (855) 665-4627، شماره TTY: 711، در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید. 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 به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید.
- اگر به دلیل مشکلات زبان یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی را ثبت کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:
- Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به صورت رایگان با این شماره تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
 - دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
 - دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) متعلق به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا (U.S. Department of Health and Human Services) به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

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

Debemos garantizar que **todos** los servicios se proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle acerca de los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entender. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a su Coordinador de Cuidados o Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles para responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede ofrecerle materiales en idiomas diferentes del inglés, que incluyen *español, árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, laosiano, ruso, tagalo y vietnamita* y en formatos como letras grandes, braille o audio. Para recibir materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Para servicios médicos: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- Para solicitar de manera permanente materiales en otro idioma o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Karapatan mong matanggap ang mga serbisyo at impormasyon sa paraan na nakasapat sa mga pangangailangan mo

Dapat namin tiyakin na **lahat** ng serbisyong ibinibigay sa iyo ay wasto sa kultura at nasa paraang naa-access. Dapat din naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tawagan ang care coordinator mo o ang Mga Serbisyo ng Miyembro. Ang aming plano ay may mga lib्रेng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makapagbibigay din sa iyo ang plan namin ng mga babasahin na nasa mga wikang bukod sa English kabilang ang *Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Lao, Russian, Tagalog, at Vietnamese* at sa mga format kagaya ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, Pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Para sa Mga Serbisyong Medikal: 200 Ocean Gate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Para gumawa ng isang nagpapatuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales sa isang wika maliban sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.

Kung nahihirapan kayong kumuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa numerong 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình

Chúng tôi phải đảm bảo **tất** cả các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về phúc lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo với quý vị về các quyền của quý vị mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ.



- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm *tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng H'Mông, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt* và theo các định dạng như chữ cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc gửi thư cho Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 665-4627 TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương. Đối với dịch vụ y tế: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Để đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện tại hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Gọi cho Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi số 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 이용할 권리

당사는 모든 서비스가 문화적으로 적절하며 접근 가능한 방식으로 제공되도록 보장해야 합니다. 당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 당사 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 회원의 플랜 가입 기간 중 매년 회원의 권리에 대해 회원에 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공받으려면 케어 코디네이터에게 연락하거나 회원 서비스에 전화하십시오. 당사 플랜에서는 다양한 언어로 질문에 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 또한 영어 이외에도 *스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 흐몽어, 한국어, 라오어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어*로 된 자료, 큰 활자나 점자 또는 음성 자료를 제공해 드립니다. 자료를 해당 대체 형식으로 제공받으려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시각)에 전화하시거나 다음 주소의 Molina Medicare Complete Care Plus로 서신을 보내시기 바랍니다. 의료 서비스 관련 우편 주소: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - 지금 및 향후에 자료를 영어 이외의 다른 언어나 대체 형식으로 계속해서 제공받으려면, 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시간)에 전화하시기 바랍니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있어 불만을 제기하고자 하시는 경우

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하시기 바랍니다. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 민권 사무국은 916-440-7370번입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다.
- 미국 보건복지부, 민권 사무국 번호는 1-800-368-1019 번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право получать услуги и информацию любым удобным вам способом

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших



правах в понятной для вас форме. Мы должны сообщать вам о ваших правах каждый год в течение всего времени вашего участия в плане.

- Чтобы получить информацию понятным для вас способом, позвоните координатору медицинских услуг или в отдел обслуживания участников программы страхования. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет получить ответы на ваши вопросы на необходимом вам языке.
- В рамках нашего плана вы можете получить материалы на *испанском, арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, лаосском, русском, тагальском и вьетнамском языках, а также на языках фарси и хмонг*. Кроме того, информация для вас доступна в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников программы страхования или в офис Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени. Медицинские услуги: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 (Калифорния).
 - Чтобы подать постоянный запрос на предоставление вам сейчас и в будущем материалов на другом языке (кроме английского) или в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы захотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Если вы пользуетесь телефоном TTY: 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保向您提供的**所有**服務都符合您的文化背景以利使用。我們還必須以您可以理解的方式向您介紹我們的計劃福利和您的權利。我們必須在您參與本計劃的每一年向您說明您的權利。

- 想要以您可以理解的方式獲得資訊，請致電您的照護協調員或會員服務部。本計劃提供免費的口譯員服務，可以用不同語言來回答問題。
- 我們的計劃也可以為您提供非英文版本的資料，包括西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、苗語、韓語、老撾語、俄語、塔加拉族語和越南語，以及大字體、點字或音訊等格式。如需這些其他格式之一的資料，請致電會員服務部或寫信給 Molina Medicare Complete Care Plus，電話：(855) 665-4627 TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。醫療服務：200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - 若要長期要求現在和以後都取得非英文版本或替代格式的資料，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。

如果您因語言問題或殘疾而在取得本計劃資訊時遇到困難，並想要提交投訴，請致電：

- Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天、每天 24 小時均可致電。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話：916-440-7370。TTY 使用者應致電 711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室，電話：1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。



A. حقه في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبى احتياجاتك

تعين علينا ضمان تقديم جميع الخدمات إليك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. كما يتعين علينا إخبارك بمزايا خططنا وحقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضواً بخططنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها، يرجى الاتصال بمنسق حالتك أو خدمات الأعضاء. وتوفر خططنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- كما يمكن أن توفر لك خططنا المواد بلغات غير الإنجليزية، بما في ذلك الإسبانية والعربية والأرمينية والكمبودية والصينية والفارسية والهنوجية والكورية واللاوية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية وبننسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو مراسلة Molina Medicare Complete Care Plus وذلك على الرقم 855-665-4627، وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يمكنهم الاتصال على: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. للخدمات الطبية: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- لتقديم طلب للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 855-665-4627، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على المعلومات عن طريق خططنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو الإعاقة وتود تقديم شكوى بالأمر، فيمكنك الاتصال بالجهات الآتية:

- خط المساعدة 1-800-MEDICARE لبرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227). يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لبرنامج Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على رقم 711.
- صحة والخدمات البشرية، مكتب الحقوق المدنية (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. بالنسبة إلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.



A. سبب‌های بزرگ‌ترین مشکلات در دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهایتان را برآورده کند

بسیار گاهی می‌تواند اتفاق افتد که شما نتوانید خدمات یا اطلاعاتی که نیاز دارید را به‌سر وقت دریافت کنید. این می‌تواند به سبب مشکلاتی در سیستم‌های ما باشد. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا این مشکلات را حل کنید.

- سبب‌های بزرگ‌ترین مشکلات در دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهایتان را برآورده کند، عبارتند از:
 - مشکلات در سیستم‌های ما: ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا این مشکلات را حل کنید.
 - مشکلات در سیستم‌های ما: ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا این مشکلات را حل کنید.

بسیار گاهی می‌تواند اتفاق افتد که شما نتوانید خدمات یا اطلاعاتی که نیاز دارید را به‌سر وقت دریافت کنید. این می‌تواند به سبب مشکلاتی در سیستم‌های ما باشد. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا این مشکلات را حل کنید.

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) - 24 ساعته
- Medi-Cal: 916-440-7370
- U.S Department of Health and Human Services: 1-800-368-1019

A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهایتان را برآورده کند

اگر شما عضو برنامه Medicare یا Medicaid هستید، شما حق دارید که خدمات و اطلاعاتی که نیاز دارید را به‌سر وقت دریافت کنید. این می‌تواند به سبب مشکلاتی در سیستم‌های ما باشد. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا این مشکلات را حل کنید.

- جهت کسب اطلاعات به‌شیوه‌ای که برای‌تان قابل درک باشد، با هماهنگ‌کننده خدمات درمانی خود یا خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما به‌منظور پاسخ‌دهی به سؤالات به زبان‌های مختلف، خدمات ترجمه رایگان را ارائه می‌دهد.
- همچنین در طرح ما امکان ارائه مطالب به زبان‌هایی به غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، همونگی، کره‌ای، لائوسی، روسی، تاگالوگ و ویتنامی و به قالب‌هایی مثل چاپ با حروف درشت، خط بریل یا صوتی وجود دارد. برای دریافت مطالب به یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضاء به شماره (855) 665-4627 یا TTY به شماره 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید یا به Molina Medicare Complete Care Plus نامه بنویسید. برای خدمات پزشکی: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا در قالبی دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضاء به شماره (855) 665-4627، TTY: 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبان یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی را ثبت کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) می‌توانید در 7 روز هفته و در 24 ساعت شبانه‌روز 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 به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) متعلق به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا (U.S Department of Health and Human Services) به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Զեր կարիքներին համապատասխանող ձևով ծառայություններ և տեղեկություն ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է պահանջենք, որ ձեզ տրամադրվող բոլոր ծառայությունները լինեն մշակութային առումով գրագետ և հասանելի ձևով: Մենք պարտավորվում ենք նաև հայտնել ձեզ ծրագրի նպատակների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ համար հասանելի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, քանի որ մեր ծրագրի անդամ եք հանդիսանում:

- Զեզ համար հասանելի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք խնամքի համակարգողին կամ Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար բարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ *խոպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հնդկերեն, կորեերեն, լատներեն, ուսներեն, տագալերեն և վիետնամերեն*, ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ *խոպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հնդկերեն, կորեերեն, լատներեն, ուսներեն, տագալերեն և վիետնամերեն*, ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաճախակի փոփոխության պատճառով զիջարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարե՛ք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, ֆաղափառական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. Koj txoj cai tau txais kev pab cuam thiab cov ntaub ntawv raws li koj xav tau

Peb yuav tsum xyuas kom meej **tag nro** cov kev pab cuam raug muab rau koj raws li kev coj noj coj ua thiab nkag mus tau zoo. Peb kuj yuav tsum tau qhia koj txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig thiab koj cov cai raws li koj tuaj yeem nkag siab. Peb yuav tsum qhia koj txog koj txoj cai txhua xyoo uas koj nyob hauv peb txoj phiaj xwm.

- Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab, hu rau koj neeg lis hauj lwm rau kev saib xyuas los sis Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab. Peb txoj phiaj xwm muaj kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug ua ntau hom lus.
- Peb txoj phiaj xwm tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua lwm yam lus dhau ntawm lus Askiv xws li *Xab Pees Niv, As Las Npiv, As Mes Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Xis, Hmoob, Kaus Lim, Nplog, Lav Xias, Tas Kas Lov thiab Nyab Laj* Arabic thiab hauv cov ntawv xws li ntawv loj, ntawv sau, los sis



suab.Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv ua ib qho ntawm lwm hom ntawv, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab los sis sau rau Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 hnuv hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.Rau Kev Pab Cuam Kho Mob: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

- Txhawm rau thov kom tau txais cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas tsis yog lus Askiv los sis lwm hom ntawv tam sim no thiab yav tom ntej, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab ntawm (855) 665-4627, TTY: 711 7 hnuv hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.

Yog tias koj muaj teeb meem tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb txoj phiaj xwm vim muaj teeb meem lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav ua ntawv tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Cai Ntawm Pej Xeem tau ntawm 916-440-7370.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj rau 711.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-800-537-7697.

A. ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ ແລະ ຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ

ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າ ການບໍລິການ ທັງໝົດ ແມ່ນຖືກສະໜອງໃຫ້ທ່ານໃນລັກສະນະທີ່ເໝາະສົມກັບອັດທະນະທໍາ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນເຮົາ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານໃນທາງທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້. ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະປີວ່າທ່ານຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ.

- ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້, ໂທຫາ ຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງທ່ານ ຫຼື ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ແຜນການຂອງພວກເຮົາແມ່ນມີບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມໃນພາສາທີ່ແຕກຕ່າງກັນ.
- ແຜນການຂອງພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ເອກະສານແກ່ທ່ານເປັນພາສາແອສປາໂຍນ, ອາເມລຍ, ກໍາປູເຈຍ, ຈີນ, ຟາຊີ, ເກົາຫຼີ, ວັດເຊຍ, ຕາກາວັອກ, ຫວຽດນາມ, ອາຮັບ ແລະ ໃນຮູບແບບຕ່າງໆເຊັ່ນ: ແບບພິມ, ອັກສອນນູນ ຫຼື ສຽງ. ເພື່ອຮັບເອກະສານໃນຫນຶ່ງໃນຮູບແບບທາງເລືອກເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ຂຽນໄປຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດ: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ເພື່ອດໍາເນີນການຮ້ອງຂໍເອກະສານເປັນພາສາທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ ຫຼື ໃນຮູບແບບທາງເລືອກໃນຕອນນີ້ ແລະ ອະນາຄົດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ (855) 665-4627, TTY: 711 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຍິນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ທ່ານສາມາດໂທ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048.
- ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງແຜນ Medi-Cal ທີ່ເປີ 916-440-7370. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711.
- U.S Department of Health and Human Services, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ທີ່ 1-800-368-1019. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-537-7697.



B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش

اگر در دریافت خدمات مشکلی دارید، با خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی.

به‌عنوان عضوی از طرح ما حق و حقوقی دارید.

- حق انتخاب یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی اولیه (PCP) عضو شبکه ما برای شما محفوظ است. ارائه‌دهنده عضو شبکه به ارائه‌دهنده‌ای گفته می‌شود که با طرح درمانی ما همکاری می‌کند. در **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری درباره انواع ارائه‌دهندگانی که می‌توانند به‌عنوان PCP فعالیت کنند و نحوه انتخاب PCP شرح داده شده است.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه‌دهندگان عضو شبکه و پزشک‌هایی که بیماران جدید را می‌پذیرند با هماهنگ‌کننده خدمات درمانی یا خدمات اعضاء 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 تاییدیه‌ای از طرف PCP شما برای استفاده از ارائه‌دهنده‌ای است که PCP شما نیست.
- حق دریافت خدمات تحت پوشش از ارائه‌دهندگان عضو شبکه طی بازه زمانی منطقی برای شما محفوظ است.
- این مورد شامل حق دریافت به‌موقع خدمات از طرف متخصصین است.
- اگر نتوانید خدمات را در مدت زمان معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- بدون پیش‌تاییدیه (PA) هم حق دریافت خدمات اورژانسی یا خدمات درمانی فوری را دارید.
- حق تهیه نسخه در هر کدام از داروخانه‌های عضو شبکه ما بدون تأخیرهای بلند مدت برای شما محفوظ است.
- 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** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- هنگامی که برای اولین بار عضو طرح ما می‌شوید، در صورتی که شرایط مشخصی را داشته باشید می‌توانید تا 12 ماه می‌توانید به استفاده از ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی‌تان ادامه دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی‌تان، به **فصل 1** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- برای تصمیم‌گیری در زمینه خدمات درمانی می‌توانید از تیم مراقبت و مدیر پرونده مشورت بگیرید.

فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضا به شما می‌گوید که اگر فکر می‌کنید خدمات یا داروهای خود را در مدت زمان معقولی دریافت نمی‌کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید. در این فصل توضیح داده شده است که اگر درخواست شما برای پوشش‌دهی خدمات یا داروهای شما رد شود و شما با این تصمیم گیری 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 PHI شما شامل اطلاعاتی است که هنگام ثبت‌نام در طرح به ما ارائه 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 آن برای شما محفوظ است. ما اطلاعات مربوط به حقوق شما و همچنین شیوه محافظت از حریم خصوصی PHI شما را به‌صورت یک ابلاغیه 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 مکاتبات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن جایگزینی که عضو تعیین کرده است یا، در صورت عدم تعیین چنین جایگزینی، به نام عضو و به آدرس یا شماره تلفن موجود در پرونده ارسال می‌کند. طرح Molina Medicare Complete Care اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی از عضو دریافت‌کننده مراقبت در اختیار هیچ عضو دیگری قرار نخواهد داد. طرح Medicare Complete Care درخواست‌های ارتباط محرمانه را در فرم و قالب درخواستی، در صورتی که به آسانی در فرم و قالب درخواستی قابل تولید باشد، یا در مکان‌های دیگری هماهنگ می‌کند. درخواست یک عضو برای ارتباطات محرمانه مربوط به خدمات حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه نکند، معتبر خواهد بود.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



C1. شیوه ما برای محافظت از PHI شما

ما اجازه نمی‌دهیم هیچ فردی بدون اجازه به سوابق شما نگاه کند یا آنها را تغییر دهد.

به استثنای موارد ذکر شده در پایین، ما PHI شما را به کسی که به شما خدمات 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 به نمایندگی از شما است می‌توانید اجازه کتبی بدهید.

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

- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی قرار دهیم تا کیفیت مراقبت برنامه ما را بررسی کنند.
- اگر حکمی از دادگاه دریافت کنیم ممکن است PHI شما را منتشر کنیم، البته فقط در صورتی که با پیروی از قانون کالیفرنیا باشد.
- ما باید PHI شما را به Medicare ارائه دهیم. اگر Medicare تصمیم بگیرد PHI شما را برای تحقیقات یا اهداف دیگر منتشر کند، این کار را طبق قوانین فدرال انجام می‌دهد.

C2. حق شما برای مشاهده سوابق پزشکی‌تان

- حق شما برای مشاهده سوابق پزشکی‌تان و دریافت یک کپی 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 خدمات درمانی‌تان 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 اعضاء تماس بگیرید.

حریم خصوصی شما**عضو Molina Medicare گرامی:**

حریم خصوصی شما برای ما مهم است. ما به حریم خصوصی شما احترام می‌گذاریم و از آن محافظت می‌کنیم. ما در Molina با هدف ارائه 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 سلامتی محافظت‌شده است*. اطلاعات 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.

چرا Molina اطلاعات PHI اعضا را استفاده می‌کند یا به اشتراک می‌گذارد؟

- برای ارائه خدمات درمانی
- برای پرداخت هزینه‌های مراقبت درمانی
- بررسی کیفیت خدماتی که دریافت می‌کنید
- برای اطلاع‌رسانی به شما درباره گزینه‌هایی که در انتخاب خدمات درمانی دارید
- برای اداره برنامه درمانی
- برای استفاده یا اشتراک‌گذاری PHI با دیگر افراد با اهدافی که به واسطه قانون مجاز باشد.

طرح Molina چه زمانی برای استفاده یا به اشتراک‌گذاری PHI شما به اجازه کتبی (مجوز) شما نیاز دارد؟

طرح Molina جهت استفاده از PHI شما و به اشتراک‌گذاری آن در راستای اهدافی بجز موارد فهرست‌شده در بالا، به اجازه کتبی شما نیاز دارد.

شما در زمینه حریم خصوصی چه حقوقی دارید؟

- به PHI خودتان نگاهی بیندازید
- یک نسخه از PHI را دریافت کنید
- PHI خود را اصلاح کنید
- از ما درخواست کنید بخواهید تا از به کارگیری یا به اشتراک‌گذاری PHI شما به روش‌های خاص خودداری کنیم
- فهرستی از افراد یا مکان‌های خاصی که PHI شما را با آنها به اشتراک گذاشته‌ایم دریافت کنید



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 ذکر شده است که Molina برای محافظت از PHI اتخاذ می‌کند:

- طرح Molina سیاست‌ها و مقرراتی برای محافظت از PHI شما دارد.
- طرح Molina افرادی را که می‌توانند PHI شما را ببینند محدود می‌کند. فقط آن دسته از کارکنان Molina که باید از PHI شما مطلع باشند می‌توانند از آن استفاده کنند.
- کارکنان Molina درباره 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.
- ما از PHI شما در کامپیوترهایمان محافظت می‌کنیم. اطلاعات PHI در کامپیوترهای ما با استفاده از فایروال و رمزهای عبور به‌صورت خصوصی نگهداری می‌شود.

طرح Molina ملزم به رعایت کدام موارد قانونی است؟

- PHI شما را به صورت خصوصی حفظ کند.
- ارائه اطلاعات به صورت کتبی، مانند این فرم در رابطه با وظایف و اصول حریم خصوصی ما درباره PHI شما.
- پیروی از شرایط ابلاغیه اصول حریم خصوصی ما.

اگر فکر می‌کنید که حقوق حریم خصوصی‌تان محافظت نمی‌شود، چه‌کاری 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 به هیچ‌وجه فرایند مراقبت از شما را تغییر نمی‌دهد.

آنچه در بالا آمده است صرفاً یک خلاصه است. ابلاغیه اصول حفظ حریم خصوصی ما دارای اطلاعات بیشتری درباره نحوه استفاده و به اشتراک گذاری PHI اعضای ما است. ابلاغیه اصول حفظ حریم خصوصی ما در قسمت بعدی این کتابچه راهنمای اعضا ارائه شده است. این اعلامیه در وب سایت ما به آدرس www.molinahealthcare.com وجود دارد. همچنین برای دریافت نسخه‌ای از ابلاغیه اصول حریم خصوصی می‌توانید از طریق شماره 711-665-4627 (855)، شماره TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.

ابلاغیه اصول حریم خصوصی**شرکت Molina Healthcare از ایالت California**

این ابلاغیه نحوه استفاده و افشاء اطلاعات شما و همچنین نحوه دسترسی شما به این اطلاعات را شرح می‌دهد. 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 به عنوان عضو (HMO D-SNP) Medicare Complete Care Plus 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 به صورت محرمانه نگه داریم و از شرایط این ابلاغیه پیروی کنیم. تاریخ اجرایی این ابلاغیه مصادف با 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 PHI شما استفاده می‌کند یا آن 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 در راستای اهداف درمانی، پرداخت و اجرای عملکردهای مرتبط با خدمات درمانی استفاده و به اشتراک گذاشته می‌شود.

برای درمان

ما در Molina از PHI شما جهت ارائه یا انجام مقدمات مورد نیاز 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. به عنوان مثال، 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
711-665-4627 (855)، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



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 صورت حساب نوشته شود. به عنوان مثال، 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 درمانی ما مورد استفاده قرار دهیم یا به اشتراک بگذاریم. به عنوان مثال، ممکن است ما اطلاعات دعوی شما را جهت اطلاع رسانی به شما درباره یک طرح بهداشتی مفید برای شما استفاده کنیم. همچنین ممکن است جهت رفع مشکلات اعضا از PHI شما استفاده کنیم یا آن را به اشتراک بگذاریم. علاوه بر این، PHI شما به ما کمک می‌کند که مبلغ مطالبه شده توسط شما به درستی پرداخت شده است.

عملکردهای مرتبط با ارائه خدمات درمانی مستلزم بسیاری از نیازهای تجاری روزانه است. این عملکردها شامل موارد زیر می‌شود اما محدود به این موارد نیست:

- بهبود کیفیت؛
- عملکرد در برنامه‌های درمانی برای کمک به اعضا در شرایطی خاص (مثلاً بیماری آسم)؛
- اجرا یا تنظیم جلسات بررسی پزشکی؛
- خدمات حقوقی از جمله مبارزه با کلاهبرداری و سوء استفاده و برنامه‌های مربوط به پیگرد؛
- اقداماتی برای کمک به ما در زمینه پیروی از قوانین؛
- رسیدگی به نیازهای عضو، از جمله حل و فصل شکایات و نارضایتی‌ها.

ما PHI شما را با سایر شرکت‌هایی که ("**همکاران تجاری**") برنامه‌های مختلف را برای طرح درمانی ما اجرا می‌کنند به اشتراک می‌گذاریم. همچنین ممکن است از PHI شما جهت یادآوری قرارهای ملاقات‌تان استفاده کنیم. ممکن است از PHI شما برای ارائه اطلاعات مربوط به سایر درمان‌ها، مزایا و خدمات سلامتی استفاده کنیم.

طرح Molina چه زمانی 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

ممکن است PHI شما برای اجرای فعالیت‌های مرتبط با بهداشت عمومی مورد استفاده قرار بگیرد 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 سازمان‌های دولتی از PHI شما استفاده کنند یا آن را به اشتراک بگذارند. این سازمان‌ها ممکن است جهت انجام ارزیابی‌ها، به PHI شما نیاز داشته باشند.

تحقیقات

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.



رویه‌های حقوقی یا اداری

ممکن است PHI شما در مراحل قانونی، مانند پیروی از دستور دادگاه، مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

اجرای قانون

ممکن است PHI شما جهت اجرای قانون، به‌عنوان مثال جهت کمک به یافتن مظنون، شاهد یا شخص گمشده، با پلیس به اشتراک گذاشته شود یا در این زمینه استفاده شود.

ایمنی و بهداشت

ممکن است PHI شما جهت پیشگیری از یک تهدید جدی برای بهداشت یا ایمنی عمومی به اشتراک گذاشته شود.

وظایف حکومت

ممکن است PHI شما با را به‌منظور انجام وظایف ویژه، مثل فعالیت‌های امنیت ملی، با دولت به اشتراک گذاشته شود.

قربانیان بهره‌کشی، بی‌توجهی یا خشونت خانوادگی؛

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 مدیران تشیع جنازه یا پزشکی قانونی به اشتراک گذاشته شود تا در انجام وظایف‌شان به آنها کمک شود.

طرح Molina چه زمانی برای استفاده یا به‌اشتراک‌گذاری PHI شما به اجازه کتبی (مجوز) شما نیاز دارد؟

طرح Molina جهت استفاده از PHI شما و به اشتراک گذاری آن در راستای اهدافی بجز موارد مذکور در این ابلاغیه، به اجازه کتبی شما نیاز دارد. طرح 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 حقوق زیر برخوردار هستید:

• درخواست اعمال محدودیت درباره موارد استفاده و افشاء PHI (اشتراک گذاری PHI شما)

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. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

• درخواست مکاتبات محرمانه 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. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

• بررسی و کپی کردن PHI

شما از این حق برخوردار هستید تا PHI که در اختیار ما قرار دارد را بررسی و یک کپی از آن را دریافت کنید. این مورد شامل سوابقی است که جهت پوشش دهی، اقامه دعوی یا سایر موارد تصمیم‌گیری به عنوان عضوی از Molina استفاده می‌کنید. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. ممکن است برای کپی‌برداری 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 کپی از آن یا تغییر آن، لطفاً با پزشک یا کلینیک خود تماس بگیرید.

• اصلاح 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. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال 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 افشاء PHI (اشتراک گذاری PHI)

می‌توانید از ما درخواست کنید تا لیست 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؛
- با افراد درباره PHI خودشان؛
- اشتراک‌گذاری که با اجازه شما انجام شود؛
- موارد استفاده یا اشتراک‌گذاری که به‌واسطه قانون مربوطه بطریق دیگر مجاز باشند؛
- انتشار PHI برای مسائل امنیت ملی یا برای اهداف اطلاعاتی؛ یا
- به‌عنوان بخشی از داده‌های محدود که مطابق با قوانین قابل اجرا تنظیم شده‌اند؛ یا
- انتشار PHI برای مسائل امنیت ملی یا برای اهداف اطلاعاتی.

اگر شما این لیست را بیشتر از یک بار در طول مدت 12 ماه درخواست کنید، ما هزینه‌ای معقول را برای هر بار درخواست در نظر می‌گیریم. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. برای درخواست می‌توانید از فرم Molina استفاده کنید.

ممکن است هرکدام از درخواست‌های فوق را داشته باشید یا یک نسخه کاغذی از این ابلاغیه را دریافت کنید. لطفاً 7 روز هفته، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر به وقت محلی با خدمات اعضای Molina به شماره (855) 665-4627 تماس بگیرید. کاربران TTY باید 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 ثبت شکایت هیچ اقدامی علیه شما انجام نمی‌دهیم. خدمات درمانی و مزایای شما به هیچ عنوان تغییر نمی‌کنند.

با روش‌های زیر می‌توانید شکایت‌تان را برای ما ارسال کنید:

تلفن:

تماس با خدمات اعضای Molina، از طریق شماره (855) 665-4627، از طریق شماره 711، از ساعت 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.

به این آدرس نامه ارسال کنید:

Molina Healthcare of California Inc.
Attn: 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)

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید. (855) 665-4627، TTY: 711، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



وظایف Molina چیست؟

طرح Molina موظف به رعایت موارد زیر است:

- محرمانه نگه داشتن PHI شما؛
- ارائه اطلاعات به صورت کتبی، مانند این فرم که به وظایف و اصول حریم خصوصی ما در رابطه با PHI شما مربوط می‌شود؛
- در صورت افشای PHI محافظت نشده شما، یک ابلاغیه در اختیارتان قرار دهد؛
- از اطلاعات ژنتیکی شما برای اهدافی به‌جز موارد عنوان‌شده استفاده نکرده یا در اختیار دیگران قرار ندهد؛
- پیروی از شروط این ابلاغیه.

این ابلاغیه ممکن است تغییر کند

طرح Molina حق تغییر رویه‌های جمع‌آوری اطلاعات خود و شروط این ابلاغیه در هر زمانی را برای خود محفوظ می‌داند. در صورت هرگونه تغییر، شرایط و اصول جدید در مورد تمام موارد PHI اعمال می‌شود. در صورت اعمال تغییرات اساسی، Molina ابلاغیه اصلاح‌شده 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 ارسال‌های پستی سالانه بعدی برای اعضای تحت پوشش Molina می‌گنجاند.

اطلاعات تماس

اگر پرستشی دارید، با دفتر زیر تماس بگیرید:

تلفن:

خدمات اعضاء Molina

TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی.

به این آدرس نامه ارسال کنید:

Molina Healthcare of California Inc.
Attn: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

این اطلاعات به‌صورت رایگان به زبان‌های دیگر در دسترس است. لطفاً با خدمات مشتریان ما به شماره زیر تماس بگیرید

شماره (855) 665-4627، شماره TTY: 711، در 7 روز هفته از 8 قبل از ظهر تا 8 بعد از ظهر به وقت محلی. 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 طرح‌مان، حق دریافت اطلاعات از ما درباره طرح‌مان، ارائه‌دهندگان عضو شبکه‌مان، و خدمات تحت پوشش خودتان برای شما محفوظ است.

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 اعضاء تماس بگیرید. این خدمت به صورت رایگان ارائه می‌شود. همچنین می‌توانیم مطالب و یا اطلاعات کتبی را به زبان‌های اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارس، همونگ، کره‌ای، لائو، روسی، تاگالوگ، و ویتنامی نیز در اختیارتان قرار دهیم. همچنین می‌توانیم این اطلاعات را در قالب‌های دیگری مانند فایل صوتی، خط بریل یا چاپ با فونت درشت نیز در اختیارتان 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 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر می‌توانید با بخش خدمات اعضاء به شماره (855) 665-4627، شماره TTY: 711 تماس بگیرید.

اگر به اطلاعاتی درباره موارد زیر نیاز دارد، لطفاً با خدمات اعضاء تماس بگیرید:

- نحوه انتخاب یا تغییر طرح‌ها
- طرح ما، از جمله:
 - اطلاعات مالی
 - امتیازاتی که اعضاء به طرح ما داده‌اند

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
(855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



- تعداد درخواست‌های تجدید نظری که اعضاء ارسال کرده‌اند
- نحوه ترک طرح ما
- ارائه‌دهندگان داخل شبکه ما و داروخانه‌های داخل شبکه ما، از جمله:
 - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه
 - مشخصات ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما
 - نحوه پرداخت هزینه ارائه‌دهندگان در شبکه ما
- خدمات و داروهای تحت پوشش، شامل:
 - خدمات (به فصل‌های 3 و 4 از کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید) و داروها (به فصل‌های 5 و 6 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) که تحت پوشش طرح ما هستند
 - محدودیت‌های اعمال‌شده به پوشش و داروهای شما
 - مقرراتی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش از آنها پیروی کنید
- چرا چیزی تحت پوشش نیست و چه کاری می‌توانید در مورد آن انجام دهید (به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، از جمله اینکه از ما بخواهید:
 - دلیل تحت پوشش قرار نگرفتن برخی خدمات و داروها را به صورت کتبی اعلام کنیم
 - تصمیمی که اتخاذ کرده‌ایم را تغییر دهیم
 - صورت‌حسابی که دریافت کرده‌اید را پرداخت کنیم

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

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان عضو شبکه ما نمی‌توانند شما را ملزم به پرداخت هزینه برای خدمات تحت پوشش کنند. علاوه بر این، اگر ما مبلغی کمتر از آنچه ارائه‌دهنده طلب کرده است پرداخت کنیم، آنها نمی‌توانند باقیمانده آن را از شما بگیرند. برای اطلاع از اینکه اگر یک ارائه‌دهنده عضو شبکه بخواهد هزینه خدمات تحت پوشش را از شما دریافت کند، چه کاری باید انجام دهید، به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

F. حق شما برای خروج از طرح ما

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 (MA) Medicare Advantage، از بیشترین خدمات درمانی برخوردار شوید.
- شما می‌توانید مزایای داروی نسخه‌ای بخش D از Medicare را از طرح داروی نسخه‌ای 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 برای تصمیم‌گیری درباره خدمات درمانی خود

شما این حق را دارید که برای تصمیم‌گیری بهتر درباره خدمات درمانی‌تان، اطلاعات کاملی را از پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی خود درخواست کنید.

G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری

ارائه‌دهندگان شما باید مشکل پزشکی شما و انتخاب‌های درمانی را به روشی قابل درک برای شما توضیح دهد. شما از حقوق زیر برخوردار هستید:

- از انتخاب‌های تان 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. در صورتی که خدمات یا درمان‌های ارائه‌شده بخشی از آزمایش‌های تحقیقاتی هستند، باید از قبل شما را مطلع سازیم. شما حق دارید از هرگونه درمانی امتناع کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



- دریافت نظرات دیگر پزشکان شما حق دارید قبل از تصمیم‌گیری درباره درمان، از پزشک دیگری استفاده کنید.
- پاسخ منفی بدهید. شما حق دارید از دریافت هرگونه درمانی امتناع کنید. این حق شامل حق ترک بیمارستان یا سایر مراکز پزشکی، حتی در صورت توصیه پزشکتان به ماندن است. شما حق دارید مصرف داروهای تجویز شده را متوقف کنید. اگر از درمان امتناع کنید یا مصرف داروهای تجویز شده را متوقف کنید، شما را از طرح کنار می‌گذاریم. با این حال، اگر از درمانی خودداری کنید یا مصرف دارویی را متوقف کنید، مسئولیت کلیه عواقب آن بر عهده شما خواهد بود.
- از ما بخواهید دلیل امتناع ارائه‌دهنده از ارائه خدمات درمانی را به شما شرح دهیم. در صورتی که ارائه‌دهنده‌ای از ارائه خدمات درمانی به شما امتناع کرد، و تصور می‌کنید که باید این خدمات را دریافت کنید، شما حق دارید از ما درخواست کنید که توضیح بدهیم.
- از ما درخواست کنید تا خدمات یا دارویی که رد کرده‌ایم یا معمولاً تحت پوشش قرار نمی‌گیرد را پوشش دهیم. به این امر تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی گفته می‌شود. در فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضا درباره اینکه چطور می‌توانید از ما درخواست کنید که درباره پوشش‌دهی تصمیم‌گیری کنیم توضیح داده شده است.

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

جهت کسب اطلاعات بیشتر، در 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی با بخش خدمات اعضا Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP به شماره (855) 665-4627 تماس بگیرید. اگر ناشنوا یا کم‌شنوا هستید، برای خدمات رله کالیفرنیا با شماره TTY: 711 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:

- فرم ارائه حق تصمیم‌گیری درباره خدمات درمانی‌تان به شخصی دیگر را به صورت کتبی پر کنید.
- دستورالعمل‌های کتبی مربوط به زمانی که، از جمله درباره خدمات 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، "دستورالعمل پیش‌نگرانه" نام دارد. انواع مختلفی از "دستورالعمل پیش‌نگرانه" با نام‌های مختلف وجود دارد. نمونه‌هایی از آن عبارتند 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 "دستورالعمل پیش‌نگرانه" ندارید، اما می‌توانید داشته باشید. اگر می‌خواهید از "دستورالعمل پیش‌نگرانه" استفاده کنید، باید مراحل زیر را انجام دهید:
- فرم را دریافت کنید. این فرم را می‌توانید از دکترتان، وکلا، سازمان‌های خدمات حقوقی، یا مددکاران اجتماعی دریافت کنید. داروخانه‌ها و دفاتر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی هم اغلب این فرم‌ها را دارند. می‌توانید فرم را به صورت رایگان از اینترنت هم دانلود کنید. برای درخواست فرم می‌توانید با خدمات اعضا هم تماس بگیرید.
- فرم را پر و امضا کنید. این فرم یک سند حقوقی به‌شمار می‌رود. می‌توانید از وکلا یا فردی که به وی اعتماد دارید، مثل اعضای خانواده یا PCP خود، درخواست کنید تا در پر کردن فرم به شما کمک کنند.
- به افرادی که باید از فرم مطلع بشوند نسخه‌ای از فرم را بدهید. باید نسخه‌ای از فرم را به پزشکتان بدهید. همچنین باید به فردی که برای تصمیم‌گیری به‌جای شما معرفی کرده‌اید نسخه‌ای از فرم را بدهید. اگر مایل باشید می‌توانید نسخه‌هایی از فرم را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده‌تان هم بدهید. نسخه‌ای از فرم را در خانه نگه دارید.
- اگر می‌خواهید در بیمارستان بستری شود و دستورالعمل پیش‌نگرانه‌ای را امضا کرده‌اید، یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.
 - در بیمارستان از شما سؤال می‌شود که آیا "دستورالعمل پیش‌نگرانه" را امضا کرده‌اید و آیا آن را با خود به همراه دارید یا خیر.
 - اگر فرم "دستورالعمل پیش‌نگرانه" را امضا نکرده‌اید، در بیمارستان این فرم موجود است و از شما خواسته می‌شود اگر می‌خواهید آن را امضا کنید.

شما از حقوق زیر برخوردار هستید:

- دستورالعمل پیش‌نگرانه خود را در پرونده پزشکی خود قرار دهید.
- هر زمان خواستید دستورالعمل پیش‌نگرانه خود را تغییر دهید یا لغو کنید.
- در مورد تغییرات در مورد قوانین دستورالعمل پیش‌نگرانه بیشتر بدانید. طرح Molina Medicare Complete Care Plus (HMO)

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



D-SNP تغییرات قانون ایالتی را 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 نشود چه کاری باید انجام دهید

اگر "دستورالعمل پیش‌نگرانه‌ای" را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل‌های موجود در آن پیروی نمی‌کند، می‌توانید شکایتی را به Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 ارائه دهید. تماس با این شماره‌ها رایگان است. شماره 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 آدرس نامه ارسال کنید: **Department of Health Care Services**

Capitol Avenue 1501

PO Box 997413

Sacramento, Ca 95814

وبسایت: <http://calduals.org/background/ccl/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 تحت پوشش خود چه کاری می‌توانید انجام دهید. به‌عنوان مثال، می‌توانید از ما درخواست کنید درباره پوشش‌دهی تصمیم‌گیری کنیم، در خصوص تصمیم‌مان درباره پوشش‌دهی درخواست تجدید نظر کنید، یا شکایتی را ثبت کنید.

شما حق دارید اطلاعات مربوط با درخواست‌های تجدید نظر و شکایاتی را که دیگر اعضاء طرح علیه ما ثبت کرده‌اند دریافت کنید. جهت 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 ذکر شده در **فصل 11** از کتابچه راهنمای اعضا ارتباط ندارد، یا به اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود نیاز دارید، می‌توانید با شماره زیر تماس بگیرید:

- خدمات اعضاء.
- طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) از طریق شماره 714-560-0424. برای جزئیات بیشتر در مورد HICAP، به **فصل 2** مراجعه کنید
 - شهرستان Los Angeles: (213) 383-4519
 - شهرستان San Diego: (858) 565-8772
 - شهرستان Imperial: (760) 353-0223
 - شهرستان‌های Riverside و San Bernardino: (909) 256-8369
- برنامه رسیدگی به شکایات به شماره 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر در مورد این برنامه، به **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.
- طرح Medicare در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (شما همچنین می‌توانید حقوق و محافظت‌های Medicare که در وبسایت Medicare به نشانی www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf) در دسترس می‌باشد را مطالعه یا دانلود کنید.

A. مسئولیت‌های شما به عنوان عضوی از طرح

به‌عنوان عضوی از طرح، مسئولیت‌هایی دارید که در قسمت پایین فهرست شده‌اند. اگر پرسشی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- برای اطلاع از اینکه طرح ما چه خدمات و داروهایی را پوشش می‌دهد و برای دریافت این خدمات و داروها از چه مقرراتی باید پیروی کنید، **کتابچه راهنمای اعضا** را مطالعه کنید. برای جزئیات بیشتر درباره

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- برای داروهای تحت پوشش، به **فصل‌های 3 و 4** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. این فصل‌ها موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیستند، مقرراتی که لازم است تبعیت کنید و مبلغی که پرداخت می‌کنید را برای شما توصیف می‌کنند.
- برای داروهای تحت پوشش، به **فصل‌های 5 و 6** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- ما را از **طرح‌های سلامت یا پوشش داروی نسخه‌ای دیگری که دارید** مطلع سازید. ما باید اطمینان حاصل کنیم که هنگام دریافت خدمات درمانی از کل گزینه‌های در دسترس‌تان برای پوشش هزینه‌ها استفاده می‌کنید. اگر طرح‌های دیگری برای پوشش هزینه‌های‌تان دارید با خدمات اعضاء تماس بگیرید.
- به **پزشک‌تان یا دیگر ارائه‌دهندگان خدمات بگویید** که عضو طرح ما هستید. هنگامی دریافت خدمات یا دارو، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- به **پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی کمک کنید** تا به بهترین نحو از شما مراقبت کنند.
 - اطلاعات مورد نیاز درباره خودتان و وضعیت سلامتی‌تان را به آنها ارائه دهید. تا آنجا که می‌توانید درباره مشکلات سلامتی‌تان اطلاعات جمع‌آوری کنید. از طرح درمانی و دستورالعمل‌هایی که شما و ارائه‌دهندگان بر سر آن به توافق رسیده‌اید پیروی کنید.
 - اطمینان حاصل کنید که دکترتان و دیگر ارائه‌دهندگان از تمامی داروهای شما مطلع هستند. این امر شامل داروهای نسخه‌ای، داروهای غیرنسخه‌ای، ویتامین‌ها و مکمل‌ها می‌شود.
 - اگر سوالی دارید بپرسید. پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات باید مسائل را به شیوه‌ای که برای‌تان قابل درک باشد برای‌تان توضیح دهند. اگر سوالی کردید و پاسخ آن را متوجه نشدید، مجدداً پرسش خود را مطرح کنید.
- با **"مدیر پرونده‌تان"**، از جمله برای پر کردن ارزیابی سالانه خطر سلامتی، همکاری کنید.
- با **ملاحظه باشید**، از تمامی اعضاء طرح انتظار داریم به حقوق دیگران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم که شما در مطب پزشک، بیمارستان و سایر مراکز ارائه دهنده خدمات، رفتاری محترمانه داشته باشید.
- **بدهی‌تان را پرداخت کنید**. به‌عنوان عضوی از طرح، وظیفه دارید این هزینه‌ها را پرداخت کنید:
 - حق بیمه بخش A از Medicare و بخش B از Medicare. برای اکثر اعضای طرح، Medi-Cal حق بیمه بخش A از Medicare و حق بیمه بخش B از Medicare شما را پرداخت می‌کند.
 - اگر خدمات یا داروهایی را دریافت کنید که طرح ما آنها را پوشش نمی‌دهد، باید هزینه آنها را به‌طور کامل بپردازید. (توجه: اگر با تصمیم ما در خصوص پوشش‌ندادن خدمت یا دارویی مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** مراجعه کنید.)
- در صورت **نقل مکان به ما اطلاع دهید**. اگر در نظر دارید که نقل مکان کنید، فوراً به ما اطلاع دهید. با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضاء تماس بگیرید.
 - در صورت **نقل مکان به خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح ما**، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. فقط افرادی که در محدوده خدمات‌رسانی ما زندگی می‌کنند می‌توانند به طرح ما ملحق شوند. **فصل 1** از کتابچه راهنمای اعضا اطلاعاتی را درباره محدوده خدمات‌رسانی ما ارائه می‌دهد.
 - اگر نمی‌دانید که آیا به خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح ما نقل مکان می‌کنید یا خیر، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. طی دوره عضویت ویژه، می‌توانید طرح‌تان را به **Original Medicare** تغییر دهید یا در یکی از طرح‌های سلامت یا داروهای نسخه‌ای Medicare در منطقه جدیدتان عضو شوید. اگر در منطقه جدیدتان طرح دیگری را داشته باشیم، می‌توانیم به شما اطلاع دهیم.
 - هنگام نقل مکان، آدرس جدید خود را به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. برای شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal به **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- حتی اگر در صورت **نقل مکان همچنان در محدوده خدمات‌رسانی طرح ما بودید**، باید به ما اطلاع دهید. ما باید سوابق عضویت شما را به‌روز نگه داریم و از راه‌های ارتباطی با شما مطلع باشیم.
 - اگر شماره تلفن جدیدی تهیه کردید، یا راه‌های بهتر برای برقراری ارتباط با شما را به ما اطلاع دهید.
 - اگر پرسش یا دغدغه‌ای دارید، با خدمات اعضاء تماس بگیرید.



فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی، درخواست تجدید نظر یا شکایت در این رابطه) از چه طریقی باید اقدام کنید

مقدمه

این فصل اطلاعاتی را درباره حقوق‌تان به شما ارائه می‌دهد. 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.
- با تصمیمی که طرح‌تان در خصوص خدمات درمانی‌تان اتخاذ کرده است مخالف هستید.
- تصور می‌کنید که خدمات تحت پوشش‌تان خیلی زود به پایان رسیده است.
- اگر درباره 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 تقسیم شده است تا مطالب مورد نیازتان را به‌آسانی پیدا کنید. اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل را که به شرایطتان مربوط می‌شود مطالعه کنید.

باید خدمات درمانی، داروها و خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدتی را که پزشک شما یا دیگر ارائه‌دهندگان خدمات برای‌تان ضروری دانسته‌اند به عنوان بخشی از طرح درمانی خود دریافت کنید. اگر در رابطه با خدمات درمانی خود مشکلی دارید، می‌توانید از طریق شماره **1-855-501-3077** با **Medi-Cal Ombuds** تماس بگیرید و راهنمایی دریافت کنید. این فصل گزینه‌های مختلفی را که برای مشکلات و شکایات مختلف در اختیار دارید برای‌تان توضیح می‌دهد، اما همواره برای دریافت راهنمایی درباره مشکلات‌تان می‌توانید با برنامه رسیدگی به شکایات تماس بگیرید. به منظور آگاهی از سایر منابع اطلاعاتی که به نگرانی‌های شما می‌پردازند و روش‌های تماس در رابطه با آنها، به فصل 2 از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.



147	A. اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری باید انجام دهید.
147	A1. درباره اصطلاحات حقوقی.
147	B. محل‌های دریافت کمک
147	B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر.
148	C. درک رویه‌های شکایت و درخواست تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما.
149	D. مشکلات مرتبط با مزایای شما.
149	E. تصمیمات درباره پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر
149	E1. تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی:
149	E2. درخواست‌های تجدیدنظر
150	E3. کمک در رابطه با تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر
150	E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند.
151	F. مراقبت پزشکی
151	F1. نحوه استفاده از این بخش.
151	F2. درخواست تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی خدمات
153	F3. درخواست تجدیدنظر سطح 1
155	F4. درخواست تجدیدنظر سطح 2
159	F5. مشکلات مربوط به پرداخت
159	G. داروهای نسخه‌ای بخش D از Medicare
160	G1. تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی داروهای بخش D از Medicare و درخواست تجدیدنظر درباره تصمیمات
161	G2. استثناها در خصوص داروهای بخش D از طرح Medicare:
162	G3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست استثناء قائل‌شدن از آنها مطلع باشید.
162	G4. درخواست برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی خدمات، شامل یک استثنا
164	G5. درخواست تجدیدنظر سطح 1
165	G6. درخواست تجدیدنظر سطح 2
166	H. درخواست از ما برای پوشش‌دهی مدت زمان بستری بیشتر در بیمارستان.
166	H1. کسب اطلاعاتی درباره حقوق شما در Medicare
167	H2. درخواست تجدیدنظر سطح 1
169	H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2
169	I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی خاص
169	I1. ابلاغیه قبلی قبل از اتمام پوشش شما.
170	I2. درخواست تجدیدنظر سطح 1
171	I3. درخواست تجدیدنظر سطح 2

- J. درخواست بررسی فراتر از سطح 2.....172
- J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare172
- J2. درخواست‌های تجدیدنظر بیشتر Medi-Cal.....173
- J3. درخواست تجدیدنظر سطوح 3، 4 و 5 برای داروهای بخش D.....173
- K. نحوه ثبت شکایت.....174
- K1. در رابطه با چه مشکلاتی باید شکایت کرد؟.....174
- K2. شکایت‌های داخلی175
- K3. شکایت‌های خارجی.....175

A. اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری باید انجام دهید

این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها را توضیح می‌دهد. روندی که طی می‌کنید به نوع مشکلی که دارید بستگی دارد. به‌عنوان مثال، برای تصمیمات درباره پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر از یک روند و برای ثبت شکایات که "نارضایتی" هم نامیده می‌شود از روندی دیگری استفاده می‌کنید.

به‌منظور تضمین برقراری عدالت و حفظ سرعت عمل، تمامی فرآیندها دارای مجموعه‌ای از قوانین، رویه‌ها و مواعدهای زمانی است که ما و شما باید از آن‌ها پیروی کنیم.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

در این فصل برای برخی از قوانین و مواعدهای زمانی از اصطلاحات قانونی استفاده شده است. درک بسیاری از این اصطلاحات ممکن است دشوار باشد، بنابراین هر کجا که امکان آن فراهم باشد به‌جای اصطلاحات حقوقی خاص از عبارات ساده‌تری استفاده می‌کنیم. ما تا جایی که امکان داشته باشد کمتر از اختصارها استفاده کرده‌ایم.

به عنوان مثال:

- "شکایت کنید" به جای "تسلیم شکایت"
- "تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی" به جای "تصمیم‌سازمانی"، "معین‌سازی مزایا"، "تعیین در معرض ریسک بودن" یا "تعیین تکلیف پوشش‌دهی"
- "تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی" به جای "تعیین تکلیف تسریع‌یافته"
- "سازمان بازرسی مستقل (IRO)" به‌جای "نهاد بررسی مستقل (IRE)"

آگاهی از اصطلاحات حقوقی مناسب می‌تواند در برقراری ارتباط به شیوه‌ای شفاف‌تر به شما کمک کند، بنابراین این اصطلاحات را هم در اینجا آورده‌ایم.

B. محل‌های دریافت کمک**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. در غیر اینصورت، شاید اطلاعات لازم برای انجام اقدامات بعدی را در اختیار نداشته باشید.

درخواست کمک از برنامه مشاوره و پشتیبانی بیمه سلامت

می‌توانید با برنامه مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه سلامت (HICAP) تماس بگیرید. مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و در زمینه رسیدگی به مشکلاتتان به شما کمک کنند. برنامه HICAP هیچ ارتباطی با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح خدمات درمانی دیگری ندارد. برنامه HICAP دارای مشاورین آموزش‌دیده‌ای در همه کشورهای است و خدمات آن رایگان است. برای تماس با HICAP با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

درخواست کمک از برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal

می‌توانید با برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و در مورد سؤالات پوشش سلامت خود با یک وکیل مدافع صحبت کنید. این برنامه کمک حقوقی رایگان ارائه می‌دهد. برنامه رسیدگی به شکایات با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا طرح‌های بیمه درمانی ارتباطی ندارد. شماره تلفن آن‌ها 1-855-501-3077 و وبسایت آن‌ها www.healthconsumer.org است.

دریافت کمک و اطلاعات از Medicare

برای دریافت اطلاعات و کمک بیشتر، با Medicare تماس بگیرید. اینجا دو روش برای دریافت کمک از Medicare ارائه شده است:

- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.
- کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به وبسایت Medicare به آدرس (www.medicare.gov) مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



کمک و اطلاعات از Medi-Cal

تماس: شماره 449-5000 (916)، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر به وقت محلی.

درخواست کمک از دپارتمان خدمات درمانی کالیفرنیا

دفتر رسیدگی به شکایات خدمات درمانی مدیریت‌شده Medi-Cal از دپارتمان خدمات درمانی کالیفرنیا (DHCS) می‌تواند شما را یاری کند. آن‌ها می‌توانند در زمینه مشکلات مربوط به عضویت، تغییر، یا خروج از برنامه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کمک کنند. در صورتی که نقل مکان 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 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر از طریق شماره 1-888-452-8609 با مسئول رسیدگی به شکایات تماس بگیرید.

درخواست کمک از اداره خدمات درمانی مدیریت‌شده کالیفرنیا

برای کمک رایگان با اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا (DMHC) تماس بگیرید. این اداره مسئولیت نظارت بر طرح‌های بهداشت را بر عهده دارد. اداره DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت‌حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن 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.dmhc.ca.gov. اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا مسئول سامان‌بخشی به طرح‌های خدمات درمانی است. در صورت هرگونه نارضایتی در رابطه با طرح درمانی خود، باید ابتدا با طرح خود به شماره 711: TTY (855) 665-4627، شماره 711 تماس بگیرید و پیش از تماس با اداره فوق، از روند شکایت از طرح درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این فرآیند تسلیم شکایت باعث تضییع حقوق قانونی احتمالی یا ارائه درمان‌های در دسترس شما نخواهد شد. اگر در خصوص شکایت از خدمات اورژانس، شکایتی که طرح خدمات درمانی شما آن را به‌طور رضایت‌بخش حل‌وفصل نکرده است، یا شکایتی که برای بیش از 30 روز حل‌نشده باقی مانده است، به کمک نیاز دارید می‌توانید جهت دریافت راهنمایی با این اداره تماس بگیرید. ممکن است واجد شرایط "بررسی پزشکی مستقل (IMR)" باشید. اگر شرایط IMR را داشته باشید، طی IMR تصمیمات پزشکی طرح خدماتی‌تان در رابطه با ضرورت ارائه خدمات یا درمان‌ها، تصمیمات گرفته‌شده در خصوص پوشش‌دهی درمان‌هایی که ذاتاً آزمایشی یا تحقیقاتی بوده‌اند، و دعاوی مربوط به پرداخت هزینه‌های خدمات پزشکی اورژانسی یا اضطراری به‌صورت بی‌طرفانه بررسی خواهند شد. این دپارتمان همچنین یک خط تلفن رایگان (به‌شماره 1-888-466-2219) و یک خط TDD (به‌شماره 1-877-688-9891) را برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا تکلم اختصاص داده است. وبسایت اینترنتی این دپارتمان به‌نشانی www.dmhc.ca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های تقاضا برای IMR و دستورالعمل‌های آنلاین می‌باشد.

C. درک رویه‌های شکایت و درخواست تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما عضو طرح‌های Medicare و Medi-Cal هستید. اطلاعات ارائه‌شده در این فصل برای تمام مزایای خدمات درمانی مدیریت‌شده Medicare و Medi-Cal شما اعمال می‌شود. این فرآیند گاهی اوقات "فرآیند 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 ادغام کرد. در این شرایط، شما از یک فرآیند برای مزایای Medicare و از فرآیند دیگر برای مزایای Medi-Cal استفاده می‌کنید. بخش F4 چنین شرایطی را توضیح می‌دهد.



D. مشکلات مرتبط با مزایای شما

اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل را که به شرایطتان مربوط می‌شود 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 به مزایای پوشش‌دهی خدمات شما مربوط می‌شود؟	
این مشکلات شامل مشکلات مرتبط با پوشش‌دهی یا عدم پوشش‌دهی خدمات مراقبت پزشکی خاص (اقلام پزشکی، خدمات و یا داروهای نسخه‌ای بخش B)، شیوه پوشش‌دهی آنها، و مشکلات مرتبط با پرداخت هزینه خدمات درمانی هستند.	
بله. مشکل من به مزایای پوشش هزینه‌ها مربوط می‌شود.	خیر. مشکل من به مزایای پوشش هزینه‌ها مربوط نمی‌شود.
به بخش E، "تصمیمات درباره پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر" مراجعه کنید.	به بخش K، "چگونه شکایت کنیم" مراجعه کنید.

E. تصمیمات درباره پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر

فرآیند درخواست تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر به مشکلات مرتبط با مزایای پوشش‌دهی هزینه‌های‌تان می‌پردازد (خدمات، اقلام، و داروهای نسخه‌ای بخش B، از جمله پرداخت). برای سادگی بیشتر، برای اشاره به اقلام پزشکی، خدمات، و داروهای نسخه‌ای بخش B از عبارت "خدمات درمانی" استفاده می‌کنیم.

E1. تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی:

تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی طرح به تصمیم‌گیری درباره مزایای پوشش‌دهی شما، یا درباره مبلغ پرداختی توسط ما برای خدمات پزشکی، موارد مختلف یا داروهای شما گفته می‌شود. به عنوان مثال، پزشک شما که عضو شبکه است هر زمان که از او مراقبت‌های پزشکی دریافت می‌کنید، تصمیم (مطلوبی) را درباره پوشش‌دهی برای شما می‌گیرد (به فصل 4، بخش H از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید).

شما یا پزشک شما هم می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی را ارائه دهید. شما یا پزشکتان ممکن است درباره اینکه آیا خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا خیر، یا اینکه آیا از ارائه خدمات درمانی مورد نیازتان 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 درباره پوشش‌دهی خدمات شما تصمیم بگیریم.

تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی به تصمیم‌هایی اطلاق می‌شود که درباره اینکه کدام خدمات برای شما تحت پوشش هستند و چه مبلغی 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 درباره پوشش‌دهی خدمات یا داروها مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

E2. درخواست‌های تجدیدنظر

اگر ما تصمیمی در رابطه با پوشش‌دهی خدمات یا داروها گرفتیم و شما از این تصمیم راضی نبودید، در خصوص این تصمیم‌گیری می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. با درخواست تجدید نظر می‌توانید به صورت رسمی از ما درخواست کنید تصمیم‌مان درباره پوشش‌دهی را مرور کنیم و تغییر دهیم.

به اولین درخواست برای تجدیدنظر درباره تصمیم درخواست تجدیدنظر سطح 1 گفته می‌شود. در این درخواست تجدیدنظر، تصمیمی را که در رابطه با پوشش‌دهی خدمات یا داروها گرفته‌ایم بررسی می‌کنیم تا مشخص شود که آیا همه قوانین را بدرستی رعایت کرده‌ایم یا خیر. چند بازرس، که با بازرسانی که تصمیم نامطلوب اصلی را گرفتند متفاوت هستند، به درخواست 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 خدمات درمانی مدیریت‌شده به آدرس www.dmh.ca.gov برای بررسی پزشکی IMR درخواست کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به بخش F4 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



پس از اتمام بررسی، تصمیم‌مان را 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، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم. اگر مشکل شما درباره پوشش‌دهی خدمات درمانی Medicare است، در نامه ارسالی به شما اطلاع می‌دهیم که پرونده شما برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای "سازمان 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 می‌شود که 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 کالاهایی است که هم Medicare و هم Medicaid پوشش می‌دهند، در این نامه اطلاعاتی را در خصوص هر دو نوع درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما ارائه می‌دهیم.

اگر از تصمیم گرفته‌شده برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 رضایت ندارید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر را در سطوح دیگری پیگیری کنید.

E3. کمک در رابطه با تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر

از مراکز زیر می‌توانید درخواست کمک کنید:

- با خدمات اعضا به شماره‌های درج‌شده در پایین صفحه.
- برنامه رسیدگی به شکایت Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077.
- برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) به شماره 1-800-434-0222.
- مرکز راهنمایی در اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده (DMHC) برای کمک رایگان. این اداره مسئولیت نظارت بر طرح‌های بهداشت را بر عهده دارد. اداره DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت‌حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 می‌باشد. افرادی که ناشنوا هستند و مشکل شنوایی یا گفتاری دارند می‌توانند از شماره TDD رایگان 1-877-688-9891 استفاده کنند. همچنین می‌توانید به وبسایت DMHC مراجعه کنید: www.dmhc.ca.gov.
- پزشک‌تان یا دیگر ارائه‌دهندگان. پزشک‌تان یا دیگر ارائه‌دهندگان می‌توانند به‌نماینده‌ای از شما برای تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی و تجدیدنظر درخواست دهند.
- دوستان یا اعضای خانواده. می‌توانید فرد دیگری را منصوب کنید تا به‌نماینده‌ای از شما برای تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی طرح یا برای تجدیدنظر درخواست دهد.
- وکیل. شما این حق را دارید که از یک وکیل بخواهید برای تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی یا تجدیدنظر درخواست دهد، اما ملزم به داشتن وکیل نیستید.
 - با وکیل خودتان تماس بگیرید، یا اسم وکیلی را از کانون وکلای محلی یا دیگر مراکز ارجاع دریافت کنید. برخی گروه‌های حقوقی، در صورتی که شرایط لازم را داشته باشید، خدمات حقوقی رایگان را به شما ارائه می‌دهند.
 - با تماس با برنامه رسیدگی به شکایات Medi-Cal از طریق شماره 1-855-501-3077 یک وکیل کمک حقوقی درخواست کنید.
- اگر از یک وکیل یا فرد دیگری می‌خواهد به‌نماینده‌ای از شما اقدام کنید، فرم "انتصاب نماینده" را پر کنید. این فرم اجازه اقدام به‌نماینده‌ای از شما را به فرد دیگری می‌دهد.

از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و فرم "انتصاب نماینده" را درخواست کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا از طریق وبسایت ما به نشانی www.MolinaHealthcare.com/Medicare فرم را دریافت کنید. باید نسخه‌ای از فرم امضاءشده را در اختیار ما قرار دهید.

E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند

در چهار شرایط مختلف ممکن است با تصمیمات درباره پوشش‌دهی و درخواست تجدیدنظر مواجه شوید. هرکدام از این شرایط دارای قوانین و مواعید قانونی متفاوتی است. در بخش جداگانه‌ای از این فصل جزئیات هر یک از این شرایط را ارائه می‌کنیم. به بخش مربوطه مراجعه کنید:

- بخش F، "مراقبت‌های پزشکی"
- بخش G، "داروهای نسخه‌ای بخش D از Medicare"
- بخش H، "درخواست از ما برای پوشش‌دهی مدت زمان بستری بیشتر در بیمارستان"



- **بخش I**، "درخواست از ما برای ادامه پوشش‌دهی برخی خدمات پزشکی خاص" (این بخش فقط برای این خدمات اعمال می‌شود: خدمات درمانی در منزل، خدمات پرستاری تخصصی در آسایشگاه، و تشکیلات توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF)). اگر مطمئن نیستید از کدام بخش استفاده کنید، از طریق شماره‌های پایین صفحه با "خدمات اعضاء" تماس بگیرید.

F. مراقبت پزشکی

اگر با پوشش‌دهی مراقبت پزشکی‌تان مشکل دارید یا اگر از ما درخواست دارید سهممان از هزینه مراقبت پزشکی‌تان را به شما برگردانیم، این بخش شما را راهنمایی می‌کند.

این بخش در مورد مزایای شما برای مراقبت پزشکی است که در **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است. در برخی موارد ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی نسخه‌ای بخش B از Medicare اعمال شود. در اینصورت، تفاوت مقررات داروهای نسخه‌ای بخش B از طرح Medicare را با مقررات خدمات و کالاهای پزشکی برای‌تان توضیح می‌دهیم.

F1. نحوه استفاده از این بخش

این بخش توضیح می‌دهد که در شرایط زیر چه کاری باید انجام دهید:

1. تصور می‌کنید که ما مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز شما را پوشش می‌دهیم، اما این خدمات را دریافت نمی‌کنید. کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما درخواست کنید درباره پوشش‌دهی خدمات تصمیم‌گیری کنیم. به **بخش F2** مراجعه کنید.
 2. ما مراقبت‌های پزشکی را که پزشک شما یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی می‌خواهند به شما ارائه دهند، تأیید نکردیم، و شما فکر می‌کنید که ما باید تأیید کنیم. کاری که می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید در خصوص تصمیم‌مان درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F3** مراجعه کنید.
 3. مراقبت‌های پزشکی را که به باورتان ما پوشش می‌دهیم دریافت کرده‌اید، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم. کاری که می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید در خصوص تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت هزینه‌ها درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F5** مراجعه کنید.
 4. خدماتی را دریافت کردید و هزینه آن را پرداخت کردید اما تصور می‌کردید که ما این خدمات را پوشش می‌دهیم، و از ما درخواست دارید هزینه آن را به شما عودت دهیم. کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما درخواست کنید مبلغ را به شما عودت دهیم. به **بخش F5** مراجعه کنید.
 5. ما پوشش برخی مراقبت‌های پزشکی خاص را کاهش دادیم یا متوقف کردیم، و تصور می‌کنید تصمیم‌مان ممکن است به سلامتی شما آسیب بزند. کاری که 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 تمامی موقعیت‌هایی که شامل کاهش یا توقف پوشش برخی مراقبت‌های پزشکی خاص می‌شود، از این بخش (**بخش F**) به‌عنوان راهنما استفاده کنید.
6. در دریافت خدمات درمانی‌تان تاخیر ایجاد شده است یا نمی‌توانید پزشکی را بیابید. کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید شکایتی را مطرح کنید. به **بخش K2** مراجعه کنید.

F2. درخواست تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی خدمات

هنگامی که تصمیمی در خصوص پوشش‌دهی خدمات شامل خدمات درمانی شما می‌شود، به آن "تعیین تکلیف سازمانی یکپارچه" می‌گویند.

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



شما، پزشک شما، یا نماینده شما به روش‌های زیر می‌توانید از ما درخواست کنید در خصوص پوشش‌دهی خدمات تصمیم بگیریم:

- تماس: 665-4627 (855)؛ TTY: 711 تماس بگیرید.
- فکس: 834-2155 (844).

• به این آدرس نامه ارسال کنید: Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

تصمیم‌گیری استاندارد در خصوص 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 در خصوص پوشش‌دهی خدمات به این معنی است که ما درباره موارد زیر به شما پاسخی روشن می‌دهیم:
- خدمات یا کالای پزشکی در عرض 14 روز تقویمی بعد 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 نسخه‌ای بخش B از Medicare ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما.

تصمیم‌گیری سریع در خصوص پوشش‌دهی

اصطلاح حقوقی عبارت "تصمیم‌گیری سریع در خصوص پوشش‌دهی"، "تعیین تکلیف تسریع‌شده" است.

هنگامی که از ما می‌خواهید در خصوص پوشش‌دهی خدمات درمانی‌تان تصمیم‌گیری کنیم و برای حفظ سلامتی‌تان به پاسخی سریع نیاز دارید، از ما برای "تصمیم‌گیری سریع در خصوص پوشش‌دهی" درخواست کنید. تصمیم‌گیری سریع در خصوص پوشش‌دهی خدمات به این معنی است که ما درباره موارد زیر به شما پاسخی روشن می‌دهیم:

- خدمات یا اقلام پزشکی ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما، یا در صورتی که شرایط پزشکی شما مستلزم پاسخ سریع‌تری باشد، زودتر از این موعد.
- داروی نسخه‌ای بخش B از Medicare ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما.

برای اینکه در خصوص پوشش‌دهی خدمات‌تان سریع تصمیم‌گیری شود، باید دو شرط زیر را داشته باشید:

- درخواست پوشش‌دهی برای خدمات و یا اقلام پزشکی را داشته باشید که "دریافت نکردید". در خصوص پوشش هزینه‌های خدمات یا اقلام 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 در خصوص 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 در خصوص پوشش‌دهی را ندارد، یک نامه برای‌تان ارسال می‌کنیم و در عوض از موعدهای زمانی استاندارد پیروی می‌کنیم. در این نامه آمده است که:
 - در صورت درخواست پزشک، به‌طور خودکار خیلی سریع در خصوص پوشش‌دهی خدمات‌تان تصمیم‌گیری می‌کنیم.
 - چطور می‌توانید در خصوص تصمیم ما برای اتخاذ رویه معمول تصمیم‌گیری به‌جای تصمیم‌گیری سریع در خصوص پوشش‌دهی خدمات، یک "شکایت سریع" طرح کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K مراجعه کنید.
- اگر پاسخ‌مان به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر پاسخ‌مان منفی باشد، حق درخواست تجدیدنظر برای شما محفوظ است. اگر فکر می‌کنید که مرتکب اشتباه شده‌ایم، یکی از راه‌های رسمی برای بررسی تصمیم‌مان و تغییر آن درخواست تجدیدنظر است.
- 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 در خصوص پوشش‌دهی را رد کنیم، به این معنی که درخواست را بررسی نمی‌کنیم. مثال‌هایی از مواقعی که درخواستی رد می‌شود عبارتند از:

- اگر درخواست ناقص باشد،
- اگر شخصی از طرف شما درخواست را ارائه کند اما از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، یا
- اگر بخواهید درخواست‌تان پس گرفته شود.



اگر درخواست برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی را رد کنیم، ابلاغیه‌ای را برای شما ارسال می‌کنیم و دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست برای بررسی رد درخواست را توضیح می‌دهیم. این بررسی، تجدیدنظر نامیده می‌شود. درخواست‌های تجدیدنظر در بخش بعدی شرح داده می‌شوند.

F3. درخواست تجدیدنظر سطح 1

جهت آغاز مرحله درخواست تجدیدنظر، شما یا پزشک شما یا یک ارائه‌دهنده دیگر و یا نماینده شما باید با ما تماس بگیرید. لطفاً از طریق شماره (855) 665-4627، شماره TTY: 711 با ما تماس بگیرید.

برای درخواست "تجدید نظر استاندارد" یا "تجدیدنظر سریع"، به‌صورت کتبی یا از طریق شماره (855) 665-4627، شماره TTY: 711 با ما تماس بگیرید.

- اگر پزشک یا سایر تجویزکنندگان شما درخواست دهد که خدمات یا کالاهایی را که هم‌اکنون دریافت می‌کنید طی دوره رسیدگی به درخواست تجدیدنظرتان همچنان دریافت کنید، شما باید آنها را به‌عنوان نماینده خود معرفی کنید تا به‌نماینده‌گی از شما اقدام کنند.
- اگر شخص دیگری غیر از پزشک شما درخواست تجدید نظر 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 www.MolinaHealthcare.com/Medicare می‌توانید فرم را دریافت کنید.
- ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون این فرم بپذیریم، اما تا زمانی که 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 درخواست‌تان را رد می‌کنیم، و
 - اطلاعیه‌ای کتبی را برای شما ارسال می‌کنیم و در آن توضیح می‌دهیم که این حق را دارید که از IRO درخواست کنید تصمیم‌مان به رد درخواست تجدید نظر شما را بررسی کند.

باید ظرف 65 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 درباره موعد معین‌شده به شما داده‌ایم. وقتی درخواست تجدیدنظرتان را ارسال می‌کنید توضیح دهید که چرا درخواست تجدیدنظرتان با تأخیر همراه بوده است.

- شما حق دارید از ما درخواست کنید نسخه‌ای رایگان از اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظرتان را در اختیارتان قرار دهیم. شما و پزشکتان هم می‌توانید اطلاعات بیشتری را جهت کمک به درخواست تجدیدنظرتان به ما ارائه دهید.
- اگر بر اساس شرایط سلامت‌تان لازم است، می‌توانید درخواست "تجدیدنظر سریع" داشته باشید.

اصطلاح حقوقی "تجدیدنظر سریع"، "تجدیدنظر تسریع‌شده" است.

- اگر در مورد تصمیم ما در خصوص پوشش خدماتی که دریافت نکرده‌اید درخواست تجدیدنظر کنید، شما و/یا پزشکتان تصمیم می‌گیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
- اگر پزشکتان به ما بگویند که سلامت شما اینگونه ایجاب می‌کند، به‌طور خودکار درخواست تجدید نظر سریع را برای شما ثبت می‌کنیم. اگر بدون حمایت پزشکتان چنین درخواستی را ارائه دهید، ما تصمیم می‌گیریم که درخواست تجدیدنظر سریع را برای شما ثبت کنیم یا خیر.
- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم برای درخواست تجدید نظر سریع را ندارد، موضع را طی نامه‌ای به شما می‌کنیم و در عوض از موعدهای زمانی استاندارد پیروی می‌کنیم. در این نامه آمده است که:
 - در صورت درخواست پزشک، به‌طور خودکار درخواست تجدید نظر سریع را برای شما ثبت می‌کنیم.
 - چطور می‌توانید در خصوص تصمیم ما برای ثبت درخواست تجدید نظر استاندارد، به جای درخواست تجدید نظر سریع، یک "شکایت سریع" طرح کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K مراجعه کنید.



در صورتی که به شما اطلاع دهیم که ارائه خدمات یا کالاهایی را که هم‌اکنون دریافت می‌کنید متوقف می‌کنیم یا کاهش می‌دهیم، شاید بتوانید این خدمات یا کالاها را در طول فرآیند درخواست تجدیدنظر تان همچنان دریافت کنید.

- اگر تصمیم بگیریم پوشش‌دهی خدمات یا کالاها را دریافتی‌تان را تغییر دهیم یا متوقف کنیم، قبل از انجام این کار ابلاغیه‌ای را برای شما ارسال می‌کنیم.
 - اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 1 را ارسال کنید.
 - اگر ظرف **10 روز تقویمی** از تاریخ درج‌شده روی نامه 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 پیش از این موعد درخواست‌تان را ثبت کنید، مادامیکه درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما در دست بررسی است همچنان خدمات یا کالاها را بدون هیچ تغییری دریافت می‌کنید.
 - همچنین تمامی خدمات یا کالاها را دیگر (که مشروط به درخواست تجدیدنظر تان نیستند) را هم دریافت می‌کنید.
 - اگر قبل از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر ندهید، خدمات یا داروهای شما تا زمانی که منتظر تصمیم تجدیدنظر خود هستید ادامه نخواهد یافت.
- ما به درخواست تجدیدنظر تان رسیدگی می‌کنیم و پاسخ‌مان را به شما ارائه می‌دهیم.**
- وقتی درخواست تجدیدنظر تان را بررسی می‌کنیم، تمامی اطلاعات مربوط به درخواست پوشش‌دهی خدمات پزشکی‌تان را مجدداً با دقت بررسی می‌کنیم.
 - با دقت بررسی می‌کنیم که آیا هنگامی که به درخواست‌تان پاسخ منفی دادیم از تمامی مقررات پیروی کرده‌ایم یا خیر.
 - در صورت نیاز اطلاعات بیشتری را جمع‌آوری می‌کنیم. ممکن است با شما یا پزشک‌تان تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری دریافت کنیم.

موعدایی برای درخواست تجدید نظر سریع وجود دارد.

- اگر ما از مواعید زمانی سریع استفاده می‌کنیم، باید ظرف **72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا اگر شرایط سلامتی شما ایجاب کند خیلی زودتر، به شما پاسخگو باشیم. اگر شرایط سلامتی‌تان ایجاب کند زودتر جواب‌مان را ارائه می‌دهیم.
- اگر ظرف **72 ساعت** به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. سپس یک **IRO** درخواست‌تان را مجدداً 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 کالاها **Medicaid** است، خودتان می‌توانید در سریع‌ترین زمان ممکن درخواست تجدیدنظر سطح 2 - دادرسی ایالتی را نزد ایالت ثبت کنید. دادرسی ایالتی در کالیفرنیا بخش دادرسی‌های ایالتی نامیده می‌شود. به‌منظور ثبت درخواست "دادرسی ایالتی"، به نشانی وبسایت www.CDSS.CA.GOV مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم، باید در عرض **72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا در صورتی که شرایط سلامتی شما ایجاب کند خیلی زودتر، پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم تأیید یا ارائه کنیم.
- اگر پاسخ‌مان به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، درخواست تجدیدنظر شما را به سازمان بازرسی مستقل برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم.

موعدایی برای درخواست تجدید نظر استاندارد وجود دارد.

- وقتی از مواعید استاندارد استفاده می‌کنیم، باید ظرف **30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما در خصوص پوشش خدماتی که دریافت نکرده‌اید، به شما پاسخ دهیم.
 - اگر درخواست شما برای یک داروی نسخه‌ای بخش **B** از **Medicare** است که دریافت نکرده‌اید، ما پاسخ خود را ظرف **7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر یا در صورتی که سلامتی‌تان ایجاب کند زودتر از این موعد به شما ارائه می‌دهیم.
 - اگر ظرف موعد معین شده به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک **IRO** درخواست‌تان را مجدداً 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 کالاها **Medicaid** است، خودتان می‌توانید در سریع‌ترین زمان ممکن درخواست تجدیدنظر سطح 2 - دادرسی ایالتی را نزد ایالت ثبت کنید. دادرسی ایالتی در کالیفرنیا بخش دادرسی‌های ایالتی نامیده می‌شود. به‌منظور ثبت درخواست "دادرسی ایالتی"، به نشانی وبسایت www.CDSS.CA.GOV مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم، باید در عرض 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 در صورتی که درخواست تجدیدنظر شما مربوط به داروهای نسخه‌ای بخش **B** از طرح **Medicare** است در عرض 7 روز تقویمی از تاریخی که درخواست شما دریافت کرده‌ایم، پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم تأیید یا ارائه کنیم.**



اگر پاسخ ما به بخشی یا کل درخواست شما **منفی** باشد، **حق تجدیدنظر بیشتر برای شما محفوظ است:**

- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل درخواست شما **منفی** باشد، نامه‌ای 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 برای سازمان 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 که چگونه شخصاً برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 اقدام کنید.

F4. درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر ما به بخشی یا به تمام درخواست بررسی مرحله 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، یک نامه برایتان 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، پرونده 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. این نامه نحوه انجام این کار را برای‌تان توضیح می‌دهد. در ادامه این فصل اطلاعات بیشتری در این باره ارائه شده است. ما برای خدمات یا اقلام تحت پوشش Medi-Cal به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر سطح 2 را 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 را برای سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم. علاوه بر درخواست تجدیدنظر سطح 2 خودکار، می‌توانید برای دادرسی ایالتی و بررسی پزشکی مستقل نزد ایالت نیز درخواست دهید. با این حال، در صورتی که مدارک را برای دادرسی ایالتی ارائه داده باشید، امکان درخواست برای بررسی پزشکی مستقل وجود نخواهد داشت.

اگر پس از درخواست تجدیدنظر سطح 1 شرایط شما برای ادامه دریافت مزایا محرز شود، مزایای شما برای خدمات، کالاها، یا داروها ذکر شده در درخواست تجدیدنظر ممکن است همچنان طی فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 2 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 معمولاً فقط توسط Medicare پوشش داده می‌شوند، در طول مراحل درخواست تجدیدنظر سطح 2 در سازمان بررسی مستقل، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام ادامه خواهد داشت.
- اگر مشکل‌تان مربوط به خدماتی است که معمولاً فقط توسط Medi-Cal پوشش داده می‌شوند، اگر در عرض 10 روز تقویمی پس از دریافت نامه حاوی تصمیم ما درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ارسال کنید مزایای شما برای این خدمات ادامه خواهد داشت.

وقتی مشکل‌تان مربوط به خدمات یا کالایی است که معمولاً Medicare پوشش می‌دهد

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدیدنظرتان را بررسی می‌کند. این سازمان مستقل توسط Medicare استخدام شده است.

نام رسمی "سازمان بازرسی مستقل (IRO)"، "نهاد بررسی مستقل" است که گاهی اوقات IRE نامیده می‌شود.

- این سازمان با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی نیست. طرح Medicare سازمان بازرسی مستقل را برای انجام این کار برگزید و Medicare بر کار این سازمان نظارت دارد.
- ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما ("پرونده" شما) را به این سازمان ارسال می‌کنیم. شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید.
- شما حق دارید اطلاعات بیشتری را جهت کمک به موفقیت درخواست تجدیدنظرتان به سازمان بازرسی مستقل ارائه دهید.
- بازرسان سازمان بررسی مستقل به‌دقت تمامی اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنند.



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 بازرسی مستقل باید در عرض 72 ساعت از زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را دریافت می‌کند به درخواست‌تان پاسخ دهد.
- اگر تجدیدنظر استاندارد در سطح 1 داشتید، به‌طور خودکار یک تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 هم خواهید داشت.
- اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 1 داشتید، به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دریافت می‌کنید.
- سازمان بازرسی مستقل باید در عرض 30 روز تقویمی از زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را دریافت می‌کند به درخواست‌تان پاسخ دهد.
- اگر درخواست شما برای داروی نسخه‌ای بخش B از Medicare است، سازمان بازرسی مستقل باید در عرض 7 روز تقویمی از زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را دریافت می‌کند به درخواست‌تان پاسخ دهد.
- اگر سازمان بازرسی مستقل پاسخ خود را به‌صورت کتبی به شما ارائه کند و دلایلش برای این پاسخ را توضیح می‌دهد.
- اگر سازمان بازرسی مستقل به بخشی یا کل درخواست‌تان برای خدمات یا کالا پاسخ "مثبت" بدهد، ما باید فوراً این تصمیم را اجرا کنیم:
 - در عرض 72 ساعت مجوز پوشش‌دهی خدمات پزشکی را بدهیم، یا
 - خدمات را ظرف 5 روز کاری پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل در خصوص درخواست‌های استاندارد ارائه دهیم یا
 - خدمات را ظرف 72 ساعت از تاریخی که تصمیم سازمان بررسی مستقل را در خصوص درخواست‌های سریع دریافت می‌کنیم، ارائه دهیم.
- اگر سازمان بازرسی مستقل به بخشی یا تمام درخواست داروی نسخه‌ای Medicare بخش B مثبت بگوید، ما باید داروی نسخه‌ای Medicare بخش B مورد اختلاف را تأیید 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 در خصوص درخواست‌های سریع را دریافت می‌کنیم.
- اگر دفتر دادرسی عادلانه به بخشی یا کل درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، این یعنی آنها با تصمیم ما مبنی بر رد درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) در خصوص پوشش‌دهی مراقبت پزشکی موافق هستند. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته‌شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.
 - اگر پرونده‌تان شرایط لازم را داشته باشد، تصمیم‌گیری درباره ادامه درخواست تجدیدنظران در سطوح بالاتر به عهده شماست.
 - فرآیند درخواست تجدیدنظر سه سطح دیگر بالاتر از سطح 2 دارد، و کلاً پنج سطح است.
 - اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما به جایی نرسید و شرایط لازم برای ادامه فرآیند درخواست تجدیدنظر را داشته باشید، باید درباره ادامه به سطح 3 و ارسال درخواست تجدیدنظر سوم تصمیم بگیرید. جزئیات نحوه انجام این کار در ابلاغیه کتبی‌ای که پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید شرح داده شده است.
 - قاضی حقوق اداری (ALJ) یا داور وکیلی به درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3 رسیدگی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 3، 4، و 5 تجدید نظر 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 مرحله 2 برای خدمات و اقلام مرتبط با Medi-Cal وجود دارد:

(1) تسلیم شکایت یا درخواست بررسی پزشکی مستقل یا

(2) دادرسی ایالتی.

(1) بررسی پزشکی مستقل

می‌توانید شکایت یا بررسی پزشکی مستقل (IMR) را به اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا (DMHC) تسلیم کنید. پس از ارائه شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی می‌کند و یک تصمیم نهایی می‌گیرد. بررسی پزشکی مستقل (IMR) برای تمامی خدمات یا اقلام پزشکی تحت پوشش Medi-Cal در دسترس است. بررسی پزشکی مستقل (IMR) یعنی پزشکی که بخشی از طرح ما یا بخشی از DMHC نیستند پرونده شما را بررسی می‌کنند. اگر تصمیم‌گیری IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را در اختیار شما قرار دهیم. هیچ هزینه‌ای بابت IMR نمی‌پردازید.

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 شده که آن خدمات یا درمان‌ها از نظر پزشکی ضرورتی ندارد.
- درمان آزمایشی یا تحقیقاتی Medi-Cal برای شرایط پزشکی جدی را پوشش نخواهد داد.



- اختلاف نظر در خصوص اینکه آیا خدمات یا عمل جراحی زیبایی بوده است یا ترمیمی.
 - هزینه 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، یا در صورتی که شرایط سلامتی شما ایجاب کند زودتر از این موعد، برای درخواست تجدیدنظر سریع، درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما درباره 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 اداره خدمات درمانی مدیریت‌شده درخواست تجدیدنظر خود را ارائه کنید، مگر اینکه درخواست تجدید نظر شما به تهدیدی قریب‌الوقوع یا جدی برای سلامتی‌تان، از جمله درد شدید، احتمال از دست دادن جان، دست‌ها و پاها، یا عملکردهای اصلی بدن مربوط شود.
- حق دسترسی به IMR و دادرسی ایالتی برای شما محفوظ است، اما اگر قبلاً مدارک‌تان را در دادرسی ایالتی ارائه کرده باشید یا همان موضوع را در دادرسی ایالتی پیگیری کرده باشید، حق درخواست IMR را نخواهید داشت.
- در اکثر موارد، پیش از درخواست IMR باید درخواست تجدیدنظر خود را برای ما ارسال کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 1 به بخش F3 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، لزومی ندارد ابتدا روال درخواست تجدیدنظر ما را دنبال کنید و باید فوراً این مسئله را به اطلاع DMHC برسانید.
- 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 ابلاغیه لازم و کافی را در مورد روال IMR از ما دریافت نکرده باشید.
- جهت درخواست IMR:

- فرم درخواست/شکایت بررسی پزشکی مستقل را در وبسایت www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalRevIewComplaintForms.aspx پر کنید یا با مرکز راهنمایی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- اگر نسخه‌هایی از نامه‌ها یا دیگر اسناد مربوط به این خدمات و کالاهای رد شده را در اختیار دارید آنها را پیوست کنید. این کار به تسریع فرآیند IMR کمک می‌کند. کپی‌های اسناد را ارسال کنید، نه نسخه‌های اصلی را. مرکز راهنمایی نمی‌تواند هیچگونه سندی را بازگرداند.
- اگر فرد دیگری در زمینه IMR به شما کمک می‌کند، فرم دستیار مورد تأیید را پر کنید. از طریق آدرس www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx یا تماس با مرکز راهنمایی این اداره به شماره 1-888-466-2219 می‌توانید این فرم را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم‌ها و ضمانت آن را برای ما به آدرس‌های 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

- درخواست بررسی پزشکی مستقل/فرم شکایت و فرم دستیار دارای تأیید را به‌صورت آنلاین هم می‌توانید ارسال کنید: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

اگر واجد شرایط 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 درمانی شما دریافت شد، تصمیم IMR ظرف 30 روز تقویمی اتخاذ خواهد شد. باید در عرض 45 روز از زمان ارسال درخواست کامل، تصمیم IMR به دست شما برسد.

اگر مشکل شما فوری است و صلاحیت استفاده از IMR را دارید، DMHC پرونده شما را بررسی می‌کند و ظرف 48 ساعت از زمان درخواست تکمیل‌شده، 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 درمانی شما دریافت شد، تصمیم IMR ظرف 3 روز تقویمی اتخاذ خواهد شد. باید در عرض 7 روز از زمان ارسال درخواست کامل، تصمیم IMR به دست شما برسد. اگر از نتایج IMR راضی نیستید، می‌توانید همچنان درخواست برگزاری دادرسی ایالتی را داشته باشید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
711، TTY: (855) 665-4627، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



در صورتی که DMHC تمامی سوابق پزشکی درخواستی از شما یا پزشک معالج شما را دریافت نکند، IMR ممکن است طولانی‌تر شود. اگر از پزشکی استفاده می‌کنید که عضو شبکه طرح سلامت‌تان نیست، حتماً باید سوابق پزشکی را از آن پزشک دریافت کنید و برای ما ارسال کنید. طرح سلامت‌تان ملزم است نسخه‌هایی از سوابق پزشکی‌تان را از پزشکانی که عضو شبکه هستند دریافت کند.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما برای IMR واجد شرایط نیست، DMHC پرونده شما را از طریق روال شکایات عادی مصرف‌کنندگان بررسی خواهد کرد. باید در عرض 30 روز از زمان ارسال درخواست کامل، شکایت‌تان حل‌وفصل شده باشد. اگر شکایت‌تان فوری باشد، زودتر حل‌وفصل می‌شود.

(2) دادرسی ایالتی

می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست جلسه دادرسی کنید. در صورتی که پزشک یا ارائه‌دهنده شما تقاضای خدمات یا اقلامی که مورد تأیید ما نیست را داده باشد، یا ما هزینه خدمات یا اقلامی را که قبلاً دریافت می‌کردید دیگر پرداخت نکنیم و به تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی بدهیم، حق دارید درخواست دادرسی ایالتی بدهید.

در اکثر موارد، پس از پست شدن ابلاغیه "نامه تصمیم در خصوص درخواست تجدید نظر" به شما 120 روز فرصت دارید درخواست دادرسی ایالتی بدهید.

توجه: اگر شما درخواست دادرسی ایالتی کردید، زیرا به شما گفته‌ایم که سرویس دریافتی شما تغییر پیدا کرده یا متوقف خواهد شد، در صورتی که می‌خواهید به دریافت آن خدمات در طی فرآیند دادرسی ایالتی ادامه دهید، فرصت شما برای ارسال درخواست کمتر است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش "آیا مزایای من در طول درخواست‌های تجدیدنظر سطح 2 ادامه پیدا می‌کنند" در بخش F4 مراجعه کنید.

دو روش برای درخواست دادرسی ایالتی وجود دارد:

1. می‌توانید "درخواست برای دادرسی ایالتی" را در پشت ابلاغیه اقدام پر کنید. باید تمام اطلاعات درخواستی را ارائه کنید، مانند نام کامل، آدرس، شماره تلفن، 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 آدرسی که روی ابلاغیه درج شده است.
 - به بخش خدمات اجتماعی ایالت کالیفرنیا:

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433

Sacramento, California 94244-2430

- بخش دادرسی‌های ایالتی به شماره فکس 916-309-3487 یا شماره تماس رایگان 1-833-281-0903
- 2. از طریق شماره 1-800-743-8525 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.

بخش دادرسی‌های ایالتی پاسخ خود را به‌صورت کتبی به شما ارائه می‌کند و دلایلش برای این پاسخ را توضیح می‌دهد.

- اگر بخش دادرسی‌های ایالتی به بخشی یا تمام درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی پاسخ مثبت بدهد، ما باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم آنها، مجوز یا ارائه خدمات یا مورد را ارائه کنیم.
- اگر بخش دادرسی‌های ایالتی به بخشی یا کل درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، این یعنی آنها با تصمیم ما مبنی بر رد درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) در خصوص پوشش‌دهی مراقبت پزشکی موافق هستند. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته‌شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.

اگر سازمان بازرسی مستقل یا بخش دادرسی‌های ایالتی به بخشی از یا کل درخواست‌تان پاسخ منفی بدهند، حق درخواست تجدیدنظر در سطوح بالاتر برای شما محفوظ است.

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما برای سازمان بررسی مستقل ارسال شده است، تنها در صورتی می‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر کنید که ارزش دلاری خدمات یا اقلام مورد نیازتان از یک مقدار حداقلی بیشتر باشد. قاضی حقوق اداری (ALJ) یا داور وکیلی به درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3 رسیدگی می‌کند. نامه‌ای که از سازمان بازرسی مستقل دریافت می‌کنید حق شما برای درخواست تجدیدنظر در سطوح بالاتر را شرح می‌دهد.

نامه‌ای که از بخش دادرسی‌های ایالتی دریافت می‌کنید گزینه‌های بعدی درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود در زمینه تجدیدنظر در سطوح بالاتر از "سطح 2"، به بخش J مراجعه کنید.



F5. مشکلات مربوط به پرداخت

ما به ارائه‌دهندگان عضو شبکه‌مان اجازه نمی‌دهیم هزینه خدمات تحت پوشش را از شما دریافت کنند. حتی اگر ما مبلغی کمتر از هزینه یکی از خدمات یا موارد تحت پوشش 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 داروهای است که نیازمند پرداخت مشترک هستند.

اگر برای خدمات یا اقلام تحت پوشش صورتحسابی 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 کردید، در صورت پیروی از مقررات دریافت خدمات یا اقلام، می‌توانید آن را از طرح ما پس بگیرد.

برای اطلاعات بیشتر به **فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید. این فصل از کتابچه راهنمای اعضا شرایطی را توضیح می‌دهد که ممکن است لازم باشد از ما بخواهید هزینه‌های پرداختی‌تان را به شما بازگردانیم یا صورتحسابی را که از یک ارائه‌دهنده دریافت کرده‌اید پرداخت کنیم. این فصل همچنین نحوه ارسال مدارک لازم برای درخواست پرداخت از ما را شرح می‌دهد.

اگر برای برگرداندن هزینه درخواست دهید، درخواست شما در حقیقت درخواست تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی خدمات تلقی می‌شود. ما بررسی می‌کنیم که آیا خدمات یا اقلامی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش هستند یا خیر، و آیا از تمامی مقررات استفاده از پوشش‌تان پیروی کرده‌اید یا خیر.

- اگر خدمات یا اقلامی که هزینه آنها را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش باشد و تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما هزینه پرداختی را برای شما یا ارائه‌دهنده‌تان ارسال می‌کنیم یا اگر طرح دارای اشتراک هزینه است، سهم خودمان از هزینه خدمات یا اقلام مورد نظر را معمولاً ظرف 30 روز تقویمی، اما زودتر از 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 به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد. وقتی هزینه را پرداخت می‌کنیم، به این معنی است که به درخواست شما برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی، پاسخ مثبت داده‌ایم.
 - اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشند یا اگر شما از تمام قوانین پیروی نکرده باشید، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم و در آن توضیح می‌دهیم که به چه دلیل هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نخواهیم کرد.
- اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت مخالف هستید، **می‌توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید.** روند تجدیدنظر توضیح داده شده در **بخش F3** را دنبال کنید. وقتی از این دستورالعمل‌ها پیروی می‌کنید، به این موارد توجه کنید:

- اگر در خصوص بازپرداخت هزینه‌ها به شما درخواست تجدیدنظر دارید، ما باید در عرض 30 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست‌تان به شما پاسخ دهیم.
- اگر از ما بخواهید هزینه مراقبت‌های پزشکی‌ای را که دریافت کرده‌اید و هزینه آن‌ها را خودتان پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید درخواست تجدید نظر سریع کنید.

اگر پاسخ‌مان به درخواست‌تان **منفی** باشد و **Medicare** معمولاً خدمات یا اقلام را پوشش بدهد، پرونده شما را برای سازمان بازرسی مستقل ارسال می‌کنیم. در اینصورت، نامه‌ای را برای شما ارسال می‌کنیم.

- اگر سازمان بازرسی مستقل تصمیم ما را برگرداند و اعلام کند که پرداخت هزینه بر عهده ما است، ما باید در عرض 30 روز تقویمی هزینه پرداختی را برای شما یا ارائه‌دهنده ارسال کنیم. اگر پاسخ به درخواست تجدیدنظر شما در هر سطحی بالاتر از سطح 2 مثبت باشد، باید مبلغ پرداختی شما را ظرف 60 روز تقویمی برای شما یا ارائه‌دهنده‌تان ارسال کنیم.
- اگر سازمان بازرسی مستقل به بخشی یا کل درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، این یعنی آنها با تصمیم ما مبنی بر عدم تأیید درخواست شما موافق هستند. 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 زمینه ارائه درخواست تجدیدنظر بیشتر داشته باشید شرح داده شده‌اند. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطوح اضافی تجدیدنظر به **بخش J** 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. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **بخش F4** مراجعه کنید.

G. داروهای نسخه‌ای بخش D از Medicare

مزایای شما به عنوان عضوی از طرح ما شامل پوشش‌دهی بسیاری از داروهای نسخه‌ای است. بسیاری از این داروها، داروهای بخش D از Medicare هستند. تعداد کمی از داروها هستند که در بخش D از Medicare تحت پوشش قرار نمی‌گیرند اما **Medi-Cal** آنها را پوشش می‌دهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



این بخش فقط به درخواست تجدیدنظر در خصوص داروهای بخش D از Medicare مربوط می‌شود. در باقیمانده این بخش به جای "داروهای بخش D از طرح Medicare" صرفاً از عبارت "دارو" استفاده می‌کنیم. در خصوص داروهایی که فقط تحت پوشش Medi-Cal هستند رویه شرح داده شده در بخش E را دنبال کنید.

برای اینکه داروهای شما پوشش داده شوند باید برای درمانی که از لحاظ پزشکی مورد قبول است استفاده شود. این بدان معناست که این دارو توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تایید شده است یا توسط مراجع پزشکی خاصی پشتیبانی می‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد مبحث "از نظر پزشکی مورد قبول بودن" به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G1. تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی داروهای بخش D از Medicare و درخواست تجدیدنظر درباره تصمیمات

در ادامه چند مثال از تصمیم‌گیری‌ها درباره پوشش‌دهی داروهای بخش D از طرح Medicare آورده شده‌اند:

- شما از ما درخواست می‌کنید که استثناء قائل شویم، از جمله اینکه از ما درخواست می‌کنید:
 - یکی از داروهای بخش D که در لیست دارویی ما نیست را پوشش دهیم.
 - یکی از محدودیت‌های طرح‌مان در زمینه 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:** اگر داروخانه‌تان به شما بگوید که نسخه‌تان را نمی‌تواند آنطور که نوشته شده است، بیچد، داروخانه به شما اعلامیه‌ای کتبی می‌دهد که در آن توضیح می‌دهد چگونه برای درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی با ما تماس بگیرید.

تصمیم اولیه در خصوص پوشش‌دهی داروهای بخش D شما "تعیین تکلیف پوشش‌دهی" نامیده می‌شود.

- اگر از ما درخواست کنید که هزینه دارویی را که قبلاً خریده‌اید پرداخت کنیم، این درخواست در واقع درخواست تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی خدمات محسوب می‌شود.
- اگر با تصمیم ما در خصوص پوشش‌دهی مخالف هستید، می‌توانید در درخواست تجدیدنظر کنید. در این بخش به شما گفته می‌شود که چطور می‌توانید برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی و تجدیدنظر در خصوص تصمیمات درخواست دهید. از نمودار زیر به‌عنوان راهنما 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.	می‌خواهید از ما درخواست کنید هزینه دارویی را که دریافت کرده‌اید و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید به شما بازگردانیم.	آیا می‌خواهید ما دارویی را در لیست دارو پوشش دهیم و فکر می‌کنید که از قوانین و محدودیت‌های موجود برای دریافت داروی مورد نیاز (مانند دریافت تأییدیه قبلی) تبعیت کرده‌اید؟	آیا به دارویی نیاز دارید که در لیست داروی ما نیست یا اینکه می‌خواهید ما قانون یا محدودیتی را درباره پوشش‌دهی دارویمان لغو کنیم؟
می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (این بدان معناست که از ما درخواست بررسی مجدد دارید.) به بخش G5 مراجعه کنید.	می‌توانید از ما درخواست کنید مبلغ را به شما عودت دهیم. (این تصمیم‌گیری نوعی تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی خدمات است.) به بخش G4 مراجعه کنید.	می‌توانید از ما درخواست کنید درباره پوشش‌دهی خدمات تصمیم‌گیری کنیم. به بخش G4 مراجعه کنید.	از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. (این نوعی تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی خدمات است.) با بخش G2 شروع کنید، سپس به بخش G3 و G4 مراجعه کنید.



G2. استثنای در خصوص داروهای بخش D از طرح Medicare:

اگر دارویی را به‌روشی که می‌خواهید 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.

وقتی درخواست استثناء قائل‌شدن دارید، پزشک یا سایر تجویزکنندگان شما باید دلایل پزشکی درخواست شما برای استثناء قائل‌شدن را ارائه دهند.

درخواست برای پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست یا برای حذف یک محدودیت بر یک دارو، گاهی اوقات درخواست "استثنای لیست دارو" نامیده می‌شود.

در ادامه چند نمونه از استثنایهایی را ارائه می‌کنیم که شما یا پزشک یا سایر تجویزکنندگان‌تان ممکن است از ما درخواست کنید که قائل شویم:

1. پوشش دارویی که در لیست دارویی ما نیست
 - امکان استثناء قائل‌شدن در خصوص پرداخت مشترک هزینه دارو وجود ندارد.
2. حذف محدودیت برای داروی تحت پوشش
 - برای برخی داروهای خاصی در فهرست دارویی ما، قوانین یا محدودیت‌های بیشتری اعمال می‌شود (برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 از کتاب راهنمای اعضا مراجعه کنید).
 - مقررات و محدودیت‌های بیشتر برای داروهای خاص عبارتند از:
 - لزوم استفاده از نوع بدون‌مارک دارو به جای نوع مارک‌دار آن دارو.
 - دریافت تأییدیه قبلی پیش از موافقت ما با پوشش‌دهی داروی شما. به این مورد "مجوز قبلی" گفته می‌شود.
 - لزوم امتحان کردن دارویی متفاوت قبل از موافقت ما با تحت پوشش قرار دادن دارویی که درخواست دارید. به این حالت برخی مواقع "درمان مرحله‌ای" گفته می‌شود.
 - محدودیت در مقدار. برای برخی داروها، محدودیت‌هایی بر تعداد دارویی که می‌توانید دریافت کنید اعمال شده‌اند.
 - اگر ما با استثناء قائل‌شدن 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 ردیفی با اشتراک هزینه کمتر. تمامی داروهای موجود در لیست دارویی ما در یکی از ردیف‌های اشتراک هزینه قرار دارند. به طور کلی، هرچه عدد ردیف اشتراک هزینه کمتر باشد، مبلغی که باید به‌عنوان پرداخت مشترک بپردازید کمتر است.

درخواست برای پرداخت قیمت کمتر برای یک داروی غیر ترجیحی تحت پوشش، گاهی اوقات درخواست قائل‌شدن "استثنای ردیفی" نامیده می‌شود.

- فهرست دارویی ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. به این موارد داروهای "جایگزین" گفته می‌شود.
- اگر داروی جایگزینی برای وضعیت پزشکی شما وجود داشته باشد که در ردیف اشتراک هزینه پایین‌تری نسبت به داروی مصرفی شما قرار دارد، می‌توانید از ما بخواهید آن را با مبلغ اشتراک هزینه داروی جایگزین پوشش دهیم. بدین‌ترتیب مبلغ پرداخت مشترک شما برای دارو کاهش می‌یابد.
 - اگر دارویی که مصرف می‌کنید محصولی بیولوژیکی است، می‌توانید از ما درخواست کنید که با پایین‌ترین رده 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 رده 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 تا آن را با پایین‌ترین ردیف اشتراک هزینه برای جایگزین داروهای بدون‌مارک برای شرایط شما پوشش دهیم.
- اگر ما درخواست استثنای ردیفی شما را تأیید کنیم و بیش از یک ردیف اشتراک هزینه کمتر با داروهای جایگزین وجود داشته باشد که نمی‌توانید مصرف کنید، معمولاً کمترین مبلغ را پرداخت می‌کنید.



G3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست استثناء قائل‌شدن از آنها مطلع باشید**پزشک شما یا سایر تجویزکنندگان شما باید درباره دلایل پزشکی آن به ما توضیح دهد**

پزشک شما یا سایر تجویزکنندگان باید بیانی‌ای به ما بدهند و دلایل پزشکی چنین درخواستی برای استثناء قائل‌شدن را توضیح دهند. برای تصمیم‌گیری سریع‌تر، هنگامی که برای استثناء قائل‌شدن درخواست می‌دهید، این اطلاعات پزشکی را که از پزشکتان یا سایر تجویزکنندگان دریافت می‌کنید پیوست کنید.

لیست 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 کرده‌اید و عوارض جانبی بیشتری نیز ایجاد نکند یا مشکلات سلامتی ایجاد نکند، ما معمولاً درخواست شما برای استثناء قائل‌شدن را **نمی‌پذیریم**. اگر از ما درخواست کنید برای ردیف‌بندی استثناء قائل شویم، ما معمولاً درخواست شما را **نمی‌پذیریم**، مگر اینکه تمامی داروهای جایگزین در ردیف (های) اشتراک هزینه پایین‌تر برای شما موثر نباشند یا احتمالاً واکنش‌ها یا آسیب‌های دیگری را برای شما به دنبال داشته باشند.

پاسخ ما به درخواست شما برای استثناء قائل‌شدن ممکن است مثبت باشد یا منفی.

- اگر پاسخ‌مان به درخواست شما برای استثناء قائل‌شدن مثبت باشد، این مورد استثناء قائل‌شدن معمولاً تا پایان همان سال بر قوت خود باقی است. این پاسخ تا زمانی که 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 درخواست‌تان برای استثناء قائل‌شدن پاسخ **منفی** بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر در صورت پاسخ **منفی** ما، به **بخش G5** مراجعه کنید.
- در بخش بعدی به شما گفته می‌شود که چطور برای تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی خدمات درخواست دهید، و یک مورد استثناء هم بررسی خواهد شد.

G4. درخواست برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی خدمات، شامل یک استثنا

- با تماس با شماره (855) 665-4627، ارسال نامه، یا ارسال فکس، برای نوعی از تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی خدمات درخواست دهید. شما، نماینده شما، یا پزشک شما (یا دیگر تجویزکنندگان) می‌توانند این کار را انجام دهند. لطفاً نام، اطلاعات تماس، و اطلاعات مربوط به ادعای‌تان را نیز ارائه دهید.
- شما یا پزشک شما (یا دیگر تجویزکنندگان) یا فردی که به نمایندگی از شما اقدام می‌کند، می‌توانید برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی درخواست دهید. همچنین می‌توانید وکیل را برای اقدام به نمایندگی از شما استخدام کنید.
- برای آگاهی از نحوه معرفی فردی به عنوان نماینده خودتان، به **بخش E3** مراجعه کنید.
- نیاز نیست به پزشک یا دیگر تجویزکننده داروهای‌تان مجوز دهید تا به نمایندگی از شما برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی خدمات درخواست دهد.
- اگر می‌خواهید از ما درخواست کنید هزینه‌ها را به شما باز گردانیم، به **فصل 7** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر درخواست استثناء قائل‌شدن دارید، "بیانیه پشتیبان" را برای ما ارسال کنید. بیانیه پشتیبان باید حاوی دلایل پزشکی پزشک یا ارائه‌کننده دیگران 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 "موعدای زمانی استاندارد" استفاده می‌کنیم مگر اینکه موافقت کرده باشیم از "موعدای زمانی سریع" استفاده کنیم.
- **تصمیم‌گیری استاندارد در خصوص 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 در خصوص 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 در خصوص پوشش‌دهی" "تعیین تکلیف پوشش‌دهی تسریع‌شده" نامیده می‌شود.



در شرایط زیر می‌توانید از تصمیم‌گیری سریع در خصوص پوشش‌دهی استفاده کنید:

- 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 در خصوص پوشش‌دهی داشته باشید.
 - اگر از موعدهای استاندارد استفاده کنیم، سلامتی یا توانایی شما به‌طور جدی آسیب می‌بیند.
- اگر پزشکتان یا سایر تجویزکنندگان به شما بگویند که وضعیت سلامتی‌تان نیازمند تصمیم‌گیری سریع در خصوص پوشش‌دهی است، ما با آن موافقت می‌کنیم. طی ارسال نامه‌ای این موضوع را به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر بدون حمایت پزشکتان یا سایر تجویزکنندگان درخواست تصمیم‌گیری سریع در خصوص پوشش‌دهی را داشته باشید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا حق استفاده از تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی را دارید یا خیر.
 - اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم را برای تصمیم‌گیری سریع نسبت به پوشش‌دهی ندارد، به جای آن از یک مهلت زمانی استاندارد استفاده خواهیم کرد.
 - طی ارسال نامه‌ای به شما اطلاع می‌دهیم که از موعدهای استاندارد پیروی خواهیم کرد. این نامه همچنین نحوه ثبت شکایت در خصوص تصمیمات ما را برای‌تان توضیح می‌دهد.
 - می‌توانید شکایت سریع ثبت کنید و در عرض 24 ساعت پاسخ آن را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات، از جمله شکایات سریع، به بخش K مراجعه کنید.

موعدهای معین‌شده برای تصمیم‌گیری سریع در خصوص 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 بیانیۀ پشتیبان پزشکتان پاسخ‌مان را به شما می‌دهیم. اگر شرایط سلامتی‌تان ایجاب کند زودتر جواب‌مان را ارائه 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 پاسخ‌مان به بخشی یا تمام درخواست شما مثبت باشد، ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیۀ پشتیبان پزشک شما پوشش را به شما می‌دهیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل درخواست شما منفی باشد، طی نامه‌ای دلایل آن را به شما توضیح می‌دهیم. این نامه همچنین نحوه درخواست تجدید نظر را برای‌تان توضیح می‌دهد.

موعدهای معین‌شده برای تصمیم‌گیری استاندارد در خصوص پوشش‌دهی هزینه دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- اگر ما از موعدهای زمانی استاندارد استفاده کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما به شما پاسخگو باشیم. اگر استثنا بخواهید، ما ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیۀ پشتیبان پزشکتان پاسخ‌مان را به شما می‌دهیم. اگر شرایط سلامتی‌تان ایجاب کند زودتر جواب‌مان را ارائه 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 پاسخ‌مان به بخشی یا تمام درخواست شما مثبت باشد، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیۀ پشتیبان پزشکتان پوشش‌دهی خدمات‌تان را بر عهده می‌گیریم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل درخواست شما منفی باشد، طی نامه‌ای دلایل آن را به شما توضیح می‌دهیم. این نامه همچنین نحوه درخواست تجدید نظر را برای‌تان توضیح می‌دهد.

موعدهای معین‌شده برای تصمیم‌گیری استاندارد در خصوص پوشش‌دهی هزینه دارویی که قبلاً آن را خریداری کرده‌اید

- ما در مدت زمان 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 پاسخ‌مان به بخشی یا تمام درخواست شما مثبت باشد، در عرض 14 روز تقویمی مبلغ را به شما باز می‌گردانیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل درخواست شما منفی باشد، طی نامه‌ای دلایل آن را به شما توضیح می‌دهیم. این نامه همچنین نحوه درخواست تجدید نظر را برای‌تان توضیح می‌دهد.



G5. درخواست تجدیدنظر سطح 1

درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم‌گیری در خصوص پوشش داروهای بخش D از Medicare، "تعیین تکلیف مجدد" طرح نامیده می‌شود.

- از طریق تماس با 665-4627 (855)، ارسال نامه، یا ارسال فکس برای ما، درخواست تجدیدنظر **استاندارد یا سریع** خود را ارائه دهید. شما، نماینده شما، یا پزشک شما (یا دیگر تجویزکنندگان) می‌توانند این کار را انجام دهند. لطفاً نام، اطلاعات تماس، و اطلاعات مربوط به ادعای‌تان را نیز ارائه دهید.
 - باید **ظرف 65 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 درباره موعد معین‌شده به شما داده‌ایم. وقتی درخواست تجدیدنظر‌تان را ارسال می‌کنید توضیح دهید که چرا درخواست تجدیدنظر‌تان به با تأخیر همراه بوده است.
 - شما حق دارید از ما درخواست کنید نسخه‌ای رایگان از اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر‌تان را در اختیار‌تان قرار دهیم. شما و پزشک‌تان هم می‌توانید اطلاعات بیشتری را جهت کمک به درخواست تجدیدنظر‌تان به ما ارائه دهید.
- اگر بر اساس شرایط سلامت‌تان لازم است، می‌توانید درخواست "تجدیدنظر سریع" داشته باشید.**

درخواست تجدیدنظر سریع همچنین "تعیین مجدد سریع" نامیده می‌شود.

- اگر شما برای تصمیم ما در رابطه با 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 درباره پوشش‌دهی یکسان هستند. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **بخش G4** مراجعه کنید.
- ما به درخواست تجدیدنظر‌تان رسیدگی می‌کنیم و پاسخ‌مان را به شما ارائه می‌دهیم.
- ما درخواست تجدیدنظر‌تان را بررسی می‌کنیم و به اطلاعات درخواست پوشش‌دهی‌تان نگاه دقیق‌تری می‌اندازیم.
 - با دقت بررسی می‌کنیم که آیا هنگامی که به درخواست‌تان پاسخ منفی دادیم از تمامی مقررات پیروی کرده‌ایم یا خیر.
 - ممکن است با شما یا پزشک‌تان یا تجویزکننده دیگر تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری دریافت کنیم.

موعدای معین‌شده برای "تجدیدنظر سریع" در سطح 1

- اگر ما از موعدای زمانی سریع استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما به شما پاسخ دهیم.
- اگر شرایط سلامتی‌تان ایجاب کند زودتر جواب‌مان را ارائه می‌دهیم.
 - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. سپس سازمان بازرسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بازرسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر پاسخ‌مان به بخشی یا تمام درخواست شما مثبت باشد، باید پوششی را که با آن موافقت کرده‌ایم ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل درخواست شما منفی باشد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل این تصمیم و نحوه درخواست تجدیدنظر را به شما توضیح می‌دهد.

موعدای مقرر برای "تجدیدنظر استاندارد" در سطح 1

- اگر از موعدای 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 نکرده‌اید و وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، تصمیم خود را زودتر به شما می‌دهیم. اگر بر اساس شرایط سلامت‌تان لازم است، می‌توانید درخواست "تجدید نظر سریع" داشته باشید.
 - اگر ظرف 7 روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. سپس سازمان بازرسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بازرسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



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.
- باید در عرض 30 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر شما، هزینه‌ای که بابت خرید دارویی پرداخت کرده‌اید را به شما بازگردانیم.

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد:

- نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل این تصمیم و نحوه درخواست تجدیدنظر را به شما توضیح می‌دهد.
- باید در عرض 14 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر شما، تصمیم‌مان را درباره بازپرداخت هزینه‌ای که بابت خرید دارویی پرداخت کرده‌ایم به شما اطلاع دهیم.
- اگر ظرف 14 روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. سپس سازمان بازرسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بازرسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به بخش G6 مراجعه کنید.
- اگر پاسخ‌مان به بخشی یا تمام درخواست شما مثبت باشد، باید در عرض 30 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست شما مبلغ را به شما برگردانیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل درخواست شما منفی باشد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل این تصمیم و نحوه درخواست تجدیدنظر را به شما توضیح می‌دهد.

G6. درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر پاسخ‌مان به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما منفی باشد، می‌توانید یا تصمیم ما را بپذیرید یا مجدداً درخواست تجدیدنظر کنید. اگر تصمیم دارید مجدداً درخواست تجدیدنظر کنید، از فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 2 استفاده می‌کنید. وقتی به اولین درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی دادیم، سازمان بررسی مستقل تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که ما باید تصمیم‌مان را تغییر دهیم یا خیر.

نام رسمی "سازمان بازرسی مستقل (IRO)"، "نهادهای بررسی مستقل" است که گاهی اوقات IRE نامیده می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما، یا پزشک یا تجویزکننده دیگری باید کتباً با سازمان بررسی مستقل تماس گرفته و درخواست بررسی پرونده‌تان را داشته باشید.

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی بدهیم، طی نامه‌ای دستورالعمل‌های نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 نزد سازمان بازرسی مستقل را به شما توضیح می‌دهیم. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند که چه کسی می‌تواند درخواست تجدید نظر سطح 2 را انجام دهد، از چه موعدهایی باید پیروی کنید و چگونه به سازمان دسترسی پیدا کنید.
 - وقتی نزد سازمان بازرسی مستقل درخواست تجدیدنظر می‌کنید، ما اطلاعاتی را که راجع به درخواست‌تان در اختیار داریم برای آن سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات "مدارک پرونده" نامیده می‌شوند. شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید. اگر برای درخواست نسخه‌ای از مدارک پرونده‌تان به کمک نیاز دارید، با شماره (855) 665-4627 تماس بگیرید، TTY: 711 تماس بگیرید.
 - شما حق دارید اطلاعات بیشتری را جهت کمک به موفقیت درخواست تجدیدنظر‌تان به سازمان بازرسی مستقل ارائه دهید.
- سازمان بازرسی مستقل درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما در خصوص داروهای بخش D را بررسی و پاسخش را به صورت کتبی به شما اعلام می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره سازمان بازرسی مستقل به بخش F4 مراجعه کنید.

موعداهای مقرر برای "بررسی سریع" در مرحله 2

اگر بر اساس شرایط سلامت‌تان لازم است، می‌توانید از سازمان بازرسی مستقل درخواست "تجدیدنظر سریع" داشته باشید.

- اگر با درخواست تجدیدنظر سریع موافقت کنند، باید در عرض 72 ساعت از زمان دریافت درخواست‌تان به شما پاسخ دهند.
- اگر پاسخ‌مان به بخشی یا تمام درخواست شما مثبت باشد، ما باید ظرف 24 ساعت پس از تصمیم سازمان بررسی مستقل، پوشش دارویی تایید شده را ارائه کنیم.



موعداهای 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 شما برای بازپرداخت هزینه دارویی که خریده‌اید.

اگر پاسخ سازمان بازرسی مستقل به بخشی یا تمام آنچه درخواست کرده‌اید **مثبت باشد**:

- ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بازرسی مستقل، پوشش دارویی تایید شده را ارائه کنیم.
- ما باید ظرف **30 روز تقویمی** پس از دریافت تصمیم سازمان بازرسی مستقل، هزینه دارویی را که خریده‌اید به شما عودت دهیم.
- اگر نظر IRO درباره درخواست بررسی 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 بازرسی مستقل به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما **نه** بگوید، در صورتی که ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید از حداقل ارزش دلاری تعیین‌شده بیشتر باشد، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید کمتر از حداقل ارزش تعیین‌شده باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری داشته باشید. در این صورت، تصمیم گرفته‌شده درباره درخواست تجدیدنظر سطح 2 نهایی است. سازمان بازرسی مستقل نامه‌ای برای‌تان ارسال می‌کند و حداقل ارزش دلاری لازم برای ادامه درخواست تجدیدنظر در سطح 3 را اعلام می‌کند.

اگر ارزش دلاری درخواست‌تان از حداقل بیشتر باشد، تصمیم‌گیری درباره ادامه درخواست تجدیدنظران در سطوح بالاتر به عهده شما خواهد بود.

- فرآیند درخواست تجدیدنظر سه سطح دیگر بالاتر از سطح 2 دارد.
- اگر سازمان بازرسی مستقل به بخشی یا کل درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ **منفی** بدهد، و شما شرایط لازم برای ادامه فرآیند درخواست‌های تجدیدنظر را داشته باشید:
 - باید درباره ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 3 تصمیم بگیرید.
 - برای آگاهی از نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3، به نامه‌ای که سازمان بازرسی مستقل پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما برای‌تان ارسال کرد مراجعه کنید.

قاضی حقوق اداری (ALJ) یا داور وکیلی به درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3 رسیدگی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J** مراجعه کنید.

H. درخواست از ما برای پوشش‌دهی مدت زمان بستری بیشتر در بیمارستان

هنگامی که در بیمارستان بستری می‌شوید از این حق برخوردار هستید تا تمام خدمات بیمارستانی که ما تحت پوشش قرار می‌دهیم و برای تشخیص بیماری و درمان بیماری یا جراحی شما لازم است را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح ما، به **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

طی مدت زمان اقامت‌تان در بیمارستان تحت پوشش طرح، پزشکتان و کارکنان بیمارستان با همکاری شما مقدمات روز ترخیص شما را فراهم می‌کنند. علاوه بر این، برای ارائه خدمات درمانی مورد نیازتان پس از ترخیص برنامه‌ریزی می‌کنند.

- روزی که از بیمارستان خارج می‌شوید "تاریخ ترخیص" شما نامیده می‌شود.
- پزشکتان یا کارکنان بیمارستان تاریخ ترخیص‌تان را به شما اعلام می‌کنند.

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 دهید که مدت زمان طولانی‌تری در بیمارستان بستری بمانید. این بخش از کتابچه نحوه ارائه چنین درخواستی را برای شما توضیح می‌دهد.

صرفنظر از درخواست‌های تجدید نظری که در این **بخش H** درباره آنها بحث شد، می‌توانید نزد DMHC شکایت کنید و درخواست دهید بررسی پزشکی مستقل درباره ادامه ماندن‌تان در بیمارستان تصمیم بگیرد. جهت آگاهی از نحوه تسلیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی پزشکی مستقل، به **بخش F4** مراجعه کنید. شما می‌توانید در کنار تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، برای بررسی پزشکی مستقل درخواست دهید.

H1. کسب اطلاعاتی درباره حقوق شما در Medicare

ظرف دو روز پس از بستری شدن شما در بیمارستان، شخصی در بیمارستان، مانند یک پرستار یا مددکار اجتماعی، ابلاغیه‌ای کتبی تحت عنوان "پیام مهم Medicare درباره حقوق شما" را به شما خواهد داد. تمامی افرادی که عضو طرح Medicare هستند هنگام پذیرش در بیمارستان یک کپی از این ابلاغیه را دریافت می‌کنند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید
 (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare



اگر این ابلاغیه را دریافت نکردید، از هرکدام از پرسنل بیمارستان بخواهید تا آن را در اختیار شما قرار دهد. در صورت نیاز به کمک، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات تماس بگیرید. شما می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- این ابلاغیه را به دقت مطالعه کنید و اگر سؤالی دارید یا موردی را متوجه نمی‌شوید، بپرسید. این ابلاغیه اطلاعاتی را درباره حقوق‌تان به‌عنوان بیمار بیمارستان به شما ارائه می‌دهند، که شامل این موارد می‌شوند:
 - طی مدت زمان اقامت‌تان در بیمارستان یا پس از آن خدمات تحت‌پوشش Medicare را دریافت کنید. حق دریافت اطلاعات لازم درباره اینکه چه خدماتی را دریافت می‌کنید، چه کسی هزینه آنها را می‌پردازد، و از کجا می‌توانید آنها را دریافت کنید، برای شما محفوظ است.
 - بخشی از فرآیند تصمیم‌گیری درباره مدت زمان اقامت‌تان در بیمارستان باشید.
 - از شیوه‌های گزارش‌دهی نگرانی‌های‌تان درباره کیفیت مراقبت‌درمانی بیمارستان‌تان مطلع باشید.
 - اگر فکر می‌کنید که بسیار زود از بیمارستان ترخیص شده‌اید، درخواست تجدیدنظر بدهید.
- برای تأیید اینکه ابلاغیه را دریافت کرده‌اید و از حقوق‌تان آگاهی کامل دارید، ابلاغیه را امضاء کنید.
 - شما یا فردی به نمایندگی از شما می‌توانید ابلاغیه را امضاء کنید.
 - امضاء ابلاغیه صرفاً نشان‌دهنده این است که اطلاعات لازم درباره حقوق‌تان 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.
 - کپی ابلاغیه امضاءشده را نزد خودتان نگه دارید تا در صورت نیاز اطلاعات را داشته باشید.
- اگر ابلاغیه را زودتر از دو روز قبل از تاریخی که بیمارستان را ترک کرده‌اید امضاء کنید، قبل از اینکه ترخیص شوید یک کپی دیگر از آن را دریافت می‌کنید. شما می‌توانید از قبل یک نسخه از این اعلامیه را دریافت کنید اگر:

- تماس با خدمات اعضا به شماره‌های درج‌شده در پایین صفحه
- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- مراجعه به آدرس وبسایت www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. درخواست تجدیدنظر سطح 1

- اگر می‌خواهید که خدمات بستری در بیمارستان شما را برای مدت طولانی‌تری پوشش دهیم، درخواست تجدید نظر کنید. سازمان بهبود کیفیت (QIO) درخواست تجدیدنظر سطح 1 را بررسی می‌کند تا اطمینان حاصل کند تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده از لحاظ پزشکی برای شما مناسب باشد. سازمان بهبود کیفیت از گروهی از پزشکان و سایر کارشناسان خدمات درمانی تشکیل شده است و تحت نظارت دولت فدرال فعالیت می‌کند. این کارشناسان کیفیت خدمات Medicare را بررسی و به بهبود آن کمک می‌کنند. این گروه بخشی از طرح ما نیستند.
- در ایالت کالیفرنیا، سازمان بهبود کیفیت Livanta (سازمان بهبود کیفیت کالیفرنیا) است. با شماره (855) 887-6668، شماره 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 ارائه درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید و تصمیم بگیرید که پس از تاریخ ترخیص همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم باشد که تمام هزینه‌های خدمات درمانی دریافت‌شده در بیمارستان را پس از تاریخ ترخیص تعیین‌شده خودتان پرداخت کنید.



- چون اقامت‌های بیمارستانی تحت پوشش 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 اضطراری است، تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما وجود دارد، یا درد شدیدی دارید، می‌توانید یک شکایت را تسلیم کرده و از اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا (DMHC) درخواست بررسی پزشکی مستقل را داشته باشید. جهت آگاهی از نحوه تسلیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی پزشکی مستقل، به بخش F4 مراجعه کنید.
- در صورت نیاز، درخواست کمک کنید. هر زمان که سؤالی داشتید یا به کمک نیاز داشتید:
- از طریق شماره‌های درج‌شده در پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- همچنین می‌توانید با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) از طریق شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- درخواست بررسی سریع کنید. فوراً اقدام کنید و با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و از آنها درخواست کنید ترخیص‌تان از بیمارستان را به سرعت بررسی کنند.

اصطلاح حقوقی "بازبینی سریع"، "بازبینی فوری" یا "بازبینی تسریع‌شده" است.

طی بررسی سریع چه اتفاقی رخ می‌دهد

- بازرسان سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش‌دهی باید پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده ادامه یابد. شما لزومی به نوشتن بیانه ندارید، اما اگر مایل باشید می‌توانید بنویسید.
- بازرسان 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 تاریخی که بازرسان درخواست تجدید نظر‌تان را به اطلاع طرح ما برسانند، نامه‌ای حاوی تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده خود دریافت خواهید کرد. در این نامه همچنین دلایل اینکه چرا پزشکتان، بیمارستان، و ما فکر می‌کنیم این تاریخ ترخیص از نظر پزشکی برای شما مناسب است ذکر شده است.

اصطلاح حقوقی برای این توضیحات کتبی "اعلامیه مشروح ترخیص از بیمارستان" است. با تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌های درج‌شده در پایین صفحه یا شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه‌روز، و 7 روز هفته می‌توانید نمونه‌ای از این ابلاغیه را دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید نمونه‌ای از این ابلاغیه را به صورت آنلاین در آدرس www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/!HospitalDischargeAppealNotices مشاهده کنید.

در عرض یک روز کامل پس از دریافت تمامی اطلاعات مورد نیاز، سازمان بهبود کیفیت پاسخ خود به درخواست تجدیدنظر‌تان را ارائه می‌دهد. اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- ما همچنان و تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات بستری در بیمارستان شما را پوشش می‌دهیم.
- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:
- آنها معتقدند که تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده شما از نظر پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بستری بیمارستان شما ظهر روز بعد از ارائه پاسخ "سازمان بهبود کیفیت" به درخواست تجدید نظر شما پایان می‌یابد.
- ممکن است مجبور شوید کل هزینه 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 تجدید نظر سطح 2 را ارائه دهید.



H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2

طی درخواست تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که درباره تصمیمی که در خصوص درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفتند تجدیدنظر کنند. از طریق شماره 1-877-588-1123 (877) با آنها تماس بگیرید.

درخواست برای این تجدیدنظر را باید **ظرف 60 روز تقویمی** پس از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده است ارائه دهید. فقط در صورتی می‌توانید برای این بررسی مجدد درخواست دهید که پس از تاریخ اتمام پوشش خدمات درمانی در بیمارستان بمانید. بازرسان سازمان بهبود کیفیت:

- به اطلاعات مرتبط با درخواست تجدیدنظران نگاه دقیق‌تری بیاندازند.
- در عرض 14 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما، تصمیم‌شان در خصوص درخواست را به شما اعلام کنند.
- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:
- 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.
- ما همچنان و تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات بستری در بیمارستان شما را پوشش می‌دهیم.
- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:
- آن‌ها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی‌دهند.
- آن‌ها طی نامه‌ای به شما می‌گویند که برای ادامه روند تجدیدنظر و درخواست تجدیدنظر سطح 3 چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- شما همچنین می‌توانید در رابطه با ادامه اقامت در بیمارستان، به DMHC شکایت کرده یا برای بررسی پزشکی مستقل درخواست کنید. جهت آگاهی از نحوه تسلیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی پزشکی مستقل، به بخش E4 مراجعه کنید.
- قاضی حقوق اداری (ALJ) یا داور وکیلی به درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3 رسیدگی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به بخش J مراجعه کنید.

1. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی خاص

این بخش فقط به سه نوع از خدماتی که ممکن است دریافت کنید مربوط می‌شود:

- خدمات درمانی در منزل
 - خدمات پرستاری تخصصی در آسایشگاه‌های تخصصی، و
 - خدمات توانبخشی که شما به عنوان بیمار سرپایی در مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) مورد تأیید Medicare دریافت می‌کنید. معمولاً این بدان معنی است که شما در حال دریافت خدمات درمانی برای یک بیماری یا حادثه هستید یا اینکه شما در حال بهبود از یک عمل جدی و سخت هستید.
- در خصوص این سه نوع از خدمات، حق دریافت این خدمات تا زمانی که پزشک آنها را برای شما ضروری بداند برای شما محفوظ است. وقتی تصمیم می‌گیریم پوشش‌دهی هر یک از این موارد را متوقف کنیم، باید قبل از اتمام ارائه خدمات‌تان به شما اطلاع دهیم. هرگاه پوشش شما برای خدمات درمانی خاصی تمام شود، ما دیگر هزینه خدمات درمانی شما را پرداخت نخواهیم کرد.
- اگر فکر می‌کنید که ما پوشش‌دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، می‌توانید درخواست دهید درباره تصمیممان تجدیدنظر کنیم. در این قسمت به شما گفته می‌شود که چطور می‌توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید.

1.1 ابلاغیه قبلی قبل از اتمام پوشش شما

حداقل دو روز قبل از اینکه هزینه مراقبت شما را متوقف کنیم، ابلاغیه‌ای کتبی را برای شما ارسال می‌کنیم. این موضوع با عنوان "ابلاغیه عدم پوشش Medicare" شناخته می‌شود. تاریخی که پوشش‌دهی خدمات درمانی‌تان متوقف می‌شود و نحوه درخواست تجدیدنظر در خصوص این تصمیممان در این ابلاغیه آمده است.

برای تأیید اینکه این ابلاغیه را دریافت کرده‌اید باید شما یا نماینده‌تان آن را امضاء کنید. امضاء کردن ابلاغیه صرفاً نشان‌دهنده این است که اطلاعات لازم را دریافت کرده‌اید. امضاء کردن این ابلاغیه نشان‌دهنده موافقت شما با تصمیم ما نیست.



12. درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر فکر می‌کنید که ما پوشش‌دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، می‌توانید درخواست دهید درباره تصمیم‌مان تجدیدنظر کنیم. این بخش فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 1 و کارهایی را که باید انجام دهید شرح می‌دهد.

- از **موعدهای معین‌شده پیروی کنید**. موعدها مهم هستند. موعدهای معین‌شده برای اقداماتی 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 از موعدهای معین‌شده پیروی نمی‌کنیم، می‌توانید شکایتی را ارائه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره شکایات به **بخش K** مراجعه کنید.
- **در صورت نیاز، درخواست کمک کنید**. هر زمان که سؤالی داشتید یا به کمک نیاز داشتید:
 - از طریق شماره‌های درج‌شده در پایین صفحه با خدمات اعضاء تماس بگیرید.
 - با HICAP از طریق شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- **با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید**.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO و نحوه تماس با آنها، به **بخش H2** یا به **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
 - از آن‌ها بخواهید درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و درباره تغییر تصمیم طرح ما تصمیم بگیرند.
- **سریعاً اقدام کنید و درخواست تجدیدنظر سریع دهید**. 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

- برای شروع درخواست تجدیدنظرتان باید ظهر روز قبل از تاریخ اجرایی درج‌شده روی ابلاغیه عدم پوشش‌دهی Medicare که برای‌تان ارسال می‌کنیم با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما برای ادامه پوشش‌دهی خدمات درمانی‌تان را مورد بررسی قرار ندهد، یا بر این باور باشید که وضعیت‌تان اضطراری است، تهدیدی فوری و جدی را متوجه سلامت‌تان می‌کند، یا اگر درد شدیدی دارید، می‌توانید شکایتی را نزد اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا (DMHC) ثبت و درخواست بررسی پزشکی مستقل کنید. جهت آگاهی از نحوه تسلیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی پزشکی مستقل، به **بخش F4** مراجعه کنید.

اصطلاح حقوقی که برای این ابلاغیه کتبی در نظر گرفته شده است، "ابلاغیه عدم پوشش Medicare" است. برای دریافت نمونه‌ای از این ابلاغیه، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضاء تماس بگیرید یا در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-800-633-4227 Medicare با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا می‌توانید نمونه‌ای از این ابلاغیه را به صورت آنلاین از این نشانی دریافت کنید: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices

در طول درخواست تجدیدنظر سریع چه اتفاقی می‌افتد

- بازرسان سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش‌دهی باید ادامه یابد. شما لزومی به نوشتن بیانیه ندارید، اما اگر مایل باشید می‌توانید بنویسید.
- بازرسان 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 ابلاغیه‌ای کتبی را برای‌تان ارسال می‌کند و دلایل پایان دادن به پوشش‌دهی خدمات‌تان را اعلام می‌کند. تا پایان روزی که بازرسان درخواست تجدیدنظرتان را به ما اطلاع دهند ابلاغیه را دریافت می‌کنید.



اصطلاح حقوقی که برای این ابلاغیه در نظر گرفته شده است، "توضیح تفصیلی عدم پوشش" است.

- بازرسان تصمیم خود را در عرض یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز به شما می‌گویند.
- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:
- ما همچنان و تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات تحت پوشش‌تان را به شما ارائه می‌دهیم.
- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:
- پوشش‌دهی خدمات شما در تاریخی که به شما اعلام کردیم پایان می‌یابد.
- ما در تاریخ اعلام‌شده در ابلاغیه، پرداخت هزینه‌های این خدمات را متوقف می‌کنیم.
- اگر تصمیم داشته باشید پس از پایان پوشش خود به دریافت خدمات درمانی در منزل، خدمات پرستاری تخصصی در آسایشگاه، یا خدمات مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) ادامه دهید، هزینه کامل این مراقبت را باید خودتان بپردازید.
- تصمیم‌گیری درباره ادامه دریافت این خدمات و ارسال درخواست تجدیدنظر سطح 2 با شما است.

13. درخواست تجدیدنظر سطح 2

طی درخواست تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که درباره تصمیمی که در خصوص درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفتند تجدیدنظر کنند. از طریق شماره 1-877-588-1123 (877) با آنها تماس بگیرید.

درخواست برای این تجدیدنظر را باید ظرف 60 روز تقویمی پس از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده است ارائه دهید. فقط در صورتی می‌توانید برای این بررسی مجدد درخواست دهید که پس از تاریخ اتمام پوشش خدمات درمانی، به دریافت این خدمات ادامه دهید.

بازرسان سازمان بهبود کیفیت:

- به اطلاعات مرتبط با درخواست تجدیدنظران نگاه دقیق‌تری بیاندازند.
- در عرض 14 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما، تصمیم‌شان در خصوص درخواست را به شما اعلام کنند.
- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:
- ما هزینه‌های خدمات درمانی‌تان را که از تاریخ پایان پوشش‌دهی اعلامی قبلی دریافت کرده‌اید به شما باز می‌گردانیم.
- ما همچنان و تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات تحت پوشش‌تان را به شما ارائه می‌دهیم.
- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:
- آنها با تصمیم ما درباره پایان دادن به پوشش‌دهی خدمات درمانی‌تان موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آن‌ها طی نامه‌ای به شما می‌گویند که برای ادامه روند تجدیدنظر و درخواست تجدیدنظر سطح 3 چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- شما می‌توانید در رابطه با ادامه پوشش خدمات درمانی خود، شکایتی را به DMHC تسلیم کرده و برای بررسی پزشکی مستقل درخواست کنید. برای آشنایی با درخواست "بررسی پزشکی مستقل" از DMHC، لطفاً به بخش F4 مراجعه کنید. شما می‌توانید در کنار تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، شکایتی را تسلیم کرده یا برای بررسی پزشکی مستقل درخواست دهید.
- قاضی حقوق اداری (ALJ) یا داور وکیلی به درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3 رسیدگی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به بخش J مراجعه کنید.



J. درخواست بررسی فراتر از سطح 2

J1. 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 یا اقلام Medicare شما که برای آنها درخواست تجدیدنظر داده‌اید از حداقل مبلغ مشخصی کمتر باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظرتان را از این سطح بالاتر ببرید. اگر ارزش دلاری به اندازه کافی باشد، می‌توانید فرآیند درخواست 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. فردی که در این باره تصمیم‌گیری می‌کند ALJ یا داور وکیل است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا داور وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد، ما حق داریم در خصوص تصمیم گرفته شده در سطح 3 که به نفع شما است درخواست تجدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم بگیریم در خصوص این تصمیم درخواست تجدیدنظر بدهیم، نسخه‌ای از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را با اسناد مربوط برای‌تان ارسال می‌کنیم. شاید قبل از اینکه مجوز تأیید یا ارائه خدمات مورد اختلاف، منتظر صدور رأی در خصوص درخواست تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.
- اگر تصمیم بگیریم که این تصمیم را مورد تجدیدنظر قرار ندهیم، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا دارو وکیل، این خدمات را تأیید کنیم یا به شما ارائه دهیم.

اگر ALJ یا داور وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر تصمیم بگیرید با این تصمیم که اعتراض شما را خاتمه می‌دهد موافقت کنید، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم بگیرید با این تصمیم مبنی بر رد درخواست تجدیدنظرتان موافقت نکنید، می‌توانید فرآیند بررسی را در سطح بعدی ادامه دهید. در ابلاغیه‌ای که دریافت می‌کنید مراحل بعدی برای درخواست تجدیدنظر سطح 4 شرح داده شده است.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

"شورای درخواست‌های تجدیدنظر Medicare" درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر سطح 4 شما پاسخ مثبت بدهد یا درخواست ما برای بررسی مجدد تصمیم درخواست تجدیدنظر سطح 3 را به نفع شما رد کند، حق درخواست تجدیدنظر سطح 5 برای ما محفوظ است.

- اگر تصمیم بگیریم در خصوص این تصمیم درخواست تجدیدنظر کنیم، به صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر تصمیم بگیریم که این تصمیم را مورد تجدیدنظر قرار ندهیم، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا دارو وکیل، این خدمات را تأیید کنیم یا به شما ارائه دهیم.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر تصمیم بگیرید با این تصمیم که اعتراض شما را خاتمه می‌دهد موافقت کنید، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم بگیرید که با این تصمیم مبنی بر رد درخواست تجدیدنظرتان موافقت نکنید، شاید بتوانید فرآیند بررسی را در سطح بعدی ادامه دهید. در ابلاغیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید درخواست تجدیدنظر را در سطح 5 دنبال کنید و اگر بله، چگونه این کار را انجام دهید.

تجدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و پاسخ مثبت یا منفی می‌دهد. این تصمیم در واقع تصمیم نهایی است. هیچ سطحی بالاتر از دادگاه منطقه فدرال برای رسیدگی به درخواست‌های تجدیدنظر 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 بخش دادرسی‌های ایالتی دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر بخواهید فرآیند درخواست‌های تجدیدنظر را ادامه دهید چه کاری باید انجام دهید.

J3. درخواست تجدیدنظر سطوح 3، 4 و 5 برای داروهای بخش D

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و درخواست تجدیدنظر سطح 2 داده‌اید و هر دو درخواست شما رد شده است، این بخش شاید بتواند کمک‌تان کند. اگر ارزش دارویی که برای آن درخواست تجدیدنظر داده‌اید از مبلغ دلاری مشخصی بیشتر باشد، شاید بتوانید درخواست تجدیدنظر را در سطوح بالاتری دنبال کنید. در نامه‌ای که در جواب 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. فردی که در این باره تصمیم‌گیری می‌کند ALJ یا داور وکیلی است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا داور وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- فرآیند درخواست‌های تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- ما باید در عرض 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست‌های تجدیدنظر فوری) مجوز ارائه داروهای تأییدشده را صادر کنیم یا این داروها را فراهم کنیم، یا در کمتر از 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم هزینه‌ها را پرداخت کنیم.
- اگر ALJ یا داور وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر تصمیم بگیرید با این تصمیم که اعتراض شما را خاتمه می‌دهد موافقت کنید، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم بگیرید با این تصمیم مبنی بر رد درخواست تجدیدنظرتان موافقت نکنید، می‌توانید فرآیند بررسی را در سطح بعدی ادامه دهید. در ابلاغیه‌ای که دریافت می‌کنید مراحل بعدی برای درخواست تجدیدنظر سطح 4 شرح داده شده است.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

"شورای درخواست‌های تجدیدنظر Medicare" درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- فرآیند درخواست‌های تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- ما باید در عرض 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست‌های تجدیدنظر فوری) مجوز ارائه داروهای تأییدشده را صادر کنیم یا این داروها را فراهم کنیم، یا در کمتر از 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم هزینه‌ها را پرداخت کنیم.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر تصمیم بگیرید با این تصمیم مبنی بر رد درخواست تجدیدنظرتان موافقت کنید، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم بگیرید با این تصمیم مبنی بر رد درخواست تجدیدنظرتان موافقت نکنید، می‌توانید فرآیند بررسی را در سطح بعدی ادامه دهید. در ابلاغیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید درخواست تجدیدنظر را در سطح 5 دنبال کنید و اگر بله، چگونه این کار را انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و پاسخ مثبت یا منفی می‌دهد. این تصمیم در واقع تصمیم نهایی است. هیچ سطحی بالاتر از دادگاه منطقه فدرال برای رسیدگی به درخواست‌های تجدیدنظر وجود ندارد.



K. نحوه ثبت شکایت**K1. در رابطه با چه مشکلاتی باید شکایت کرد؟**

از فرآیند شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات، از جمله مشکلات مربوط به کیفیت خدمات درمانی، مدت زمان انتظار، هماهنگی مراقبت‌ها و خدمات مشتری استفاده می‌شود. در اینجا نمونه‌هایی از مشکلاتی که در فرآیند شکایت به آن‌ها رسیدگی می‌شود، ارائه شده اند.

شکایت	مثال
کیفیت مراقبت پزشکی شما	<ul style="list-style-type: none"> از کیفیت خدمات درمانی، مثلاً خدماتی که در بیمارستان دریافت کرده‌اید رضایت ندارید.
احترام به حریم خصوصی شما	<ul style="list-style-type: none"> بر این باورید که فردی به حق حفظ حریم خصوصی شما احترام نگذاشته است یا اطلاعات محرمانه شما را به اشتراک گذاشته است.
بی‌احترامی، خدمات مشتریان ضعیف، یا دیگر رفتارهای ناشایست	<ul style="list-style-type: none"> ارائه‌دهندگان خدمات درمانی یا کارکنان به شما بی‌ادبی یا بی‌احترامی کرده‌اند. کارکنان ما رفتار بدی با شما داشته‌اند. بر این باورید که شما را وادار به خروج از طرح کرده‌اند.
کمک در زمینه دسترسی و زبان	<ul style="list-style-type: none"> شما نمی‌توانید به طور 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 وسائل کمکی معقولی را که به آنها نیاز دارید و آنها را درخواست کرده‌اید در اختیاران قرار نداده است.
زمان انتظار	<ul style="list-style-type: none"> برای گرفتن نوبت ویزیت مشکل داشته‌اید یا مدت زمانی طولانی منتظر نوبت مانده‌اید. پزشکان، داروسازان، یا دیگر کارشناسان سلامت، کارکنان خدمات اعضاء، یا دیگر کارکنان طرح خیلی شما را منتظر نگه داشته‌اند.
پاکیزگی	<ul style="list-style-type: none"> اگر فکر می‌کنید که کلینیک، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نبوده است.
اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید	<ul style="list-style-type: none"> بر این باورید که نتوانسته‌ایم ابلاغیه یا نامه‌ای را که می‌بایست برای شما ارسال کنیم. بر این باورید که درک اطلاعاتی که به‌صورت کتبی برای شما ارسال کرده‌ایم خیلی دشوار است.
زمان‌بندی مربوط به تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی یا درخواست‌های تجدیدنظر	<ul style="list-style-type: none"> 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 مواعید 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 فرستادیم.

انواع مختلفی از شکایات وجود دارد. شکایات داخلی یا خارجی باشند. شکایات داخلی را طرح ما تنظیم و بررسی می‌کند. شکایات خارجی توسط سازمانی که هیچ وابستگی به طرح ما ندارد ایجاد و بررسی می‌شود. اگر برای شکایت داخلی و/یا خارجی به کمک نیاز دارید، از طریق این شماره (855) 665-4627، شماره TTY: 711 با خدمات اعضاء تماس بگیرید.



اصطلاح حقوقی برای "شکایت"، "تسلیم شکایت" است.

اصطلاح حقوقی برای "شکایت کردن"، "تسلیم شکایت" است.

K2. شکایت‌های داخلی

برای طرح شکایت داخلی، از طریق شماره 665-4627 (855) می‌توانید با خدمات اعضاء تماس بگیرید. هر زمان که بخواهید می‌توانید شکایت کنید، مگر اینکه شکایت مربوط به داروهای بخش D از طرح Medicare باشد. اگر شکایت مربوط به داروهای بخش D از طرح Medicare است، باید در عرض 60 روز تقویمی پس از بروز مشکلی که به‌خاطر آن می‌خواهید شکایت کنید شکایت‌تان را ثبت کنید.

- اگر اقدام دیگری از سوی شما لازم باشد، خدمات اعضا به شما اطلاع می‌دهد.
- همچنین می‌توانید شکایت‌تان را بنویسید و برای ما ارسال کنید. اگر شکایت‌تان را به‌صورت کتبی بنویسید، به‌صورت کتبی به شکایت‌تان پاسخ می‌دهیم.
- فقط در مواردی امکان حل و فصل شکایت‌ها به‌صورت شفاهی وجود دارد که شکایت‌ها به اختلاف بر سر پوشش‌دهی و اختلاف بر سر خدمات درمانی مرتبط با فوریت پزشکی یا درمان آزمايشی/تحقیقاتی مربوط نشود، و شکایت‌ها بیش از اتمام ساعات اداری در روز بعد حل و فصل شود. همه انواع شکایت‌های دیگر، به شفاهی و چه کتبی، باید به‌صورت کتبی تصدیق شوند و به آنها پاسخ داده شود. شما می‌توانید برای درخواست تیم مراقبتی از طریق شماره 665-0898 (800)، TTY: 711، در 7 روز هفته از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا ساعت 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی، می‌توانید با ما تماس بگیرید؛ یا به این نشانی نامه ارسال کنید **Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax (562) 499-0610.**

اصطلاح حقوقی برای "شکایت سریع"، "تسلیم شکایت تسریع‌شده" است.

در صورتی که امکان آن فراهم باشد، فوراً به شما پاسخ می‌دهیم. اگر در رابطه با یک شکایت با ما تماس می‌گیرید، ممکن است بتوانیم در همان تماس تلفنی به شما پاسخ دهیم. اگر وضعیت سلامتی‌تان ما را ملزم به پاسخگویی سریع کند، سریعاً جواب می‌دهیم.

- ما اکثر شکایات را در عرض 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر تصمیم خود را در مدت 30 روز تقویمی نگرفتیم، به این دلیل است که به اطلاعات بیشتری نیاز داریم و مراتب را به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. علاوه بر این، به‌روزرسانی وضعیت و زمان برآوردی دریافت پاسخ توسط شما را ارائه می‌دهیم.
 - اگر به دلیل رد درخواست شما برای "تصمیم‌گیری سریع در خصوص 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 در خصوص 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. چه با شکایت موافقت کنیم چه نکنیم، به شما پاسخ می‌دهیم.

K3. شکایت‌های خارجی

طرح Medicare

شکایت‌تان را می‌توانید به Medicare اطلاع دهید یا آن را برای Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare را می‌توانید از اینجا دریافت کنید: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

لزومی ندارد قبل از ثبت شکایت نزد Medicare، شکایت‌تان را نزد Molina Medicare Complete Care Plus ثبت کنید.

طرح Medicare شکایات شما را جدی می‌گیرد و از این اطلاعات برای کمک بهبود کیفیت طرح Medicare استفاده می‌کند.



اگر باز خورد یا نگرانی‌های دیگری دارید یا اگر احساس می‌کنید که طرح 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. تماس با این شماره رایگان است.

Medi-Cal

شما می‌توانید از طریق تماس با شماره 1-888-452-8609، شکایتی را نزد دفتر رسیدگی به شکایات خدمات درمانی مدیریت‌شده Medi-Cal در دپارتمان خدمات درمانی کالیفرنیا (DHCS) ثبت کنید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 711 تماس حاصل نمایند. لطفاً از دوشنبه تا جمعه، بین 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید.

برای شکایت می‌توانید به اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا (DMHC) مراجعه کنید. اداره DMHC مسئولیت نظارت بر طرح‌های بهداشت را بر عهده دارد. برای دریافت راهنمایی در رابطه با شکایت‌های مربوط به خدمات Medi-Cal، می‌توانید با مرکز راهنمایی DMHC تماس بگیرید. در خصوص موضوعاتی که فوریت ندارند، اگر با تصمیم گرفته‌شده در درخواست تجدیدنظر سطح 1 مخالف هستید یا اگر طرح پس از 30 روز کاری شکایت شما را حل و فصل نکرد، می‌توانید شکایتی را نزد DMHC ثبت کنید. با این حال، در صورتی که شکایت مربوط به یک موضوع فوری می‌شود یا در برگیرنده یک تهدید فوری و جدی به سلامتی شماست، اگر درد شدید دارید، اگر با تصمیم طرح درمانی در مورد شکایت خود موافق نیستید یا اگر طرح درمانی ما در ظرف 30 روز تقویمی به شکایت شما رسیدگی نکرده است، بدون ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1 نیز می‌توانید با DMHC تماس بگیرید و درخواست کمک کنید.

اینجا دو روش برای دریافت کمک 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 شماره رایگان TTY 1-877-688-9891 استفاده کنند. تماس با این شماره رایگان است.
- به وبسایت بخش خدمات درمانی مدیریت‌شده www.dmhc.ca.gov مراجعه کنید.

دفتر حقوق مدنی (OCR)

اگر احساس می‌کنید به صورت عادلانه با شما برخورد نشده است، می‌توانید نزد دفتر حقوق مدنی (OCR) از وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) شکایت کنید. به عنوان مثال، می‌توانید در خصوص دسترسی معلولین یا مترجم شکایت کنید. شماره تلفن 1-800-368-1019 برای تماس با دفتر حقوق مدنی (OCR) 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.

علاوه بر این از طریق شماره‌های زیر می‌توانید با دفتر حقوق مدنی محلی نیز تماس بگیرید:

588-1123 (877)،

دوشنبه تا جمعه: از ساعت 9:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر (به وقت محلی)، صندوق پست صوتی به صورت 24 ساعته در دسترس است. TTY: (855) 887-6668 تماس بگیرید.

<https://www.livantaqio.com/en/states/california>

همچنین ممکن است تحت قانون آمریکایی‌های مبتلا به معلولیت (ADA)، از حقوقی برخوردار باشید. می‌توانید با دفتر محلی OCR به شماره زیر تماس بگیرید 588-1123 (877).

سازمان بهبود کیفیت (QIO)

وقتی شکایت‌تان به کیفیت خدمات درمانی مربوط می‌شود، دو انتخاب دارید:

- می‌توانید شکایت‌تان در ارتباط با کیفیت خدمات درمانی را مستقیماً برای سازمان بهبود کیفیت ارسال کنید.
- می‌توانید شکایت‌تان را برای سازمان بهبود کیفیت و برای طرح ما ارسال 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 خدمات درمانی است که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می‌کنند تا خدمات درمانی ارائه شده به بیماران را بررسی کرده و آن‌ها را بهبود ببخشند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره سازمان بهبود کیفیت، به بخش H2 یا فصل 2 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

در ایالت کالیفرنیا، سازمان بهبود کیفیت "Livanta" نامیده می‌شود. شماره تلفن 588-1123 (877) برای تماس با دفتر حقوق مدنی (OCR) در نظر گرفته شده است.



فصل 10: پایان دادن به عضویتان در طرح ما

مقدمه

این فصل نحوه پایان دادن به عضویتان در طرح ما و گزینه‌هایی که پس از ترک طرح ما پیش رو دارید را به شما توضیح می‌دهد. اگر از طرح ما خارج شوید، تا زمانی که واجد شرایط 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 به عضویتان در طرح ما خاتمه دهید؟.....	178
B. چطور به عضویتان در طرح ما پایان دهید.....	178
C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور جداگانه.....	179
C1. خدمات Medicare شما.....	179
C2. خدمات Medi-Cal شما.....	181
D. نحوه دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود تا پایان عضویتان در طرح ما.....	181
E. سایر شرایطی که موجب اتمام عضویتان در طرح می‌شود.....	181
F. مقررات مخالفت با درخواست از شما برای ترک طرح ما به دلایل مرتبط به سلامت.....	182
G. حق شکایت شما در صورتی که به عضویتان در طرح درمانی‌مان خاتمه دادیم.....	182
H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتر درباره پایان دادن به عضویتان در طرح درمانی.....	182



A. چه هنگام می‌توانید به عضویتان در طرح ما خاتمه دهید؟

اکثر اعضا Medicare می‌توانند طی زمان‌های خاصی از سال به عضویت‌شان پایان دهند. چون عضو طرح Medi-Cal هستید، در هر ماه از سال می‌توانید به عضویت خودتان در طرح ما پایان دهید.

علاوه بر این، هر ساله طی بازه‌های زمانی زیر می‌توانید به عضویت خودتان در طرح ما پایان دهید:

- دوره ثبت‌نام سالیانه که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر است. اگر طی این بازه زمانی طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویتان در طرح ما در 31 دسامبر پایان می‌یابد و عضویتان در طرح جدید در 1 ژانویه آغاز می‌شود.
 - دوره آزاد ثبت‌نام Medicare Advantage (MA) که از 1 ژانویه تا 31 مارس است و برای ذی‌نفعان جدید Medicare که در یکی از طرح‌ها ثبت‌نام کرده‌اند نیز، از ماهی که بخش A و بخش B به آنها تعلق می‌گیرد تا آخرین روز از ماه سومی که به آنها تعلق گرفته است. اگر طی این بازه زمانی طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویتان در طرح جدید از روز اول ماه بعد آغاز می‌شود.
- ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجد شرایط اعمال تغییر در ثبت‌نام خود باشید. به‌عنوان مثال، در مواقعی که:
- اگر از محدوده خدمات‌رسانی طرح نقل‌مکان کنید،
 - شرایط شما برای عضویت در Medi-Cal یا دریافت "کمک بیشتر" تغییر کرده باشد، یا
 - اگر اخیراً به آسایشگاه یا مراکز بیمارستانی مراقبت طولانی‌مدت منتقل شده‌اید، درحال حاضر در این مکان‌ها خدمات درمانی دریافت می‌کنید، یا به‌تازگی از آنها خارج شده‌اید.
- عضویتان در روز آخر ماهی که درخواست تغییر طرح‌تان را ارائه دادید پایان می‌یابد. به‌عنوان مثال، اگر در 18 ژانویه درخواست شما را دریافت کنیم، پوشش‌دهی خدمات شما توسط طرح ما در 31 ژانویه پایان می‌یابد. پوشش‌دهی طرح جدید شما روز اول ماه بعد (در این مثال، 1 فوریه) آغاز می‌شود.

اگر طرح درمانی ما را ترک کنید، می‌توانید اطلاعات مربوط به موارد زیر را دریافت نمایید:

- گزینه‌های Medicare در جدول ارائه‌شده در بخش C1.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در بخش C.

می‌توانید اطلاعات بیشتر در مورد نحوه خاتمه عضویت خود را توسط تماس با: خدمات اعضاء به‌شماره‌ایی که در پایین این صفحه درج شده است. شماره TTY هم برای کاربران این سامانه فهرست شده است.

- Medicare در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته به شماره (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) به شماره 1-800-434-0222، از روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر. برای اطلاع بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP محلی در منطقه خودتان لطفاً به وبسایت www.aging.ca.gov مراجعه کنید. Health Care Options، به شماره 1-844-580-7272 در روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 قبل از ظهر تا 6:00 بعد از ظهر. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- دفتر رسیدگی به شکایات خدمات درمانی مدیریت‌شده Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر، یا نشانی ایمیل MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

نکته: 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 عضویتان در طرح ما پایان دهید

اگر تصمیم دارید به عضویتان پایان دهید، می‌توانید عضو یکی دیگر از طرح‌های Medicare شوید یا طرح‌تان را به Original Medicare تغییر دهید. با این حال، اگر می‌خواهید طرح ما را با Original Medicare عوض کنید اما طرح داروهای نسخه‌ای Medicare جداگانه‌ای را انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست دهید عضویتان 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 درباره نحوه انجام این کار، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضاء تماس بگیرید.
- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می‌توانید از طریق شماره (1-800-633-4227) Medicare با 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY (همچنین کاربرانی که مشکل شنوایی یا تکلم دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. وقتی با 1-800-MEDICARE تماس می‌گیرید نیز می‌توانید در طرح Medicare یا طرح دارویی دیگری ثبت نام کنید. اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات Medicare زمانی که از طرح ما خارج می‌شوید در نمودار ارائه‌شده در بخش C1 آورده شده است.
- از طریق شماره 1-844-580-7272 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 قبل از ظهر تا 6:00 بعد از ظهر با Heath Care Options تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- مراحل که باید برای عضویت در طرحی دیگر انجام دهید، که منجر به خاتمه عضویتان در طرح ما نیز می‌شود، در بخش C در پایین شرح داده شده‌اند.

C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور 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 در هر ماه از سال سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare دارید که در زیر فهرست شده‌اند. طی بازه‌های زمانی خاصی از سال، از جمله "بازه زمانی عضویت سالانه" یا "بازه زمانی عضویت آزاد Medicare Advantage"، یا در موقعیت‌های دیگری که در بخش A شرح داده شده‌اند، گزینه دیگری در اختیار دارید. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، به‌صورت خودکار به عضویتان در طرح ما پایان می‌دهید.

<p>برای تغییر طرح‌تان باید از این طریق اقدام کنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز 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.</p> <p>اگر درباره برنامه خدمات درمانی جامع و کامل برای سالمندان (PACE) سوالی دارید، با شماره (7223) PACE 1-855-921-PACE تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر با برنامه مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه سلامت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. <p>یا</p> <p>عضو یکی از طرح‌های جدید Medi-Medi شوید.</p> <p>با شروع پوشش‌دهی طرح جدید، عضویت شما در طرح Medicare ما به‌صورت خودکار لغو می‌شود.</p> <p>طرح Medi-Cal شما به‌منظور انطباق با طرح Medi-Medi شما تغییر خواهد کرد.</p>	<p>1. طرح‌تان را می‌توانید به طرح‌های زیر تغییر دهید:</p> <p>طرح Medicare Medi-Cal (یا به اختصار طرح Medi-Medi) نوعی طرح Medicare Advantage است. این طرح مخصوص افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح واحد ادغام می‌کند. طرح‌های Medi-Medi تمامی مزایا و خدمات هر دو برنامه، از جمله تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal، را به‌صورت هماهنگ ارائه می‌دهند.</p> <p>توجه: اصطلاح Medi-Medi نامی برای طرح‌های D-SNP در کالیفرنیا است.</p>
---	--



<p>برای انجام این کار:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می توانید 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.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر با برنامه مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه سلامت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. <p>یا</p> <p>در طرح داروهای نسخه‌ای Medicare جدیدی عضو شوید. با شروع پوشش‌دهی طرح Original Medicare، عضویت شما در طرح ما به صورت خودکار لغو می‌شود.</p>	<p>2. شما می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:</p> <p>طرح Original Medicare با طرح داروهای نسخه‌ای Medicare جداگانه</p>
<p>برای انجام این کار:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می توانید 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.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر با برنامه مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه سلامت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. <p>با شروع پوشش‌دهی طرح Original Medicare، عضویت شما در طرح ما به صورت خودکار لغو می‌شود.</p>	<p>3. طرح‌تان را می‌توانید به طرح‌های زیر تغییر دهید:</p> <p>طرح Original Medicare بدون طرح داروهای نسخه‌ای Medicare جداگانه</p> <p>توجه: اگر به طرح Original Medicare جابجا شوید و در یک طرح داروی نسخه‌ای Medicare جداگانه ثبت نام نکنید، ممکن است Medicare شما را در طرح دارو ثبت نام کند مگر اینکه به Medicare بگویید که نمی‌خواهید به این طرح ملحق شوید.</p> <p>فقط در صورتی که منبع دیگری، مثلاً یک کارفرما یا اتحادیه، هزینه داروهای‌تان را پوشش می‌دهد، فقط باید پوشش داروهای نسخه‌ای را لغو کنید. اگر در مورد نیاز به پوشش دارویی خود سوالاتی دارید، با برنامه مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه سلامت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از آدرس www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید.</p>



<p>برای تغییر طرحتان باید از این طریق اقدام کنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته از طریق شماره (1-800-633-4227) Medicare با 1 800--MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای پرسوجو در مورد برنامه خدمات درمانی جامع و کامل سالمندان (PACE) با شماره (1-855-921-7223) PACE تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 5:00 بعد از ظهر با برنامه مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه سلامت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. <p>یا</p> <p>در طرح Medicare جدیدی عضو شوید.</p> <p>با شروع پوشش‌دهی طرح جدید، عضویت شما در طرح Medicare ما به صورت خودکار لغو می‌شود.</p> <p>ممکن است طرح Medi-Cal شما تغییر کنید.</p>	<p>4. طرحتان را می‌توانید به طرح‌های زیر تغییر دهید:</p> <p>هر کدام از طرح‌های سلامت Medicare طی بازه‌های زمانی خاصی از سال، از جمله "بازه زمانی عضویت سالانه" و "بازه زمانی عضویت آزاد Medicare Advantage"، یا در موقعیت‌های دیگری که در بخش A شرح داده شده‌اند.</p>
--	--

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای سؤال در مورد نحوه دریافت خدمات Medi-Cal خود پس از خروج از طرح ما، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا ساعت 6:00 بعد از ظهر از طریق شماره 1-844-580-7272 با بخش "گزینه‌های خدمات درمانی" تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. درباره اینکه پیوستن به طرحی دیگر یا بازگشت به طرح Original Medicare چه تأثیری بر پوشش Medi-Cal شما دارد مشورت بگیرید.

D. نحوه دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود تا پایان عضویتان در طرح ما

اگر از طرح خارج شوید، ممکن است مدتی طول بکشد تا اینکه عضویتان تمام شود و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شروع شود. در طول این زمان، و تا زمانی که طرح جدیدتان آغاز شود، همچنان داروهای نسخه‌ای و خدمات درمانی‌تان را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید.

- برای دریافت خدمات پزشکی از ارائه دهنده شبکه ما استفاده کنید.
- از داروخانه‌های شبکه ما از جمله از طریق خدمات داروخانه سفارش پستی ما برای دریافت نسخه‌های خود استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویتان در طرح Molina Medicare Complete Care Plus پایان می‌یابد در بیمارستان بستری باشید، طرح ما اقامتتان در بیمارستان را تا زمانی که ترخیص شوید پوشش می‌دهد. حتی اگر پوشش خدمات بهداشتی جدیدتان قبل از ترخیص شدن‌تان آغاز شود، این اتفاق رخ می‌دهد.

E. سایر شرایطی که موجب اتمام عضویتان در طرح می‌شود

در این شرایط باید به عضویتان در طرحمان خاتمه دهیم:

- در صورت بروز وقفه در پوشش‌دهی بخش A از Medicare و بخش B از Medicare.
- در صورتی که دیگر واجد شرایط Medi-Cal نباشید. طرح ما برای افرادی است که هم واجد شرایط Medicare باشند و هم Medi-Cal.

اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



- توجه: اگر دیگر واجد شرایط **Medi-Cal** نباشید، می‌توانید به‌طور موقت در طرح ما بمانید و مزایای **Medicare** را دریافت کنید، لطفاً اطلاعات پایین مربوط به دورهٔ فرض‌شده را مطالعه کنید.
- اگر پوشش **Medi-Cal** را دوباره به دست نیاورید و انتظار نداشته باشید که ظرف 3 ماه آینده آن را دوباره به دست آورید، عضویت شما در طرح ما لغو می‌شود و دیگر نمی‌توانید از خدمات **Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)**، که یک نوع طرح **Medi-Cal** است، استفاده کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.
 - در صورت نقل‌مکان از محدودهٔ خدمات‌رسانی طرح ما.
 - در صورتی که به مدت بیش از شش ماه از محدودهٔ خدمات‌رسانی طرح ما دور باشید.
 - اگر نقل‌مکان می‌کنید یا یک سفر طولانی در پیش دارید، با خدمات اعضاء تماس بگیرید تا بدانید که آیا جایی که به آن نقل مکان یا سفر می‌کنید در محدودهٔ خدمات‌رسانی طرح ما قرار دارد یا خیر.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ دریافت خدمات درمانی از مزایای بازدیدکننده و مسافر ما در مواقعی که از محدودهٔ خدمات‌رسانی طرح ما دور هستید، به **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
 - اگر به اتهامی مجرمانه به زندان یا بازداشتگاه بروید.
 - اگر دربارهٔ سایر بیمه‌هایی که برای داروهای نسخه‌ای دارید دروغ بگویید یا از ارائهٔ اطلاعات در این باره امتناع کنید.
 - اگر شهروند ایالات متحده آمریکا نباشید یا به‌صورت قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور نداشته باشید.
 - برای اینکه عضو طرح ما باشید با شهروند ایالات متحده آمریکا یا ساکن قانون ایالات متحده آمریکا باشید.
 - مراکز خدمات **Medicare** و **Medicaid (CMS)** در صورت عدم صلاحیت شما برای باقی ماندن در طرح به عنوان عضو، به ما اطلاع خواهند داد.
 - اگر این شرایط را نداشته باشید مجبوریم ثبت‌نام شما را لغو کنیم.
- به دلایل زیر و فقط در صورتی که 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 واجد شرایط 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 خدمات درمانی استفاده کند. (اگر به این دلیل به عضویت شما خاتمه دهیم، طرح **Medicare** شاید از "بازرس کل" درخواست کند دربارهٔ پروندهٔ شما تحقیق کند.)

F. مقررات مخالفت با درخواست از شما برای ترک طرح ما به دلایل مرتبط به سلامت

نمی‌توانیم به دلایلی که به سلامتی شما مربوط می‌شود از شما درخواست کنیم طرح ما را 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 و **7** روز هفته به صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.

G. حق شکایت شما در صورتی که به عضویتان در طرح درمانی‌مان خاتمه دادیم

اگر به عضویتان در طرح درمانی‌مان خاتمه دهیم، باید دلایل‌مان برای خاتمهٔ عضویتان را به‌صورت کتبی به شما اعلام کنیم. همچنین ما باید توضیح دهیم که چطور می‌توانید دربارهٔ تصمیم ما نسبت به پایان دادن به عضویت، انتقاد یا شکایتی ارائه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ نحوهٔ طرح شکایت، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتر دربارهٔ پایان دادن به عضویتان در طرح درمانی

اگر سؤالی دارید یا دربارهٔ پایان‌دادن به عضویتان به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، از طریق شماره‌های پایین این صفحه می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.



فصل 11: ابلاغیه‌های قانونی

مقدمه

این فصل شامل ابلاغیه‌های قانونی مربوط به عضویت‌تان در طرح درمانی ما است. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

184	A. ابلاغیه مربوط به قوانین
184	B. ابلاغیه عدم تبعیض
184	C. ابلاغیه مربوط به Medicare به عنوان پرداخت کننده سهم بیمه دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخر
185	D. ابلاغیه مربوط به خدمات اعاده اموال Medi-Cal



A. ابلاغیه مربوط به قوانین

قوانین زیادی به این کتابچه راهنمای اعضا اعمال می‌شوند. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما اثر بگذارند، حتی اگر در کتابچه راهنمای اعضا گنجانده یا شرح داده نشده باشند. قوانین اصلی که اعمال می‌شوند، آن دسته از قوانین فدرال در رابطه با طرح‌های Medicare و Medi-Cal است. قوانین فدرال و ایالتی دیگری هم ممکن است اعمال شوند.

B. ابلاغیه عدم تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، مذهب، جنس، جنسیت، سن، گرایش جنسی، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، تجربه شکایت، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، شواهد بیمه‌پذیری یا موقعیت جغرافیایی شما در محدوده خدمات‌رسانی علیه شما تبعیض قائل نمی‌شویم یا با شما متفاوت برخورد نمی‌کنیم. به علاوه، ما به دلیل 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 نگرانی‌هایی در مورد تبعیض یا رفتار ناعادلانه دارید:

- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 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 دپارتمان خدمات درمانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند (خدمات رله مخابراتی). اگر فکر می‌کنید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی در مورد تبعیض مطرح کنید، با خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711 تماس بگیرید، یا به صندوق پستی درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات Medicare نامه ارسال کنید: 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 دپارتمان خدمات درمانی، دفتر حقوق شهروندی مطرح کنید:

- از طریق تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. یا، اگر مشکلات شنوایی یا تکلم دارید، لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید (خدمات رله مخابراتی).
- به‌صورت کتبی: یک فرم شکایت پر کنید، یا نامه‌ای بنویسید و آن را به آدرس زیر ارسال کنید:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در این آدرس در دسترس هستند dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- به‌صورت الکترونیکی: به این آدرس ایمیل بفرستید: CivilRights@dhcs.ca.gov.

اگر معلولیت دارید و برای دسترسی به خدمات درمانی یا یک ارائه‌دهنده به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، مانند مشکل در دسترسی به ویلچر، خدمات اعضا می‌تواند به شما کمک کند.

C. ابلاغیه مربوط به Medicare به عنوان پرداخت کننده سهم بیمه دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخر

گاهی اوقات هزینه خدماتی را که به شما ارائه می‌دهیم نخست باید فرد دیگری بپردازد. به عنوان مثال، اگر شما در یک حادثه رانندگی بوده‌اید یا اگر در محل کار دچار جراحت شده‌اید، شرکت بیمه یا سازمان جبران خسارت کارگری باید ابتدا سهم خود را پرداخت کند.

ما حق و مسئولیت داریم که برای آن دسته از خدماتی که تحت پوشش Medicare قرار دارند و Medicare پرداخت‌کننده اول هزینه‌های آنها نیست جمع‌آوری کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً از طریق این شماره‌ها با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تماس بگیرید (855) 665-4627، TTY: 711، روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر به وقت محلی. تماس با این شماره‌ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید www.MolinaHealthcare.com/Medicare.



ما از قوانین فدرال و ایالتی و مقررات مرتبط با مسئولیت حقوقی اشخاص ثالث برای ارائه خدمات درمانی به اعضاء پیروی می‌کنیم. ما تمام روش‌های منطقی را به کار می‌گیریم تا اطمینان حاصل کنیم که طرح Medi-Cal آخرین پرداخت کننده سهم بیمه باشد.

D. ابلاغیه مربوط به خدمات اعاده اموال Medi-Cal

برنامه Medi-Cal باید از طریق اموال به ارث گذاشته شده اعضاء متوفی به دنبال بازپرداخت هزینه خدمات Medi-Cal دریافت شده در روز تولد 55 سالگی یا پس از آن باشد. بازپرداخت شامل پرداخت در ازای خدمات و حق بیمه/پرداختی‌های سرانه مراقبت‌های مدیریت شده برای خدمات آسایشگاهی، خدمات مبتنی بر خانه و جامعه، و خدمات بیمارستانی و دارویی مربوطه‌ای است که بیمار هنگامی در آسایشگاه بستری بوده است و یا در حال دریافت خدمات مبتنی بر خانه یا جامعه بوده است، دریافت کرده است. مبلغ بازپرداخت نباید از ارزش اموال به ارث گذاشته شده عضو بیشتر باشد. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت اعاده اموال دیپارتمان خدمات درمانی www.dhcs.ca.gov/er مراجعه کنید یا با شماره 916-650-0590 تماس بگیرید.



فصل 12: مفهوم واژه‌های مهم

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات کلیدی مورد استفاده در کتابچه راهنمای اعضا به همراه تعاریف آنها است. عبارات به ترتیب حروف الفبا ذکر شده‌اند. نمی‌توانید اصطلاحی را که به دنبال آن هستید پیدا کنید، یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات اعضاء تماس بگیرید.



فعالیت‌های روزمره (ADL): فعالیت‌هایی که مردم در روزهای عادی انجام می‌دهند، مثل غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، حمام کردن، یا مسواک زدن.

قاضی حقوق اداری: قاضی‌ایی که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی مجدد می‌کند.

برنامه کمک دارویی بیماری ایدز (ADAP): برنامه‌ای که به اشخاص واجد شرایط مبتلا به HIV/ایدز جهت دسترسی به داروهای حیاتی بخش مقابله با HIV کمک می‌کند.

مرکز جراحی سرپایی: مرکز جراحی‌های سرپایی: مرکزی که برای بیماران سرپایی عمل جراحی انجام می‌دهد، بیمارانی که نیاز به خدمات درمانی بیمارستانی ندارند و انتظار نمی‌رود که به بیش از 24 ساعت درمان و خدمات درمانی احتیاج داشته باشند.

درخواست تجدیدنظر: اگر بر این باورید که ما اشتباهی مرتکب شده‌ایم، از طریق درخواست تجدیدنظر می‌توانید اقدام ما را به چالش بکشید. با ارائه درخواست تجدیدنظر، می‌توانید درخواست تغییر تصمیم گرفته‌شده درباره پوشش‌دهی را داشته باشید. در **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا درباره درخواست‌های بررسی توضیح داده شده است، از جمله درباره نحوه ارائه درخواست تجدید نظر.

سلامت رفتاری: یک واژه جامع و کامل که به خدمات سلامت روان و اختلال سوء مصرف مواد اشاره دارد.

محصول بیولوژیکی: یک داروی نسخه‌ای که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری‌ها یا مخمرها تولید می‌شود. محصولات بیولوژیکی پیچیده‌تر از سایر داروها هستند و امکان کمی دقیق آن‌ها وجود ندارد؛ به همین دلیل، نسخه‌های جایگزین آن‌ها بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. (همچنین به "محصول بیولوژیکی اصلی" و "بیوسیمیلار" مراجعه کنید).

بیوسیمیلار: یک داروی بیولوژیکی که بسیار شبیه به محصول بیولوژیکی اصلی است، اما کاملاً یکسان نیست. بیوسیمیلارها به اندازه محصول بیولوژیکی اصلی ایمن و مؤثر هستند. برخی از بیوسیمیلارها ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید، در داروخانه جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی شوند. (به "بیوسیمیلار قابل جایگزین" مراجعه کنید).

داروهای مارک‌دار: یک داروی نسخه‌ای 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.

هماهنگ‌کننده مراقبت: فرد اصلی که با شما، طرح سلامت و با ارائه دهندگان خدمات درمانی شما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل کند که شما خدمات درمانی مورد نیاز را دریافت می‌کنید.

طرح خدمات درمانی: به "طرح خدمات درمانی شخصی" مراجعه کنید.

خدمات اختیاری طرح خدمات درمانی (خدمات CPO): سایر خدماتی که تحت طرح خدمات درمانی فردی (ICP)، اختیاری هستند. این خدمات جایگزین خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدتی که در Medi-Cal مجاز به دریافت آن‌ها هستید، نخواهد بود.

تیم خدمات درمانی: به "تیم خدمات درمانی بین رشته‌ای" مراجعه کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): سازمان فدرال که بر Medicare نظارت دارد. **فصل 2** از فترچه راهنمای اعضا شما نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS): طرح خدمات برپایه مرکز درمانی بیماران سرپایی که خدمات درمانی پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان، خدمات درمانی شخصی، کارآموزی و پشتیبانی خانوادگی/خدمات درمانی دهنده، خدمات تغذیه، رفت و برگشت و سایر خدماتی را عرضه می‌کند که برای اعضای واجد شرایطی می‌باشد که شرایط واجد شرایط بودن مربوطه را برآورده می‌کنند.

شکایت یک بیانیه کتبی یا شفاهی با این مضمون که شما مشکل یا دغدغه‌ای درباره خدمات یا خدمات درمانی تحت پوشش دارید. این موضوع شامل هر نوع نگرانی درباره کیفیت خدمات، کیفیت خدمات درمانی شما، ارائه دهندگان شبکه ما یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. نام رسمی برای "شکایت کردن"، "تسلیم شکایت" است.



مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF): تشکیلاتی که عمدتاً خدمات توانبخشی را پس از بیماری، تصادف یا عملی بزرگ ارائه می‌دهد. این مرکز خدمات مختلفی را ارائه می‌کند، از جمله درمان فیزیکی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، درمان تنفسی، کار درمانی، گفتار درمانی و بسیاری از دیگر خدمات ارزیابی محیطی.

تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی: تصمیم‌گیری در خصوص اینکه چه خدماتی را پوشش می‌دهیم. این مورد شامل تصمیم‌های مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبالغی است که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می‌کنیم. در **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا توضیحاتی درباره نحوه درخواست از ما برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی خدمات ارائه شده است.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که برای همه داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش طرح درمانی ما استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: این عبارت جامع تمام خدمات سلامت، خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت، وسایل، نسخه‌ها و داروهای بدون نسخه، تجهیزات و دیگر خدمات تحت پوشش طرح ما را در بر می‌گیرد.

آموزش شایستگی فرهنگی: دوره‌ای آموزشی که دستورات بیشتری را به ارائه‌دهندگان خدمات درمانی ما ارائه می‌کند تا به آنها کمک شود بهتر سابقه، ارزش‌ها و باورهای شما را درک کنند تا خدمات را به صورتی تعدیل کنند که با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما سازگاری داشته باشند.

دپارتمان خدمات درمانی (DHCS): دپارتمان ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medi-Cal (که تحت عنوان Medi-Cal شناخته می‌شود) را اداره می‌کند.

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده (DMHC): دپارتمان ایالتی در کالیفرنیا که مسئول تنظیم قوانین مربوط به طرح‌های سلامت است. اداره DMHC به افرادی که درباره خدمات Medi-Cal شکایتی یا درخواست تجدیدنظر دارند، کمک می‌کند. کارکنان DMHC همچنین بررسی‌های پزشکی مستقل (IMR) را هم انجام می‌دهند.

لغو عضویت: فرآیند پایان دادن به عضویت‌تان در طرح ما. لغو ثبت نام ممکن است داوطلبانه (به درخواست خود) یا غیرداوطلبانه (به انتخاب شما نیست) باشد.

برنامه مدیریت دارو (DMP): برنامه‌ای که کمک می‌کند اعضای از داروهای شبه مخدر تجویز شده و سایر داروهایی که عمدتاً با سوء مصرف همراه هستند به‌صورت ایمن استفاده کنند.

ردیف‌های دارویی: گروه‌هایی از داروها که در لیست داروی ما قرار دارند. داروهای بدون مارک، مارک دار یا بدون نسخه (OTC) نمونه‌هایی از ردیف‌های دارویی می‌باشند. همه داروهای موجود در لیست دارو در یکی از ردیف‌های دارویی قرار دارند.

طرح نیازهای ویژه واجدین شرایط دوگانه (D-SNP): طرح درمانی که به افرادی که واجد شرایط هم Medicare و هم Medicaid هستند کمک می‌کند. طرح ما یک D-SNP است.

تجهیزات پزشکی بادوام (DME): اقلام خاصی که پزشکتان برای استفاده شما در خانه سفارش داده است. چند مثال: صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، سیستم‌های تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت‌های بیمارستانی سفارش داده شده توسط ارائه دهنده برای استفاده در منزل، پمپ‌های تزریق IV، وسایل تولید صوتی، وسایل 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.

خدمات درمانی اورژانسی: خدمات تحت پوششی که توسط ارائه‌دهنده‌های آموزش‌دیده در اختیار شما قرار می‌گیرند و برای درمان شرایط پزشکی و سلامت رفتاری اورژانسی ضروری هستند.

استثناء: مجوز پوشش‌دهی دارویی که معمولاً تحت پوشش قرار نمی‌گیرد یا استفاده از دارو بدون پیروی از برخی قوانین و محدودیت‌های خاص.

خدمات کنار گذاشته شده: خدماتی که تحت پوشش این طرح درمانی نیستند.



کمک بیشتر: طرحی از Medicare که به اشخاصی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند هزینه داروهای نسخه‌ای بخش D از Medicare از قبیل حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه شده را کاهش دهند. کمک بیشتر "مساعدۀ افراد کم‌درآمد" یا "LIS" نیز خوانده می‌شود.

داروی بدون مارک: یک داروی نسخه‌ای که توسط دولت فدرال برای استفاده به جای داروی مارکدار، تأیید شده است. داروهای بدون مارک دارای ترکیبات مشابه داروهای مارکدار هستند. معمولاً ارزان تر است و عملکرد آن مشابه داروی مارکدار است.

تسلیم شکایت: شکایتی که شما علیه ما یا یکی از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های عضو شبکه ما مطرح می‌کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت خدمات درمانی شما یا کیفیت خدمات ارائه شده توسط طرح درمانی شما می‌شود.

برنامه مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه سلامت (HICAP): طرحی که در آن اطلاعات و مشاوره موضوعی به صورت رایگان درباره Medicare ارائه می‌شود. **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا شما نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

طرح سلامت: سازمانی که از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات بلند مدت و دیگر ارائه‌دهندگان تشکیل شده است. این سازمان همچنین هماهنگ‌کنندگان مراقبتی را در اختیار دارد که در زمینه مدیریت تمام ارائه‌دهندگان و خدمات به شما کمک می‌کنند. همگی این افراد با همکاری یکدیگر، خدمات مورد نیاز شما را ارائه می‌کنند.

ارزیابی مخاطره سلامتی (HRA): بررسی سوابق پزشکی و شرایط فعلی شما. برای آگاهی از سلامتی شما و اینکه چگونه ممکن است در آینده تغییر کند استفاده می‌شود.

کمک‌های بهداشتی 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). ارائه‌دهندگان کمک‌های بهداشتی در منزل لزوماً مدرک پرستاری ندارند یا درمانی را ارائه نمی‌کنند.

آسایشگاه بیماران لاعلاج: طرح خدمات درمانی و پشتیبانی برای کمک به افرادی که به تشخیص پزشک به بیماری لاعلاج مبتلا هستند تا با آرامش زندگی کنند. بیمار لاعلاج یعنی فردی که پزشک گواهی بیماری لاعلاج او را صادر کرده است، یعنی میانگین عمر وی از 6 ماه کمتر است.

- اعضای که به بیماری لاعلاج مبتلا هستند حق انتخاب آسایشگاه بیماری لاعلاج را دارند.
- تیم آموزش‌دیده‌ای از کارشناسان و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی تمامی خدمات مورد نیاز فرد، شامل نیازهای جسمانی، عاطفی، اجتماعی و معنوی را به وی ارائه می‌دهند.
- ما موظفیم فهرستی از ارائه‌دهندگان خدمات آسایشگاه بیماران لاعلاج در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهیم.

صورت‌حساب نامناسب: موقعی که ارائه‌دهنده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ تسهیم هزینه معین‌شده در طرح درمانی ما برای خدمات از شما مطالبه می‌کند. اگر صورت‌حسابی دریافت کرده‌اید که آن را متوجه نمی‌شوید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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): برنامه IHSS به شما کمک می‌کند هزینه‌های خدماتی را که به‌منظور ایمن نگه داشتن شما در خانه به شما ارائه می‌شود پرداخت کنید. برنامه IHSS به عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند آسایشگاه‌ها یا مراکز پانسیون و مراقبت سالمندان در نظر گرفته می‌شود. انواع خدماتی که مجوز ارائه 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 برنامه IHSS را مدیریت می‌کنند.

بررسی پزشکی مستقل (IMR): اگر ما درخواست شما برای پوشش‌دهی خدمات با 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 خدمات درمانی مدیریت شده California درخواست انجام IMR داشته باشید. طی IMR پزشکی که بخشی از طرح ما نیستند پرونده پزشکی شما را بررسی می‌کنند. اگر تصمیم گرفته‌شده طی IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را در اختیار شما قرار دهیم. هیچ هزینه‌ای بابت IMR نمی‌پردازد.



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 می‌گیرد 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 سلامتی را برای دیدن اعضای Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) سازماندهی 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 بهره‌مندی از خدمات پزشکی، از جمله آزمایش‌های آزمایشگاهی، عکس رادیولوژی و خدمات بیمارستانی سرپایی و بستری.

طرح خدمات درمانی فردی (ICP یا طرح خدمات درمانی): طرح خدمات 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 رفتاری و خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت باشد.

بستری: این اصطلاح زمانی به کار می‌رود که به‌صورت رسمی در بیمارستانی جهت دریافت خدمات پزشکی حرفه‌ای پذیرش می‌شوید. اگر به‌صورت رسمی پذیرش نشده باشید، حتی اگر شب را در بیمارستان بمانید ممکن است به جای بیمار بستری، همچنان به‌عنوان بیمار سرپایی یا دریافت‌کننده خدمات نظارتی در نظر گرفته شوید.

تیم خدمات درمانی ترکیبی (ICT یا تیم خدمات درمانی): تیم خدمات درمانی شامل پزشک خدمات درمانی اولیه، مدیر پرونده، و احتمالاً دیگر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی تخصصی، ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی، یا سایر کارشناسان بهداشتی است که گرد هم جمع شده‌اند تا به شما کمک کنند خدمات درمانی مورد نیازتان را دریافت کنید. تیم مراقبت شما همچنین به تهیه یا به‌روزرسانی برنامه مراقبت شما کمک می‌کند.

D-SNP ترکیبی: یک طرح ویژه برای افراد دارای نیازهای دوگانه که خدمات Medicare و بیشتر یا تمام خدمات Medicaid را تحت یک طرح سلامت واحد برای گروه‌های خاصی از افراد واجد شرایط Medicare و Medicaid پوشش می‌دهد. این افراد به عنوان افراد واجد شرایط دوگانه با دریافت مزایای کامل شناخته می‌شوند.

بیوسیمیلار قابل جایگزینی: نوعی بیوسیمیلار که در داروخانه بدون نیاز به نسخه جدید می‌تواند جایگزین داروی اصلی شود، زیرا شرایط لازم برای جایگزینی خودکار را دارد. جایگزینی خودکار دارو در داروخانه‌ها تابع قوانین ایالتی است.

لیست داروهای تحت پوشش (لیست دارو): فهرستی از داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش طرح درمانی ما. ما داروهای "لیست دارو" را به‌کمک تیمی از پزشکان و داروسازان تهیه می‌کنیم. در لیست دارو همچنین به شما اطلاع داده می‌شود که آیا قوانین خاصی وجود دارد که لازم است دنبال کنید تا داروهایتان را دریافت کنید. گاهی اوقات به لیست داروها، "فرمولاری" نیز گفته می‌شود.

خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS): خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، خدماتی هستند که به ارتقای شرایط پزشکی بلند مدت 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 LTSS که تحت پوشش طرح ما قرار دارد شامل خدمات مبتنی بر جامعه محلی (CBAS) است که به عنوان مراقبت‌های سلامتی روزانه برای بزرگسالان، مراکز نگهداری سالمندان (NF)، و حمایت‌های اجتماعی نیز شناخته می‌شود. طرح IHSS و طرح‌های معافیت 1915(c) جزو طرح‌های LTSS طرح Medi-Cal هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

مساعدۀ افراد کم‌درآمد (LIS): به "کمک بیشتر" مراجعه کنید

برنامه 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 نسخه‌ای تحت پوشش خود را مستقیماً درب خانه‌تان دریافت کنید. این ممکن است یک راه مقرون به صرفه و راحت برای دریافت نسخه‌هایی باشد که به طور منظم مصرف می‌کنید.



Medi-Cal: طرح Medicaid در ایالت کالیفرنیا Medi-Cal نامیده می‌شود. 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 بلند مدت برخوردار شده و هزینه‌های پزشکی آن‌ها را برای خدمات بلند مدت پوشش می‌دهد.
- این طرح همچنین خدمات بیشتر و برخی از داروهای را که تحت پوشش Medicare نیستند نیز تحت پوشش قرار می‌دهد.

• طرح‌های Medicaid از ایالت تا ایالت متفاوت است، ولی بیشتر هزینه‌های خدمات درمانی در صورتیکه برای هر دو Medicare و Medi-Cal واجد شرایط باشید تحت پوشش قرار می‌گیرند.

طرح‌های Medi-Cal: طرح‌هایی که فقط مزایای Medi-Cal را تحت پوشش قرار می‌دهند، مانند خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت، تجهیزات پزشکی و رفت و برگشت. مزایای Medicare جدا هستند.

Medicaid (یا کمک پزشکی): Medicaid یک برنامه مشترک فدرال و ایالتی است که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه‌های پزشکی و خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت خود را پوشش دهند. Medi-Cal نام طرح Medicaid در ایالت کالیفرنیا است.

ضروری از نظر پزشکی: این اصطلاح خدمات، لوازم یا داروهای را که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت فعلی سلامت خود نیاز دارید، توصیف می‌کند. این امر شامل خدمات 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: برنامه بیمه سلامت 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 Medicare، یا یک طرح خدمات درمانی مدیریت شده دریافت کنند (به "طرح 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 تحت پوشش بخش A و بخش B از Medicare. همه طرح‌های درمانی شامل طرح درمانی ما باید همه خدماتی که تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B هستند را پوشش دهند.

برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (به اختصار MDPP): برنامه تغییر رفتار سلامت 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 واجد شرایط است. ثبت‌نام‌کننده Medicare-Medi-Cal با نام "شخص واجد شرایط دوگانه" نیز شناخته می‌شود.

بخش A از طرح Medicare: طرح Medicare که اکثر خدمات درمانی در بیمارستان، مراکز پرستاری حرفه‌ای و خدمات سلامت در منزل و آسایشگاه بیماران لاعلاج را تحت پوشش قرار می‌دهد.

بخش B از طرح Medicare: طرح Medicare که خدماتی را تحت پوشش 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 تحت پوشش قرار می‌دهد.

بخش C از طرح Medicare: طرح Medicare، که به عنوان "Medicare Advantage" یا "MA" نیز شناخته می‌شود و به شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق طرح Medicare Advantage ارائه کنند.



بخش D از طرح Medicare: طرح مزایای داروی نسخه‌ای Medicare. ما به این طرح به اختصار "بخش D" می‌گوییم. بخش D از Medicare داروهای تجویزی سرپایی، واکسن‌ها، و برخی از لوازمی را که تحت پوشش بخش A یا بخش B از Medicare یا Medicaid نیستند پوشش می‌دهد. طرح ما شامل بخش D از Medicare است.

داروهای بخش D از طرح Medicare: داروهایی تحت پوشش 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 تحت پوشش قرار دهد.

مدیریت دارودرمانی (MTM): گروهی متمایز از خدمات یا گروهی از خدمات ارائه شده توسط ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله داروسازان، برای اطمینان از بهترین نتایج درمانی برای بیماران. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

طرح Medi-Medi: طرح Medicare Medi-Cal (یا طرح Medi-Medi) یکی از انواع طرح‌های Medicare Advantage محسوب می‌شود. این طرح مخصوص افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح واحد ادغام می‌کند. طرح‌های Medi-Medi تمامی مزایا و خدمات هر دو برنامه، از جمله تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal، را به‌صورت هماهنگ ارائه می‌دهند.

عضو (عضو طرح ما، یا عضو طرح): فردی دارای Medicare و Medi-Cal که واجد شرایط دریافت خدمات تحت پوشش است، فردی که در طرح ما ثبت نام کرده و ثبت نام او توسط مراکز خدماتی Medicare و Medicaid (CMS) و ایالت تأیید شده است.

کتابچه راهنمای اعضا و اطلاعات افساءسازی: این سند، به همراه فرم عضویت و هرگونه اسناد پیوست‌شده به آن، یا الحاقیه‌ها، که پوشش‌دهی شما، کارهایی که ما باید انجام دهیم، حقوق شما، و کارهایی که باید به‌عنوان عضو طرح ما انجام دهید را توضیح می‌دهند.

خدمات اعضاء: بخشی در طرح ما که مسئول پاسخگویی سؤالات شما درباره عضویت، مزایا، شکایات‌ها و درخواست‌های تجدیدنظر است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات اعضاء، به **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

داروخانه عضو شبکه: داروخانه‌هایی که با پیچیدن نسخه‌های اعضاء طرح ما موافقت کرده‌اند. ما به آن‌ها "داروخانه‌های عضو شبکه" می‌گوییم زیرا موافقت کرده‌اند که با طرح ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، ما هزینه نسخه را تنها زمانی پرداخت می‌کنیم که از یکی از داروخانه‌های عضو شبکه طرح ما تهیه شود.

ارائه‌دهنده عضو شبکه: "ارائه دهنده" یک واژه کلی است که از آن برای پزشکان، پرستاران و دیگر افرادی استفاده می‌شود که خدمات و خدمات درمانی را در اختیار شما قرار می‌دهند. این عبارت همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های خدمات سلامت در منزل، کلینیک‌ها و دیگر مکان‌هایی است که خدمات درمانی سلامت شما را ارائه می‌کنند، همچنین تجهیزات پزشکی و برخی از خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت.

- این مراکز برای ارائه خدمات درمانی از Medicare و دولت ایالتی گواهینامه دریافت کرده‌اند.
- زمانی که موافقت کنند با طرح درمانی همکاری کرده، پرداخت ما را بپذیرند و مبلغ بیشتری از اعضای ما مطالبه نکنند، ما به آن‌ها "ارائه‌دهندگان عضو شبکه" می‌گوییم.
- مادامی که عضو طرح ما هستید، باید از ارائه‌دهندگان عضو شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید. به ارائه‌دهندگان عضو شبکه، "ارائه‌دهندگان طرح" نیز گفته می‌شود.

آسایشگاه یا مراکز خدمات درمانی: مکانی است برای افرادی که نمی‌توانند به صورت ایمن در خانه زندگی کنند و نیازی نیز به حضور در بیمارستان ندارند.

مسئول رسیدگی به شکایات: دفتری در ایالت شما است که به عنوان مدافع حقوق شما عمل می‌کند. آنها می‌توانند به سؤالات شما در صورتیکه مشکل یا شکایتی داشته باشید پاسخ داده و به شما کمک کنند تا بفهمید چکار کنید. خدمات بازرسی کل رایگان است. در **فصل‌های 2 و 9** از کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در این باره ارائه شده است.

تعیین تکلیف سازمانی: هنگامی که ما، یا یکی از ارائه‌دهندگان ما درباره اینکه آیا خدماتی تحت پوشش قرار بگیرند یا خیر و اینکه شما چه مقدار باید برای خدمات تحت پوشش پرداخت کنید، تصمیمی می‌گیریم در تعیین تکلیف سازمانی تلقی می‌شود. موارد تعیین تکلیف سازمانی "تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی" نامیده می‌شوند. **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا تصمیمات مربوط به پوشش‌دهی خدمات را توضیح می‌دهد.



محصول بیولوژیکی اصلی: یک محصول بیولوژیک که توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تأیید شده و به عنوان معیاری برای تولیدکنندگانی که یک نسخه بیوسیمیلار تولید می‌کنند، عمل می‌کند. از این محصول به عنوان محصول مرجع نیز یاد می‌شود.

طرح Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare هزینه در ازای ارائه خدمات): دولت طرح Original Medicare را پیشنهاد می‌دهد. طبق طرح Original Medicare، خدمات با پرداخت مبالغ تعیین‌شده توسط کنگره به پزشکان، بیمارستان‌ها، و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی پوشش داده می‌شوند.

- می‌توانید از هر پزشک، بیمارستان یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات 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 ایالات متحده آمریکا در دسترس است.
- اگر نمی‌خواهید در طرح ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که موافقت نکرده است با طرح درمانی ما برای هماهنگ‌سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح درمانی ما همکاری کند. طرح ما بیشتر داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید را پوشش نمی‌دهد، مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

ارائه‌دهنده خارج از شبکه یا مراکز خارج از شبکه: ارائه‌دهنده یا مرکز درمانی که با طرح ما همکاری نمی‌کند، متعلق به طرح ما نیست و توسط طرح ما مدیریت نمی‌شود و برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضا طرح ما، قراردادی نبسته است. **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا ارائه‌دهندگان یا مراکز خارج از شبکه را توصیف می‌کند.

داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه به هرگونه دارویی گفته می‌شود که شخص می‌تواند بدون نسخه از متخصص خدمات 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 "داروهای 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 سکيوریتی (شماره تأمین اجتماعی)، ویزیت‌های پزشک و سابقه پزشکی شما. برای اطلاعات بیشتر درباره شیوه ما برای محافظت، استفاده و افشاء PHI شما، و همچنین حقوقی که در خصوص PHI خود دارید، به ابلاغیه اصول حریم خصوصی ما مراجعه کنید.

ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه (PCP): پزشک یا سایر ارائه‌دهندگانی که برای اکثر مشکلات سلامت‌تان نخست به او مراجعه می‌کنید. آن‌ها اطمینان حاصل می‌کنند که شما خدمات درمانی مورد نیاز برای حفظ سلامت‌تان را دریافت می‌کنید.

- علاوه بر این، با سایر پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی درباره خدماتی شما مشورت می‌کنند و شما را به آنها ارجاع می‌دهند.
- در بسیاری از طرح‌های سلامت Medicare، قبل از مراجعه به هر ارائه‌دهنده خدمات درمانی دیگری نخست باید ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه مراجعه کنید.
- به‌منظور کسب اطلاعات مربوط به دریافت خدمات درمانی از ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه، به **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

مجوز قبلی (PA): درخواست خدماتی که توسط ارائه دهنده 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 ارائه دهنده 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 تحت پوششی که به تأییدیه 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 تحت پوشش که به مجوز قبلی برنامه ما نیاز دارند در لیست داروهای تحت پوشش علامت گذاری شده‌اند و مقررات نیز روی وبسایت ما منتشر شده‌اند.

برنامه خدمات درمانی جامع و کامل برای 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.

پروتزها و دستگاه‌های ارتوپدی: 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 مورد نیاز 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 خدمات درمانی که به بهبود کیفیت خدمات درمانی برای اشخاصی که عضو Medicare هستند کمک می‌کنند. دولت فدرال QIO را استخدام کرده است تا خدمات درمانی ارائه‌شده به بیماران را ارزیابی کنند و بهبود ببخشند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO، به **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

محدودیت تعداد: به‌معنای محدودیت در تعداد داروهای دریافتی است. شاید مقدار دارویی را که در هر نسخه پوشش می‌دهیم محدود کنیم.

ابزار مزیت بلادرنگ: پورتال یا برنامه‌های 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 تحت پوشش دریافت کنند. این اطلاعات شامل مبالغ پرداخت مشترک، داروهای جایگزین قابل استفاده به‌جای داروی مورد نظر در شرایط سلامتی خاص، و محدودیت‌های احتمالی (مجوز قبلی، درمان مرحله‌ای، محدودیت‌های مقدار) اعمال شده بر داروهای جایگزین هستند.

ارجاع: ارجاع تأییدیه ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه شما (PCP) برای استفاده از ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP است. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را تحت پوشش قرار ندهیم. شما برای استفاده از متخصصین خاص از جمله متخصصین سلامت زنان به ارجاع نیاز ندارید. در **فصل‌های 3 و 4** از کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در این باره ارائه شده است.

خدمات توانبخشی: درمانی که به‌منظور کمک به ریکاوری شما از بیماری‌ها، تصادفات، یا عمل‌های بزرگ دریافت می‌کنید. 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 روان یا رفتار، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (STIها)، HIV/ایدز، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال سوء مصرف مواد، مراقبت‌های تایید کننده جنسیت و خشونت شریک جنسی.

محدوده خدمات رسانی: منطقه‌ای جغرافیایی که اگر طرح‌های سلامتی عضویت را بر مبنای محل زندگی افراد محدود می‌کنند فقط افراد ساکن در آن منطقه را می‌پذیرند. در خصوص طرح‌هایی که استفاده شما از پزشکان یا بیمارستان‌ها را محدود می‌کنند، به صورت کلی به منطقه‌ای گفته می‌شود که در آنجا می‌توانید خدمات روتین (غیر اورژانس) را دریافت کنید. فقط افرادی که در محدوده خدمات‌رسانی ما زندگی می‌کنند می‌توانند به طرح ما ملحق شوند.

آسایشگاه تخصصی (SNF): مراکز سالمندان یا پرسنل و تجهیزاتی که خدمات پرستاری تخصصی را ارائه می‌دهند و در اکثر مواقع، خدمات بازپروری حرفه‌ای و دیگر خدمات درمانی مربوطه.

خدمات درمانی در آسایشگاه تخصصی (SNF): خدمات درمانی و توانبخشی پرستاری تخصصی ارائه شده به صورت ادامه دار، روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. نمونه‌هایی از مراقبت ارائه‌شده در آسایشگاه‌های تخصصی عبارتند از درمان فیزیکی یا تزریق‌های درون وریدی (IV) که یک پرستار رسمی یا پزشک می‌تواند آنها را ارائه دهد.

متخصص: پزشکی که خدمات درمانی از سلامت را برای یک بیماری خاص یا برای بخشی از بدن ارائه می‌کند.

داروخانه تخصصی: برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های تخصصی، به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



دادرسی ایالتی: اگر پزشک شما یا هر ارائه‌دهنده دیگری درخواست برخی از خدمات Medi-Cal را داشته باشد که ما با آن موافقت نکنیم، یا اگر ما دیگر هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت نکنیم، 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 زمینه پوشش‌دهی که بر مبنای آن پیش از تحت‌پوشش قرارگرفتن داروی مورد نظرتان، ابتدا باید دارویی دیگر را مصرف کنید.

عواید تأمین اجتماعی مکمل (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 با مزایای تأمین اجتماعی تفاوت دارند.

خدمات درمانی فوری: خدمات درمانی برای یک بیماری یا جراحی ناگهانی یا شرایطی که اورژانسی نیستند اما به خدمات درمانی فوری نیاز دارند. زمانی که دسترسی به ارائه‌دهندگان شبکه ممکن نباشد یا نتوانید به آنها مراجعه کنید، می‌توانید مراقبت‌های فوری مورد نیاز خود را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید. این زمانی است که به دلیل شرایط، مکان یا زمان، مراجعه به ارائه‌دهندگان شبکه غیرممکن یا غیرمنطقی است (برای مثال، وقتی خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح هستید و به خدمات پزشکی فوری برای یک مشکل غیرمنتظره نیاز دارید، اما وضعیت اورژانسی نیست).





CALIFORNIA EAE NOTICE OF AVAILABILITY

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-665-4627 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711). These services are free.

تنبیه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فيرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة، مثل الوثائق بلغة برايل والطباعة بأحرف كبيرة. يرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴԻՆՈՒԹՅՈՒՆ՝ Ձեր լեզվով օգնության դեպքում, զանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամների համար հասանելի են նաև աջակցման ծառայություններ, օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլյան և խոշոր տառերով: Զանգահարե՛ք՝ 1-855-665-4627, (TTY՝ 711):
Ծառայությունները գործում են անվհար:

請注意：如果您需要語言方面的協助，請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。我們也向身心障礙人士提供輔助及服務，例如點字與大字體文件。請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。這些服務均為免費。



ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता हो, तो 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। वविकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su thiab cov ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Lawv cov kev pab cuam yog muab pab dawb xwb.

注記：母国語によるサポートが必要な場合は、1-855-665-4627 (TTY：711)までご連絡ください。点字による文書や大きな活字で印刷した文書など、障がいのある方への支援やサービスもご利用いただけます。ご利用を希望される場合は、1-855-665-4627 (TTY：711)までご連絡ください。これらのサービスはいずれも無料です。



주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-855-665-4627(TTY: 711) 로 문의 바랍니다. 점자 및 큰 글자 문서와 같이 장애가 있는 사용자를 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 서비스 이용은 무료입니다.

ຂໍຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອກທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

UA ZOO SAIB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Dhau li no lawm kuj muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas thiab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711).Cov kev pab cuam no yog muab yam tsis xam nqi.

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងជាពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។



توجه: اگر می‌خواهید راهنمایی‌ها را به زبان خودتان دریافت کنید، با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711: TTY) تماس بگیرید. وسایل و خدمات کمکی مخصوص افراد مبتلا به معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ با حروف درشت نیز در دسترس هستند. برای دریافت این خدمات با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711: TTY) تماس بگیرید. این خدمات به صورت رایگان ارائه می‌شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима информация на вашем языке, позвоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Для людей с инвалидностью также предоставляются услуги и информация в доступном формате — например, документы шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Звоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) รวมถึงยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรภาษาเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่อีกด้วย โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย



УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Крім того, ви можете отримати допоміжні засоби й послуги для осіб з особливими потребами, як-от документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Hiện chúng tôi cũng có sẵn các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in có lớn. Hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

خدمات اعضای (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus

روش	اطلاعات تماس
اطلاعات تماس	<p>711-4627-665 (855) تماس با این شماره رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعدازظهر به وقت محلی. همچنین خدمات اعضا دارای مترجم شفاهی رایگان برای افرادی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند .</p>
شماره TTY:	<p>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.</p>
فکس:	<p>برای خدمات پزشکی: Attn: Medicare Member Services فکس: (310) 507-6186 برای خدمات (Rx) بخش D: فکس: (866) 290-1309</p>
ارسال نامه	<p>برای خدمات پزشکی: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 برای خدمات (Rx) بخش D: Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047</p>
وبسایت:	<p>www.MolinaHealthcare.com/Medicare</p>