

2022

کتابچه اعضاء

طرح Molina Dual Options Cal Medi-Connect طرح Medicare-Medicaid

H8677-002 کالیفرنیا

ارائه دهنده خدمات به Los Angeles County

تاریخ اجرا از 1 ژانویه تا 31 دسامبر 2022



دفترچه راهنمای اعضای Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan

01/01/2022 – 12/31/2022

پوشش درمانی و دارویی اعضای Molina Dual Options Cal MediConnect Plan

دفترچه راهنمای اعضاء مقدمه

در این دفترچه درباره مزایای پوشش Molina Dual Options تا تاریخ 12/31/2022 اطلاعاتی ارائه شده است. در این دفترچه درباره خدمات درمانی، خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روان و سوء استفاده از مواد)، پوشش داروهای نسخه ای و خدمات و پشتیبانی های بلند مدت توضیحاتی ارائه شده است. خدمات و پشتیبانی بلندمدت به شما کمک می کند که به جای رفتن به خانه سالمندان یا یک بیمارستان، در منزل خود بمانید. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده است. این دفترچه یک مدرک قانونی مهم است. لطفاً آن را در مکان امنی نگهداری کنید.

این Cal MediConnect Plan از طرف Molina Healthcare of California ارائه می شود. هدر این دفترچه راهنمای اعضاء، عبارت های "ما" یا "مال ما" به معنای Molina Healthcare of California است. عبارت های "طرح" یا "طرح ما" به معنای Molina Dual Options است.

ATTENTION: If you speak: English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, language assistance services, free of charge, are available to you. The call is free. با شماره 1-855-665-4627 (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-855-665-4627 (TTY: 711)。

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-665-4627 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-665-4627 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-665-4627 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-665-4627 (رقم هاتف الصم والبكم 711) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-665-4627 (TTY: 711) تماس بگیرید.



ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվեր կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություն ծառայություններ: Զանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-855-665-4627 (TTY: 711)

می توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم. به این امر درخواست دائمی گفته می شود. ما درخواست دائمی شما را ثبت می کنیم تا لازم نباشد که برای هر بار ارسال اطلاعات به طور جداگانه درخواست کنید. جهت دریافت این نوشتار به زبانی به غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت به این شماره (800) 541-5555، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 5 p.m. به وقت محلی به منظور بروز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید. جهت دریافت این نوشتار در قالب متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید. یک نماینده می تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند. همچنین می توانید با مدیر پرونده خود برای دریافت کمک و راهنمایی در مورد درخواست های دائمی تماس بگیرید.



Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan 2022

فهرست مطالب

5.....	شروع به کار به عنوان یک عضو.....	فصل 1:
14.....	شماره تلفن ها و مرجع های مهم	فصل 2:
26.....	استفاده از پوشش طرح برای خدمات درمانی و سایر خدمات تحت پوشش.....	فصل 3:
42.....	جدول مزایا	فصل 4:
83.....	دریافت داروهای نسخه ای بیماران سرپایی از طریق این طرح	فصل 5:
97.....	چه هزینه ای برای داروهای نسخه ای Medicare و Medi-Cal پرداخت می کنید	فصل 6:
103.....	درخواست از ما برای پرداخت صورتحساب دریافتی برای خدمات یا داروهای تحت پوشش	فصل 7:
107.....	حقوق قانونی و مسئولیت های شما	فصل 8:
128.....	اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری انجام دهید (درباره تصمیم گیری درباره پوشش دهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت)	فصل 9:
171.....	خاتمه دادن به عضویت تان در طرح Cal MediConnect ما.....	فصل 10:
178.....	اطلاعیه های قانونی	فصل 11:
180.....	مفهوم و اژه های مهم	فصل 12:



سلب مسئولیت ها

- ❖ ارائه مزایای هر دو طرح Medicare و Medi-Cal به ثبت‌نام شدگان با این دو طرح دارای قرارداد می باشد. Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan یک طرح بیمه سلامتی است که برای پوشش تحت Molina Dual Options پوشش سلامتی واجد شرایط می باشد که "حداقل پوشش ضروری" خوانده می شود. این پوشش مطابق با الزامات مسئولیت مشترک فردی براساس Patient Protection and Affordable Care Act's (ACA) (قانون محافظت از بیمار و خدمات درمانی پزشکی مقرون به صرفه یا به اختصار ACA) می باشد. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرایط مسئولیت مشترک فردی به وب سایت Internal Revenue Service (اداره خدمات مالیاتی یا به اختصار IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families مراجعه کنید.
- ❖ محدودیت‌ها، فرانشیزها و ممنوعیت‌های مختلفی ممکن است اعمال شود. برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضای Molina Dual Options تماس بگیرید یا کتابچه راهنمای اعضای Molina Dual Options را مطالعه کنید. این امر بدان معنا است که امکان دارد برای بعضی از خدمات نیاز به پرداخت هزینه باشد و همچنین قوانین خاصی را دنبال کنید تا Molina Dual Options هزینه خدمات شما را پرداخت کند.
- ❖ فهرست داروهای تحت پوشش و/یا فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌های شبکه ممکن است در طول سال تغییر کند. قبل از اینکه تغییری ایجاد کنیم که شما را تحت تأثیر قرار دهد، به شما اطلاع خواهیم داد.
- ❖ ممکن است مزایا و/یا سهم بیمه شده در 1 ژانویه هر سال تغییر کنند.
- ❖ Molina Healthcare مطابق با قوانین حقوق مدنی فدرال است و به دلیل نژاد، قومیت، اصل و نسب ملی، مذهب، جنسیت، جنس، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامتی، دریافت مراقبت های بهداشتی، سوابق درخواست ها، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، سوابق قابلیت بیمه شدن، موقعیت جغرافیایی تبعیض قائل نمی شود.



فصل 1: شروع به کار به عنوان یک عضو

معرفی

این فصل شامل اطلاعاتی در مورد Molina Dual Options، یک طرح بیمه سلامتی که تمامی خدمات Medicare و Medi-Cal شما را پوشش می دهد، و عضویت شما در آن می باشد. این فصل همچنین در مورد انتظارات شما و سایر اطلاعاتی که از Molina Dual Options دریافت خواهید کرد به شما اطلاع رسانی می کند. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده است

فهرست مطالب

6	A. به Molina Dual Options خوش آمدید.....
6	B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal.....
6	B1. Medicare.....
6	B2. Medi-Cal.....
7	C. مزیت های این طرح درمانی.....
8	D. منطقه خدماتی Molina Dual Options.....
8	E. چه موضوعی موجب واجد شرایط شدن شما برای عضویت در طرح درمانی می شود.....
8	F. انتظارات شما هنگامیکه برای اولین بار عضو طرح درمانی می شوید.....
9	G. تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما.....
9	G1. تیم خدمات درمانی:.....
9	G2. طرح خدمات درمانی.....
10	H. حق بیمه ماهانه Molina Dual Options.....
10	I. دفترچه راهنمای اعضا.....
10	J. اطلاعات دیگری که از ما دریافت خواهید کرد.....
10	J1. کارت شناسایی عضویت Molina Dual Options شما.....
11	J2. فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها.....
12	J3. لیست داروهای تحت پوشش.....
12	J4. توصیف مزایا.....
13	K. نحوه به روز نگه داشتن پرونده عضویت شما.....
13	K1. محرمانگی اطلاعات سلامت شخصی (PHI).....

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن 665-4627 (855)، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعداز ظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



A. به Molina Dual Options خوش آمدید

Molina Dual Options یک Cal MediConnect Plan است. Cal MediConnect Plan، سازمانی است متشکل از پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه دهندگان خدمات بلند مدت، ارائه دهندگان خدمات سلامت رفتاری و دیگر ارائه دهندگان. همچنین شامل مدیران پرونده و تیم‌های خدمات درمانی است که در زمینه مدیریت همه ارائه دهندگان و خدمات به شما کمک می‌کنند. همگی این افراد با همکاری یکدیگر، خدمات مورد نیاز شما را ارائه می‌کنند.

Molina Dual Options توسط ایالت کالیفرنیا و مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) مورد تأیید قرار گرفته است تا تحت پوشش Cal MediConnect خدماتی در اختیار شما قرار دهد.

Cal MediConnect یک طرح آزمایشی است که دولت کالیفرنیا و دولت فدرال مشترکاً بر آن نظارت دارند تا افراد مشمول طرح‌های Medicare و Medi-Cal از خدمات درمانی پزشکی بهتری برخوردار شوند. دولت ایالتی و دولت فدرال قصد دارند در این طرح آموزشی راه‌های جدیدی را امتحان کنند تا خدمات Medicare و Medi-Cal را بهبود بخشند.

ما در Molina Healthcare می‌دانیم که هرکدام از اعضاء نیازهایی متفاوت و جداگانه دارند. به همین دلیل است که Molina Dual Options مزایای Medicare و Medi-Cal شما را در یک طرح تلفیق کرده است تا بتوانید کمک‌هایی شخصی شده و آرامش بیشتری داشته باشید.

Molina Healthcare با بیش از 35 سال سابقه، خدمات درمانی با کیفیت را در اختیار اشخاص بیشتری قرار می‌دهد - مخصوصاً برای افرادی که بیشترین نیاز به چنین خدمات درمانی را دارند. از آغاز تا کنون، Molina نیازهای اعضای خود را در اولویت قرار داده است. به Molina Healthcare خوش آمدید. خانواده بزرگ شما.

B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare یک طرح بیمه سلامت دولت فدرال است برای:

- افراد 65 ساله یا مسن تر،
- افرادی که سنشان کمتر از 65 سال است و ناتوانی‌های خاصی دارند، و
- افرادی که دچار مشکلات حاد کلیوی هستند (نارسایی کلیه).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal در ایالت کالیفرنیا Medicaid نامیده می‌شود. Medi-Cal توسط ایالت کنترل می‌شود و هزینه آن از طرف دولت ایالتی و دولت فدرال پرداخت می‌شود. Medi-Cal به افراد کم درآمد با منابع محدود کمک می‌کند تا از خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت (LTSS) برخوردار شوند و هزینه‌های پزشکی آنها را برای مدت بیشتری پوشش می‌دهد. همچنین سایر خدمات و داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد.



هر ایالتی تصمیم می گیرد:

- چه مواردی شامل درآمد و منابع مالی می شوند،
- چه کسی واجد شرایط است،
- چه خدماتی تحت پوشش است، و
- هزینه خدمات.

ایالت ها می توانند در مورد نحوه اداره طرح ها تصمیم بگیرند اما مقررات دولت فدرال باید رعایت شود.

Molina Dual Options توسط Medicare و California تأیید شده است. شما می توانید از خدمات Medicare و Medi-Cal از طریق طرح ما برخوردار شوید تا زمانی که:

- ما این طرح را ارائه می کنیم، و
 - Medicare و ایالت کالیفرنیا تأییدیه ارائه این طرح را به ما می دهد.
- حتی اگر ما در آینده این طرح را ارائه نکنیم، شما همچنان واجد شرایط برای دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خواهید بود.

C. مزیت های این طرح درمانی

شما اکنون تمام خدمات Medicare و Medi-Cal تحت پوشش خود، از جمله داروهای نسخه ای، را از Molina Dual Options دریافت می کنید. برای ملحق شدن به این طرح سلامت نیازی به پرداخت هزینه اضافی نیست.

Molina Dual Options کمک می کند تا از کلیه مزایای Medicare و Medi-Cal بهره مند شوید و خدمات بهتری دریافت کنید. برخی از این مزایا عبارتند از:

- شما قادر خواهید بود که با یک طرح درمانی کلیه نیازهای بیمه درمانی خود را تأمین کنید.
- یک تیم خدمات درمانی خواهید داشت که خود شما در تشکیل آن نقش خواهید داشت. تیم خدمات درمانی شما می تواند شامل خود شما، ارائه دهنده خدمات درمانی، پزشک، پرستار، مشاور یا دیگر متخصصین امر سلامت باشد.
- شما به یک مدیر پرونده دسترسی خواهید داشت. مدیر پرونده فردی است که با شما و Molina Dual Options و همچنین با تیم خدمات درمانی شما همکاری می کند تا یک طرح خدمات درمانی تنظیم کنید.
- شما می توانید طرح خدمات درمانی خود را با کمک تیم خدمات درمانی و مدیر پرونده هدایت کنید.
- تیم خدمات درمانی و مدیر پرونده با شما همکاری می کنند تا طرح خدمات درمانی متناسب با نیازهای درمانی شما باشد. تیم خدمات درمانی کمک می کند تا خدمات مورد نیاز شما هماهنگ شوند. این امر بدان معنا است که به عنوان مثال:
 - تیم خدمات درمانی شما اطمینان حاصل می کند که پزشک شما از کلیه داروهای مورد استفاده شما آگاه است تا اطمینان حاصل شود که داروهای صحیح را دریافت خواهید کرد و پزشکان شما می توانند عوارض جانبی احتمالی حاصل از تداخل داروها را کم کنند.
 - تیم خدمات درمانی شما اطمینان حاصل می کند که در صورت نیاز نتایج آزمایش شما با تمام پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات به شما به اشتراک گذاشته می شود.



D. منطقه خدماتی Molina Dual Options

محدوده خدماتی ما شامل تمام بخش‌های کانتی Los Angeles می‌شود به استثنای کد پستی زیر: 90704.

فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند به Molina Dual Options ملحق شوند.

اگر به خارج از منطقه خدماتی نقل مکان کنید، نمی‌توانید در این طرح بمانید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص اثرات نقل مکان به خارج از منطقه خدماتی ما به فصل 8 مراجعه کنید. لازم خواهد بود که با مددکار تعیین واجد شرایط بودن کانتی محلی خود تماس بگیرید:

Los Angeles Field Office
(888) 822-9622

E. چه موضوعی موجب واجد شرایط شدن شما برای عضویت در طرح درمانی می‌شود

تا زمانی که شرایط زیر را داشته باشید برای عضویت در طرح واجد شرایط هستید:

- در منطقه خدماتی ما زندگی کنید، و
 - سن شما در زمان ثبت نام 21 سال یا بیشتر باشد، و
 - Medicare بخش A و Medicare بخش B داشته باشید، و
 - در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط باشید و
 - شهروند ایالات متحده هستید یا به صورت قانونی در ایالات متحده سکونت دارید.
- ممکن است قوانین دیگری برای واجد شرایط بودن در کشور شما حکمفرما باشد. جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F. انتظارات شما هنگامیکه برای اولین بار عضو طرح درمانی می‌شوید

در ابتدای پیوستن به طرح، یک فرم ارزیابی خطر سلامت (HRA، health risk assessment) دریافت می‌کنید که باید ظرف 90 روز آن را تکمیل کرده و تحویل دهید. این ارزیابی به ما کمک می‌کند تا نیازهای شما را تعیین کنیم و به شما کمک کنیم.

ما موظفیم که یک HRA را برای شما تکمیل کنیم. این HRA مبنای توسعه طرح خدمات درمانی فردی (ICP) است. این HRA شامل سؤال هایی برای شناسایی خدمات و پشتیبانی‌های پزشکی، LTSS و همچنین نیازهای سلامت رفتاری و عملی شما است.

ما برای پر کردن HRA با شما تماس خواهیم گرفت. HRA را می‌توان توسط دیدار حضوری، تماس تلفنی یا از طریق پست انجام داد. اطلاعات بیشتر در مورد HRA را برای شما ارسال خواهیم کرد.

اگر تازه به Molina Dual Options ملحق شده‌اید، می‌توانید همچنان برای مدت زمانی معین از پزشکان قبلی خود استفاده کنید. اگر تمام شرایط زیر را داشته باشید، می‌توانید ارائه دهندگان خدمات و مجوزهای خدمات فعلی خود در زمان ثبت نام را تا 12 ماه حفظ کنید.

- شما، نماینده یا ارائه دهنده خدمات شما می‌توانید مستقیماً از ما درخواست کنید تا همچنان بتوانید از ارائه دهنده فعلی خود استفاده کنید.
- به جز در برخی موارد استثناء، مدرکی دال بر ارتباط شما با ارائه دهنده اصلی یا ارائه دهنده خدمات درمانی خاص خود به ما ارائه کنید. منظور از ارتباط موجود این است که شما ظرف 12 ماه پیش از تاریخ ثبت نام اصلی در Molina Dual Options حداقل برای یک مورد غیر اورژانسی به یک ارائه دهنده خدمات در خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.
- ما با بررسی اطلاعات وضعیت سلامتی شما که در اختیارمان قرار دارد و یا اطلاعاتی که به ما ارائه کرده‌اید، ارتباط فعلی شما را تعیین می‌کنیم.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



- ما 30 روز فرصت داریم تا به درخواست شما پاسخ دهیم. همچنین شما می توانید از ما درخواست کنید تا سریعتر تصمیم گیری کنیم و ما باید ظرف 15 روز به شما پاسخ دهیم.
- اگر این خطر وجود دارد که به واسطه اختلال در مراقبت به شما آسیبی وارد می شود، ما 3 روز تقویمی برای پاسخ دادن فرصت داریم.
- شما و ارائه دهنده خدمات شما باید مدارکی دال بر ارتباط موجود ارائه دهید و در زمان اعلام درخواست با شرایط خاصی موافقت کنید.

توجه: امکان ارائه این درخواست برای ارائه دهندگان تجهیزات پزشکی ماندگار (DME)، رفت و برگشت و دیگر خدمات جانبی یا خدماتی که تحت پوشش Cal MediConnect نیست وجود ندارد.

پس از پایان مدت دوره ادامه خدمات درمانی، باید از آن دسته از پزشکان و دیگر ارائه دهندگان موجود در شبکه Molina Dual Options، که با گروه پزشکی ارائه دهنده خدمات درمانی اصلی شما ارتباط دارند، استفاده کنید مگر اینکه ما با پزشک خارج از شبکه شما توافق نامه داشته باشیم. ارائه دهنده شبکه، ارائه دهنده ای است که با طرح درمانی همکاری می کند. PCP ها در طرح درمانی ما با IPA ها و گروه های پزشکی وابستگی دارند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می کنید، IPA ها یا گروه پزشکی وابسته خود را نیز انتخاب می کنید. این بدان معناست که PCP شما، شما را به متخصصین و خدمات IPA یا گروه پزشکی وابسته به او ارجاع می دهد. IPA یا گروه پزشکی یک انجمن متشکل از PCP ها و متخصصین است که برای ارائه خدمات درمانی هماهنگ به شما ایجاد شده است. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص دریافت خدمات درمانی به فصل 3 مراجعه کنید.

G. تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما

G1. تیم خدمات درمانی:

برای دریافت خدمات درمانی مورد نیاز خود به کمک نیاز دارید؟ تیم خدمات درمانی می تواند به شما کمک کند. تیم خدمات درمانی معمولاً شامل پزشک، مدیر پرونده یا فرد دیگر مسئول سلامت انتخابی شما می باشد.

مدیر پرونده شخصی است که برای کمک به شما در رابطه با مدیریت خدمات درمانی مورد نیاز شما آموزش دیده است. یک مدیر پرونده در هنگام ثبت نام در Molina Dual Options به شما تخصیص داده می شود. این شخص در مواقعی که Molina Dual Options خدمات مورد نیاز شما را ارائه ندهد، شما را به منابع اجتماعی نیز ارجاع می دهد.

شما می توانید برای درخواست تیم مراقبتی از طریق شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی با ما تماس بگیرید.

G2. طرح خدمات درمانی

تیم خدمات درمانی شما با شما همکاری می کند تا طرح خدمات درمانی مورد نظر خود را پیدا کنید. طرح خدمات درمانی، خدمات مورد نیاز شما و نحوه دریافت آنها را به شما و پزشکان شما اطلاع می دهد این طرح شامل نیازهای خدمات پشتیبانی دراز مدت (LTSS)، سلامت رفتاری و پزشکی شما می باشد. طرح خدمات درمانی شما صرفاً برای شما و نیازهایتان تهیه خواهد شد.

طرح خدمات درمانی شما شامل این موارد می باشد:

- اهداف خدمات درمانی شما.

- یک جدول زمانی برای زمانی که باید خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنید.

پس از ارزیابی ریسک سلامت شما، تیم خدمات درمانی تان با شما ملاقات خواهد کرد. آنها در مورد خدمات مورد نیازتان با شما صحبت خواهند کرد. آنها همچنین می توانند در مورد خدماتی که ممکن است شما علاقه مند به دریافت آنها باشید با شما صحبت کنند. طرح خدمات درمانی شما بر اساس نیازهای شما خواهد بود. تیم خدمات درمانی شما با شما همکاری خواهد کرد تا حداقل هر سال طرح خدمات درمانی خود را به روز کنید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



H. حق بیمه ماهانه Molina Dual Options

Molina Dual Options حق بیمه ماهانه ندارد.

1. دفترچه راهنمای اعضا

این دفترچه راهنمای اعضا بخشی از قرارداد ما با شما است. این امر بدان معنا است که ما باید از تمام قوانین موجود در این سند پیروی کنیم. اگر فکر می کنید ما در موردی خلاف این قوانین عمل کرده ایم، می توانید درخواست تجدیدنظر یا اعتراض به عملکرد ما را داشته باشید. جهت کسب اطلاعات در خصوص نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر، به بخش 9 مراجعه کنید یا اینکه با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

می توانید جهت دریافت دفترچه راهنمای اعضا با خدمات اعضا به این شماره تماس بگیرید (855) 665-4627 (TTY): 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید. همچنین می توانید به دفترچه راهنمای اعضا در وب سایت www.MolinaHealthcare.com/Duals مراجعه کرده یا آن را از این وب سایت دانلود کنید.


این قرارداد بین تاریخ 01/01/2022 و 12/31/2022، در ماه هایی که عضو Molina Dual Options می باشید، قابل اجرا است.

2. اطلاعات دیگری که از ما دریافت خواهید کرد

باید پیش از این یک کارت شناسایی عضویت Molina Dual Options، اطلاعاتی درباره چگونگی دسترسی به فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها و اطلاعات مربوط به دسترسی فهرستی از داروهای تحت پوشش را در اختیار داشته باشید.

3. کارت شناسایی عضویت Molina Dual Options شما

شما تحت طرح درمانی ما یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود خواهید داشت که شامل خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، برخی خدمات درمانی رفتاری و داروهای نسخه ای می شود. هنگامی دریافت خدمات یا نسخه خود باید این کارت را نشان دهید. در اینجا یک نمونه کارت نشان داده شده است که مانند کارت شما است:

	
<p>Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan Member Name: <MemFIRST><MemMI><MemLAST> Member ID #: <HIC#> Health Plan (80840): <ISSUID> Date of Birth: <DOB> Effective Date: <EFFDAT> MEMBER CANNOT BE CHARGED Copay \$0 PCP Name: <PCPNAM> Medical Group: <PAYID></p>	
<p>RxBIN: <RxBIN> RxPCN: <RXPCN> RxGRP: <RXGroup> RxID: <HIC#></p>	<p>Dental Benefits Group ID: <HIC#></p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p>
<p><H8677> <001/002></p> <p style="text-align: right;">MyMolina.com</p>	
<p>In Case of An Emergency: Call 911 or go to the nearest emergency room or other appropriate setting. If you are not sure whether you need to go to the emergency room, call your Primary Care Provider (PCP) or you may also contact our 24-Hour Nurse Advice Line.</p>	
<p>Member Services: <(855)665-4627> Member Services TTY: <711> Behavioral Health: <(888)275-8750> 24-Hour Nurse Advice: <(888)275-8750> Pharmacy Help Desk: <(855)665-4627> Dental Service: <(855)214-6779></p>	
<p>Website: <MolinaHealthcare.com/Duals> Send claims to: <P.O. Box 22702, Long Beach, CA 90801> ED1 Submission Payer ID 38333 Claim Inquiry: <(855)665-4627></p>	
<p style="text-align: right;">MolinaHealthcare.com/Duals</p>	

اگر کارت Cal MediConnect آسیب ببیند، گم یا دزدیده شود، فوراً با خدمات اعضا تماس بگیرید تا یک کارت جدید برای شما ارسال کنیم. می توانید با خدمات اعضا از طریق شماره (855) 665-4627، TTY 711، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.

تا زمانی که یکی از اعضای این طرح هستید، نیازی به استفاده از کارت قرمز، سفید و آبی رنگ Medicare یا کارت Medi-Cal برای دریافت خدمات CalMediConnect نیست. از این کارت ها در محل امنی نگهداری کنید چون ممکن است بعداً به آنها نیاز داشته باشید. اگر کارت Medicare خود را به جای کارت شناسایی اعضای Molina Dual Options نشان دهید، ارائه دهنده ممکن است به جای طرح درمانی ما برای Medicare صورتحساب بفرستد و شما ممکن است صورتحسابی را دریافت نمایید. برای اینکه ببینید در صورت دریافت یک صورتحساب از ارائه دهنده چه کار کنید به فصل 7 مراجعه کنید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



فراموش نکنید جهت دسترسی به خدمات بهداشت روان خاص که از طرح بهداشت روان ایالت (MHP) دریافت می کنید باید کارت Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.

J2. فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها

در فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها، لیست ارائه دهندگان و داروخانه های موجود در شبکه Molina Dual Options آورده شده است. هنگامی که در این طرح عضو هستید، باید از ارائه دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید. هنگامی که برای نخستین بار عضو طرح ما می شوید، چندین استثنا وجود دارد (به صفحه 8 مراجعه کنید).

می توانید جهت دریافت فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها با شماره (855) 665-4627 TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید. همچنین می توانید به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها در وب سایت www.MolinaHealthcare.com/Duals مراجعه کرده یا آن را از این وب سایت دانلود کنید.

این راهنما فهرستی از پزشکان مراقبت های بهداشتی اولیه (PCP)، بیمارستان ها و سایر ارائه دهندگان خدمات درمانی می باشد که به عنوان عضو Molina Healthcare در اختیار شما قرار دارند. می توانید اطلاعات زیر را نیز در مورد پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات درمانی در فهرست ارائه دهندگان خود پیدا کنید:

- نام ها
- نشانی ها
- شماره های تلفن
- زبانی که صحبت می کنند
- دسترسی به مکان های ارائه خدمات
- امتیازها / وابستگی های بیمارستان
- گروه پزشکی

این نکته اهمیت دارد که شما بتوانید به آسانی نزد پزشکان مراجعه کنید و مطب های پزشکان هرگونه کمکی که برای دریافت خدمات درمانی لازم است را ارائه کنند. اطلاعات دسترسی فیزیکی برای موارد زیر ذکر شده است:

- دسترسی پایه
- دسترسی محدود

راهنمای ما شامل نمادهای زیر برای دسترسی به محل های مختلف در دفتر ارائه دهندگان خدمات است:

- P = پارکینگ
- EB = ساختمان خارجی
- IB = داخل ساختمان
- W = اتاق انتظار
- R = دستشویی
- E = اتاق معاینه
- T = میز معاینه
- S = ترازو برای صندلی چرخدار

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



همچنین اطلاعات مربوط به پذیرش بیماران جدید توسط ارائه دهنده (پزشکان، بیمارستان ها، متخصصین یا درمانگاه ها) در راهنمای ارائه دهندگان یا به صورت آنلاین در وب سایت www.MolinaHealthcare.com/Duals موجود است.

تعریف ارائه دهندگان عضو شبکه

- ارائه دهندگان شبکه Molina Dual Options شامل موارد زیر هستند:
 - پزشکان، پرستاران و دیگر متخصصین خدمات درمانی که می‌توانید به عنوان اعضای طرح ما از آنها استفاده کنید؛
 - کلینیک ها، بیمارستان ها، مراکز پرستاری و دیگر مکان هایی است که خدمات درمانی را در طرح ما ارائه می‌کند؛ و
 - LTTS، خدمات سلامت رفتاری، سازمان‌های ارائه دهنده خدمات مراقبتی در منزل، ارائه دهندگان تجهیزات پزشکی بادوام و دیگر ارائه دهندگان کالا و خدمات به شما از طریق Medicare یا Medi-Cal.
- ارائه دهندگان شبکه موافقت کرده‌اند که طرح ما هزینه کامل خدمات تحت پوشش را بپردازد.

تعریف داروخانه‌های عضو شبکه

- داروخانه‌های (مراکز دارویی) شبکه، داروخانه هایی هستند که موافقت کرده‌اند نسخه ها را برای اعضای طرح ما پر کنند. با استفاده از فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها می‌توانید داروخانه شبکه مورد نظر خود را انتخاب کنید.
 - بجز در موارد اورژانسی، جهت دریافت کمک برای پرداخت هزینه نسخه ها باید نسخه‌های خود را در یکی از داروخانه‌های شبکه ما پر کنید.
- با خدمات اعضا، از طریق شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی برای اطلاعات بیشتر تماس بگیرید. خدمات اعضا و وب سایت Molina Dual Options هر دو به روز ترین اطلاعات مربوط به تغییرات ایجاد شده در داروخانه ها و ارائه دهندگان شبکه ما را در اختیار شما قرار می‌دهد.

J3. لیست داروهای تحت پوشش

این طرح دارای لیست داروهای تحت پوشش است. ما به اختصار به آن "لیست دارو" می‌گوییم. در آن عنوان شده است که کدام یک از داروهای نسخه ای تحت پوشش Molina Dual Options است

همچنین در لیست داروها، قوانین یا محدودیت‌های موجود درباره هر دارویی (مانند محدودیت میزان داروی دریافتی) ذکر شده است. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص این قوانین و محدودیت ها، به بخش 5 مراجعه کنید.

ما هر سال اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی لیست دارو را برای شما ارسال می‌کنیم اما بعضی از تغییرات ممکن است در طول سال رخ دهند. جهت کسب به روزترین اطلاعات درباره داروهای تحت پوشش، به وب سایت www.MolinaHealthcare.com/Duals مراجعه کنید یا با شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.

J4. توصیف مزایا

هنگامی که از بخش D مزایای داروهای نسخه ای استفاده می‌کنید، یک گزارش خلاصه برایتان ارسال می‌کنیم تا بتوانید پرداخت‌های مربوط به بخش D داروهای نسخه ای را متوجه شوید و آنها را پیگیری کنید. به این گزارش خلاصه، توصیف مزایا (EOB) گفته می‌شود.

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 و مبلغ کلی که ما برای هر کدام از داروهای نسخه ای بخش D در طول ماه پرداخت کرده ایم، توضیحاتی ارائه شده است. در EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید ارائه شده است. اطلاعات بیشتر درباره EOB و این که چطور به شما کمک می‌کند داروهای تحت پوشش خود را پیگیری کنید در بخش 6 ارائه شده است.

برای دریافت EOB می‌توانید درخواست هم بدهید. برای دریافت نسخه ای از آن، با خدمات اعضا از طریق شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.



K. نحوه بهروز نگه داشتن پرونده عضویت شما

اگر هرگونه تغییر در شرایط خود را به ما اطلاع دهید، می توانیم سوابق عضویت شما را به روز کنیم.

ارائه دهندگان و داروخانه‌های شبکه در این طرح لازم است که اطلاعات صحیح مربوط به شما را داشته باشند. آنها از سوابق عضویت شما استفاده می کنند تا متوجه شوند که چه خدمات و داروهای دریافت می کنید و هزینه این موارد برای شما چقدر است. به همین دلیل بسیار مهم است که به ما کمک کنید اطلاعات شما به روز باشد.

موارد زیر را به ما اطلاع دهید:

- تغییرات در نام، آدرس یا شماره تلفن شما.
 - تغییراتی در سایر پوشش‌های بیمه درمانی، مانند کارفرمای شما، کارفرمای همسران، یا کارفرمای شریک زندگی شما، یا جبران خسارات کارگری.
 - هرگونه ادعای خسارت، مانند شکایات مربوط به تصادف‌های ماشین.
 - پذیرش در آسایشگاه یا بیمارستان.
 - خدمات درمانی در بیمارستان یا بخش اورژانس.
 - تغییر فردی که از شما مراقبت می کند شما (یا هر کسی که برای شما مسئول است)
 - بخشی از مطالعه پژوهشی بالینی بوده یا بخشی از آن شوید.
- در صورت ایجاد هرگونه تغییر از طریق تماس با خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.

K1. محرمانگی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)

اطلاعات گنجانده شده در پرونده عضویت شما ممکن است حاوی اطلاعات سلامت شخصی (PHI) باشد. برطبق قوانین ایالتی و فدرال لازم است محرمانگی PHI شما را حفظ کنیم. ما اطمینان حاصل می کنیم که از PHI شما محافظت شود. برای اطلاع از جزئیات بیشتر در خصوص نحوه محافظت ما از PHI شما، به فصل 8 مراجعه کنید.



فصل 2: شماره تلفن ها و مرجعهای مهم

معرفی

این فصل اطلاعات تماس برای منابع اطلاعاتی مهم را در اختیار شما قرار می دهد که می توانند پاسخگوی سؤالات شما در مورد Molina Dual Options و مزایای خدمات درمانی شما باشند همچنین می توانید با مطالعه این فصل در مورد نحوه تماس با مدیر پرونده خود و سایر کسانی که می توانند از حقوق شما دفاع کنند اطلاعات کسب کنید. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده است

فهرست مطالب

15.....	A. نحوه تماس با خدمات اعضای Molina Dual Options
15.....	A1. چه موقع با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.
18.....	B. نحوه تماس با مدیر پرونده.....
18.....	B1. چه هنگام با مدیر پرونده تماس بگیرید.....
19.....	C. نحوه تماس با خط مشاوره پرستاری.....
19.....	C1. نحوه تماس با خط مشاوره پرستاری.....
20.....	D. نحوه تماس با طرح مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه درمانی (HICAP).....
20.....	D1. چه هنگام با HICAP تماس بگیرید.....
21.....	E. نحوه تماس با سازمان بهبود کیفیت (QIO).....
21.....	E1. چه هنگام با Livanta تماس بگیرید.....
22.....	F. روش تماس با Medicare.....
23.....	G. نحوه تماس با Medi-Cal Health Care Options.....
23.....	H. نحوه تماس با Cal MediConnect Ombuds Program.....
24.....	I. نحوه تماس با خدمات اجتماعی کانتی.....
24.....	J. نحوه تماس با طرح تخصصی بهداشت روان کانتی خود.....
24.....	J1. در زمینه موارد زیر با طرح تخصصی بهداشت روان ایالتی تماس بگیرید:.....
25.....	K. نحوه تماس با بخش خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا.....
25.....	L. سایر منابع اطلاعاتی.....

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن 665-4627 (855)، TTY: 711 در رزوهای دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



A. نحوه تماس با خدمات اعضای Molina Dual Options

شماره تماس	855-665-4627 (این تماس رایگان است). دوشنبه الی جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی فن آوری های کمکی مانند سلف سرویس و گزینه های پست صوتی در روزهای تعطیل و پس از ساعات کاری معمول و همچنین در روزهای شنبه و یکشنبه قابل دسترسی است. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افرادی ارائه می دهیم که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند.
TTY	711 برقراری تماس رایگان است. دوشنبه الی جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی
فکس	برای خدمات پزشکی: فکس: (310) 507-6186 برای خدمات بخش (Rx) D: فکس: (866) 1309-290
مکاتبه	برای خدمات پزشکی: Oceangate, Suite 100 200 Long Beach, CA 90802 برای خدمات بخش (Rx) D: Union Park Center, Suite 200 7050 Midvale, UT 84047
وب سایت	www.MolinaHealthcare.com/Duals

A1. چه موقع با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید

- سؤال درباره طرح
- سؤال درباره موارد دعوی، صورتحساب ها یا کارت های شناسایی اعضا
- تصمیم گیری درباره موارد تحت پوشش خدمات درمانی شما
 - تصمیم گیری درباره موارد تحت پوشش خدمات درمانی شما شامل موارد زیر است:
 - مزایای شما و خدمات تحت پوشش، یا
 - مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می کنیم.
 - اگر سؤالی درباره تصمیم گیری درباره خدمات درمانی خود دارید، با ما تماس بگیرید.
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص تصمیم گیری های انجام شده درباره پوشش طرح، به بخش 9 مراجعه کنید.
- درخواست تجدیدنظر درباره خدمات درمانی شما
 - درخواست تجدیدنظر یک درخواست رسمی از ما نسبت به بررسی تصمیمی است که درباره داروهای تحت پوشش شما گرفته ایم و این که اگر فکر می کنید تصمیم ما اشتباه است از ما بخواهید آن را تغییر دهیم.
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص ارائه درخواست، به بخش 9 مراجعه کنید.



- شکایت در رابطه با خدمات درمانی
 - شما می توانید درباره ما یا هر ارائه دهنده ای شکایت کنید (از جمله ارائه دهندگان درون شبکه یا خارج از شبکه). ارائه دهنده شبکه، ارائه دهنده ای است که با طرح درمانی همکاری می کند. همچنین می توانید درباره کیفیت خدمات درمانی که از ما دریافت می کنید به سازمان بهبود کیفیت (به قسمت F در زیر مراجعه کرده) یا ما شکایت کنید.
 - می توانید با ما تماس بگیرید و شکایتتان را عنوان کنید. با خدمات اعضا، از طریق شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.
 - اگر نسبت به تصمیم گیری درباره پوشش طرح خدمات درمانی خود شکایت دارید، می توانید درخواست تجدیدنظر بدهید (به بخش بالا مراجعه کنید).
 - می توانید درباره Molina Dual Options به Medicare شکایت کنید. شما می توانید از فرم آنلاین موجود در آدرس www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا اینکه با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید تا راهنمایی دریافت کنید.
 - از طریق تماس با شماره (855) 501-3077 می توانید درباره Molina Dual Options به Cal MediConnect Ombuds شکایت کنید.
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص اقامه شکایت در مورد خدمات درمانی خود، به فصل 9 مراجعه کنید.
- تصمیم گیری درباره داروهای تحت پوشش شما
 - تصمیم گیری درباره داروهای تحت پوشش شما نوعی تصمیم گیری درباره موارد زیر است:
 - مزایای شما و داروهای تحت پوشش، یا
 - مبلغی که ما برای داروهای شما پرداخت می کنیم.
 - این مورد درباره داروهای بخش D، داروهای نسخه ای Medi-Cal و داروهای بدون نیاز به نسخه Medi-Cal کاربرد دارد.
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص تصمیمات مربوط به پوشش دارویی به فصل 9 مراجعه کنید.
- درخواست تجدیدنظر درباره داروها
 - درخواست تجدیدنظر روشی است که طی آن از ما درخواست ایجاد تغییر در تصمیم گیری درباره پوشش طرح را خواهید داشت.
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص درخواست تجدیدنظر برای داروهای نسخه ای خود می توانید به بخش 9 مراجعه کنید.



اطلاعات تماس		
نشانی پستی برای تجدیدنظر در مورد داروهای بخش D:	شماره فکس:	
Medicare Pharmacy 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047	866-290-1309	
نشانی تماس برای تجدیدنظر در مورد داروهای Medi-Cal:	شماره فکس:	
Oceangate, Suite 100 200 Long Beach, CA 90802	1-562-901-9632	
اگر تجدیدنظر شما در مورد این موضوع است:	باید از طریق زیر عمل کنید:	تصمیمی را در ظرف این مدت دریافت خواهید کرد:
داروی بخش D	باید تجدیدنظر را در ظرف این مدت تسلیم کنید ظرف 60 روز از تاریخ تصمیم مربوط به پوشش	7 روز تقویمی
داروی غیر بخش D (یک ستاره در کنار نام این داروها در لیست دارو وجود دارد)	باید تجدیدنظر را در ظرف این مدت تسلیم کنید 90 روز از تاریخ تصمیم مربوط به پوشش	30 روز تقویمی (بعلاوه 14 روز افزایش مدت رسیدگی)

- شکایتهای مربوط به داروها
 - شما می توانید درباره ما یا هر داروخانه ای شکایت داشته باشید. این مورد شامل شکایت درباره داروهای نسخه ای شما نیز می باشد.
 - اگر شکایت شما درباره تصمیم گیری نسبت به پوشش داروهای نسخه ای در طرح است، می توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید. (به بخش بالا مراجعه کنید)
 - می توانید درباره Molina Dual Options به Medicare شکایت کنید. شما می توانید از فرم آنلاین موجود در آدرس www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا اینکه با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید تا راهنمایی دریافت کنید.
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد شکایت درباره داروی تجویز شده خود به فصل 9 مراجعه کنید.
- پرداخت برای خدمات درمانی یا داروهای که قبلاً هزینه آنها پرداخت شده است
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص نحوه درخواست بازپرداخت هزینه یا پرداخت صورتحساب دریافتی، به فصل 7 مراجعه کنید.
 - اگر از ما درخواست پرداخت صورتحساب خود را داشته باشید و ما هر بخشی از درخواست شما را رد کنیم، می توانید نسبت به تصمیم گیری ما درخواست تجدیدنظر داشته باشید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص درخواست تجدیدنظر به فصل 9 مراجعه کنید.



B. نحوه تماس با مدیر پرونده

مدیر پرونده Molina Dual Options، طرف تماس اصلی شما است. این فرد کمک می کند تا تمام ارائه دهندگان و خدمات مدیریت شوند و همچنین کمک می کند تا آنچه را که نیاز دارید در اختیار داشته باشید. در صورت نیاز و با تماس با مدیر پرونده یا خدمات اعضا، شما و/یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما ممکن است درخواست تغییر مدیر پرونده را داشته باشید. علاوه بر این، نحوه تخصیص مدیر پرونده ممکن است با توجه به نیازهای شما (نیازهای فرهنگی / زبانی / فیزیکی / سلامت رفتاری) یا مکان، کارکنان Molina Dual Options تغییر کند. جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

شماره تماس	855-665-4627 (این تماس رایگان است). دوشنبه الی جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی فن آوری های کمکی مانند سلف سرویس و گزینه های پست صوتی در روزهای تعطیل و پس از ساعات کاری معمول و همچنین در روزهای شنبه و یکشنبه قابل دسترسی است. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افرادی ارائه می دهیم که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند.
TTY	711 برقراری تماس رایگان است. دوشنبه الی جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی
مکاتبه	Oceangate, Suite 100 200 Long Beach, CA 90802
وب سایت	www.MolinaHealthcare.com/Duals

B1. چه هنگام با مدیر پرونده تماس بگیرید

- سؤال درباره خدمات درمانی
 - سؤال درباره دریافت خدمات رفتاری (بهداشت روان و سوء مصرف مواد)
 - سؤال درباره رفت و برگشت
 - سؤال درباره خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS)
- LTSS شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS)، و امکانات پرستاری (NF) می شود. برخی مواقع می توانید در رابطه با نیازهای خدمات درمانی و زندگی روزانه، کمک هایی دریافت کنید. ممکن است این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS)،
- خدمات درمانی توسط پرستار حرفه ای،
- درمان فیزیکی،
- کار درمانی،
- گفتار درمانی،
- خدمات اجتماعی درمانی و
- خدمات درمانی در منزل.

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات LTSS خود، می توانید با Molina Dual Options به شماره (855) 665-4627 تماس بگیرید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



C. نحوه تماس با خط مشاوره پرستاری

شما می توانید در 24 ساعت شبانه روز و 365 روز سال با خط مشاوره پرستاری خدمات درمانی Molina تماس بگیرید. این سرویس شما را با یک پرستار مجاز در تماس قرار داده که در رابطه با خدمات درمانی به زبان شما به شما مشاوره می دهد و شما را در مورد محلی که می توانید خدمات درمانی مورد نیاز خود را دریافت کنید راهنمایی می کند. خط مشاوره پرستاری ما برای ارائه خدمات به اعضای Molina Healthcare در سرتاسر آمریکا در دسترس می باشد. خط تلفن مشاوره با پرستار یک مرکز تماس درمانی دارای مجوز URAC است. مجوز URAC بدین معنی است که خط تلفن مشاوره با پرستار ما یک تعهد جامع به کیفیت خدمات درمانی، بهبود روال ها و کسب نتایج بهتر برای بیمار را نشان داده است. خط مشاوره با پرستار ما دارای مجوز NCQA برای ارائه اطلاعات درباره محصولات درمانی (HIP) برای خط اطلاعات درمانی 24/7/365 ما می باشد. NCQA مطابق با استانداردهای اطلاعات درمانی NCQA مربوط به بیمه های درمانی طراحی شده است.

خط تلفن مشاوره با پرستار امنیت شما را بررسی می کند، شما را با خدمات اورژانسی در تماس قرار می دهد، یک ارائه دهنده خدمات سلامت رفتاری و منابع اجتماعی لازم را پیدا می کند، و شما را به مدیر پرونده Molina ارجاع می دهد. جهت کسب اطلاعات بیشتر می توانید با Molina Dual Options به شماره 8750-275 (888) 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.

شماره تماس	8750-275 (888) این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افرادی ارائه می دهیم که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند.
TTY	711 برقراری تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

C1. نحوه تماس با خط مشاوره پرستاری

- سؤال درباره خدمات درمانی



D. نحوه تماس با طرح مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه درمانی (HICAP)

طرح مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه درمانی (HICAP)، در زمینه بیمه درمانی Medicare به صورت رایگان مشاوره می دهد. مشاوران HICAP می توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا در زمینه برطرف کردن مشکلاتتان تصمیم گیری کنید. HICAP دارای مشاورین آموزش دیده در هر کشور است و خدمات آن رایگان است. HICAP با هیچ شرکت بیمه یا طرح خدمات درمانی مرتبط نیست.

شماره تماس	(800) 434-0222 دوشنبه تا جمعه از 9 a.m. تا 4 p.m. به وقت محلی.
TTY	711 دوشنبه الی جمعه از 9 a.m. تا 4 p.m. به وقت محلی
مکاتبه	کانتی Los Angeles: Center for Health Care Rights S. Lafayette Park Place, Suite 214 520 Los Angeles, CA 90057
وب سایت	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

D1. چه هنگام با HICAP تماس بگیرید

- سؤالات مربوط به طرح Cal MediConnect شما یا سایر سؤالات مربوط به Medicare
 - مشاورین HICAP می توانند به سؤالات شما در مورد تغییر به طرح درمانی جدید پاسخ داده و در موارد زیر به شما کمک کنند:
 - آشنایی با حقوق شما،
 - آشنایی با گزینه های طرح درمانی شما،
 - ارائه شکایت مربوط به خدمات درمانی یا درمان شما، و
 - شفاف سازی مشکلات در ارتباط با صورت حساب های دریافتی شما.



E. نحوه تماس با 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 به بهبود کیفیت خدمات درمانی به اعضای Medicare کمک می کنند. Livanta با طرح ما ارتباطی ندارد.

شماره تماس	تجدیدنظر ها: (877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تلفن شما تجهیزات خاصی داشته باشد.
مکاتبه	Livanta BFCC-QIO Program Guilford Road, Suite 202 10820 1105-Annapolis Junction, MD 20701
وب سایت	https://livantaqio.com/en/states/california

E1. چه هنگام با Livanta تماس بگیرید

- سؤال درباره خدمات درمانی
 - در موارد زیر می توانید در رابطه با خدمات درمانی که دریافت کردید شکایت کنید:
 - اگر مشکلی در ارتباط با کیفیت خدمات داشته باشید،
 - اگر فکر می کنید که مدت زمان بستری شدن شما در بیمارستان بسیار زود در حال اتمام است، یا
 - فکر می کنید که خدمات درمانی در خانه، خدمات درمانی مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سریایی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) بسیار زود در حال اتمام است.



F. روش تماس با Medicare

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

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

<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.</p>	<p>شماره تماس</p>
<p>1-877-486-2048. این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تلفن شما تجهیزات خاصی داشته باشد.</p>	<p>TTY</p>
<p>www.medicare.gov</p> <p>این وب سایت رسمی Medicare است. جدیدترین اطلاعات مربوط به Medicare در این وب سایت در اختیار شما قرار می گیرد. این مرکز همچنین دارای اطلاعاتی در مورد بیمارستان ها، خانه های سالمندان، پزشکان، آژانس های بهداشتی منازل، امکانات دیالیز، مراکز توانبخشی بیماران بستری و آسایشگاه ها است.</p> <p>که شامل وب سایت ها و شماره تلفن های مفید است. این وب سایت کتابچه ای دارد که مستقیماً از طریق کامپیوتر قابل چاپ است.</p> <p>اگر کامپیوتر ندارید، در کتابخانه محلی یا مرکز نگهداری افراد مسن ممکن است به شما کمک شود تا با استفاده از کامپیوتر موجود در این مراکز از این وب سایت دیدن کنید. یا می توانید از طریق شماره های فوق با Medicare تماس بگیرید و به آنها بگویید که در جستجوی چه اطلاعاتی هستید. آنها اطلاعات را در وب سایت پیدا می کنند، چاپ می کنند و برایتان ارسال می کنند.</p>	<p>وب سایت</p>

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن 665-4627 (855), 711 TTY در روزه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر

مرجع کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



G. نحوه تماس با Medi-Cal Health Care Options

اگر سؤالی درباره انتخاب یک طرح Cal MediConnect دارید یا مشکلات دیگری در زمینه ثبت نام دارید، Medi-Cal Health Care Options می تواند به شما کمک کند.

شماره تماس	1-844-580-7272
نمایندگان Health Care Options بین ساعات 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه در دسترس می باشند.	
TTY	1-800-430-7077
این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تلفن شما تجهیزات خاصی داشته باشد.	
مکاتبه	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
وب سایت	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

H. نحوه تماس با Cal MediConnect Ombuds Program

Cal MediConnect Ombuds Program به عنوان مدافع حقوق شما عمل می کند. اگر سؤال یا شکایتی دارید می توانید برای دریافت پاسخ به سؤالات خود یا مشاوره با Cal MediConnect Ombuds Program تماس بگیرید. مشکلات مربوط به خدمات یا صورتحساب را نیز می توانید با این بخش مطرح کنید. Cal MediConnect Ombuds Program با طرح درمانی ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های بیمه درمانی ارتباطی ندارد. خدمات آن رایگان است.

شماره تماس	1-855-501-3077. این تماس رایگان است.
دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 5 p.m. به وقت محلی؛ به جز تعطیلات رسمی	
TTY	1-888-452-8609
این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تلفن شما تجهیزات خاصی داشته باشد.	
مکاتبه	Office of the Ombudsman MS-4412 1501 Capitol Avenue PO Box 997413 Sacramento, Ca 95899-7413
وب سایت	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx



I. نحوه تماس با خدمات اجتماعی کانتی

Los Angeles County

شماره تماس	822-9622 (888) این تماس رایگان است. دوشنبه الی جمعه از 8 a.m. تا 5 p.m. به وقت محلی
TTY	711
مکاتبه	Los Angeles County Department of Public Social Services 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007
وب سایت	http://dpss.lacounty.gov/wps/portal/dpss/main/about-us/customer-service-center

J. نحوه تماس با طرح تخصصی بهداشت روان کانتی خود

Los Angeles اداره خدمات درمانی روان کانتی

شماره تماس	854-7771 (800) این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افرادی ارائه می دهیم که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند.
TTY	651-2549 (562) این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تلفن شما تجهیزات خاصی داشته باشد. در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

J1. در زمینه موارد زیر با طرح تخصصی بهداشت روان ایالتی تماس بگیرید:

- سؤال درباره خدمات سلامت رفتاری ارائه شده توسط ایالت - از طریق شماره های ارائه شده در بالا با بخش بهداشت روان ایالت خود تماس بگیرید.

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای بهداشت روان، به بخش 3 مراجعه کنید.



K. نحوه تماس با بخش خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا

بخش خدمات درمانی مدیریت شده (DMHC) مسئول نظارت بر طرح‌های درمانی است. مرکز راهنمایی DMHC در زمینه ارائه درخواست تجدیدنظر و شکایت در رابطه با خدمات درمانی ارائه شده توسط Medi-Cal به شما کمک می‌کند.

شماره تماس	1-888-466-2219
	نمایندگان DMHC از ساعت 8:00 a.m. تا 6:00 p.m. و از دوشنبه تا جمعه در دسترس می‌باشند.
TDD	1-877-688-9891
	این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تلفن شما تجهیزات خاصی داشته باشد.
مکاتبه	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وب سایت	www.dmhc.ca.gov

L. سایر منابع اطلاعاتی

برای گزارش موارد سوء استفاده از افراد مسن، لطفاً با سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا – خدمات محافظت از بزرگسالان در ایالت خود تماس بگیرید:

سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا – خدمات محافظت از بزرگسالان

شماره تماس	(877) 477-3646
	در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته
TTY	711
	در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته
مکاتبه	Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010
وب سایت	http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/APS/County_APD_Contacts_pdf

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



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

معرفی

این فصل عبارات و مقررات خاصی دارد که لازم است برای دریافت خدمات درمانی و سایر خدمات تحت پوشش Molina Dual Options بدانید. همچنین اطلاعاتی را در مورد مدیر پرونده شما، نحوه دریافت خدمات درمانی از انواع گوناگون ارائه دهندگان تحت شرایط خاص (شامل ارائه دهندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه) و اینکه در صورت دریافت صورتحساب به طور مستقیم برای خدمات تحت پوشش طرح درمانی ما چکار کنید و نیز مقررات مالکیت وسایل بادوام پزشکی (DME) به شما ارائه می‌کند. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده است.

فهرست مطالب

- A. اطلاعات مربوط به "خدمات"، "خدمات تحت پوشش"، "ارائه دهندگان" و "ارائه دهندگان شبکه"..... 28
- B. مقررات دریافت خدمات درمانی، سلامت رفتاری، خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت (LTSS) تحت پوشش طرح درمانی..... 28
- C. اطلاعات مربوط به مدیر پرونده شما..... 29
- C1. مدیر پرونده چیست..... 29
- C2. نحوه تماس با مدیر پرونده..... 29
- C3. نحوه تغییر مدیر پرونده..... 29
- D. خدمات درمانی از طرف ارائه دهندگان اصلی، متخصصین، دیگر ارائه دهندگان پزشکی شبکه و ارائه دهندگان پزشکی خارج از شبکه..... 30
- D1. خدمات درمانی از طرف یک ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه..... 30
- D2. خدمات درمانی از طرف متخصصین و دیگر ارائه دهندگان شبکه..... 31
- D3. هنگامیکه یک طرح ارائه دهنده درمانی ما را ترک می‌کند چکار کنید..... 32
- D4. نحوه دریافت خدمات درمانی از طرف ارائه دهندگان خارج از شبکه..... 33
- E. نحوه دریافت خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت (LTSS)..... 33
- F. نحوه دریافت خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روان و اعتیاد)..... 33
- F1. چه خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal از طریق بخش بهداشت روان کانتی Los Angeles ارائه می‌شود که تحت پوشش Molina Dual Options نیست؟..... 33
- G. نحوه دریافت خدمات رفت و برگشت..... 35
- H. هنگامی که در وضعیت اورژانس پزشکی هستید یا به درمان فوری نیاز دارید، چطور باید خدمات تحت پوشش را دریافت کنید... 36
- H1. خدمات درمانی در شرایط اورژانس پزشکی..... 36
- H2. خدمات فوریت‌های درمانی..... 37
- H3. خدمات درمانی در طول بلایای طبیعی..... 37



- I. اگر صورتحسابی را برای خدمات تحت پوشش طرح درمانی ما مستقیماً دریافت کردید چکار کنید..... 38
- I1. اگر خدمات تحت پوشش طرح ما نیست چکار کنید..... 38
- J. پوشش خدمات درمانی هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده اید..... 38
- J1. تعریف تحقیق بالینی..... 38
- J2. پرداخت هزینه خدمات هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده اید..... 39
- J3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد بررسی تحقیقاتی بالینی..... 39
- K. خدمات ارائه شده توسط مؤسسات درمانی-مذهبی غیرپزشکی چطور تحت پوشش قرار می گیرد..... 39
- K1. تعریف مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی..... 39
- K2. دریافت خدمات از مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی..... 39
- L. وسایل پزشکی بادوام (DME)..... 40
- L1. DME به عنوان یک عضو از طرح ما..... 40
- L2. مالکیت DME هنگامیکه عضویت خود را به Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر می دهید..... 40
- L3. مزایای استفاده از تجهیزات اکسیژن برای اعضای طرح ما..... 41
- L4. تجهیزات اکسیژن هنگامی که به طرح بیمه Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر وضعیت دهید..... 41



A. اطلاعات مربوط به "خدمات"، "خدمات تحت پوشش"، "ارائه دهندگان" و "ارائه دهندگان شبکه"

خدمات شامل خدمات درمانی پزشکی و بلند مدت و پشتیبانی، ارائه امکانات، خدمات سلامت رفتاری، داروهای نسخه ای و بدون نسخه تجهیزات پزشکی و دیگر خدمات است. **خدمات تحت پوشش** شامل کلیه خدماتی است که طرح ما هزینه آن را پرداخت می کند. خدمات درمانی، سلامت رفتاری و خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS) تحت پوشش در جدول مزایا در فصل 4 ذکر شده است

ارائه دهندگان عبارتند از پزشکان، پرستاران و دیگر افرادی که خدمات درمانی و مراقبتی را برای شما ارائه می کنند. وژه ارائه دهندگان همچنین شامل بیمارستان ها، سازمان های ارائه دهنده خدمات درمانی در منزل، کلینیک ها و دیگر مکان های ارائه دهنده خدمات درمانی، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و برخی از خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS) است.

ارائه دهندگان شبکه، ارائه دهندگانی هستند که با طرح خدمات درمانی همکاری دارند. این ارائه دهندگان موافقت می کنند تا ما هزینه های آن ها را به صورت کامل پرداخت کنیم. ارائه دهندگان شبکه مستقیماً صورتحساب خدمات درمانی که به شما ارائه می کنند را برای ما ارسال می کنند. زمانی که از یک ارائه دهنده شبکه استفاده می کنید، معمولاً هیچ مبلغی برای خدمات تحت پوشش آن پرداخت نخواهید کرد.

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

- Molina Dual Options تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را تحت پوشش خود قرار می دهد. این مورد شامل سلامت رفتاری، خدمات و پشتیبانی بلند مدت (LTSS) است.
- در صورت پیروی از قوانین طرح Molina Dual Options به طور کلی هزینه خدمات درمانی، خدمات سلامت رفتاری و LTSS که شما دریافت می کنید را پرداخت خواهد کرد. جهت پوشش توسط طرح درمانی ما:
- خدمات درمانی دریافتی از طرف شما باید یکی از **مزایای طرح** باشد. این امر بدان معنا است که خدمات مزبور باید در جدول مزایای طرح موجود باشد. (این نمودار در بخش 4 این دفترچه راهنما آورده شده است).
 - خدمات درمانی باید **ضرورت پزشکی** داشته باشد. ضرورت پزشکی به این معنی است که شما برای پیشگیری، تشخیص یا درمان بیماری یا حفظ وضعیت سلامتی فعلی خود به خدمات نیازمندید. این امر شامل خدمات درمانی است که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا مراکز نگهداری می شود. همچنین به این معنی است که خدمات، امکانات یا داروها مطابق با استانداردهای پزشکی است
 - برای خدمات پزشکی باید یک ارائه دهنده خدمات درمانی اصلی (PCP) عضو شبکه داشته باشید که دستور ارائه خدمات را داده باشد یا به شما گفته باشد که از پزشک دیگری استفاده کنید. شما به عنوان عضو طرح باید یک ارائه دهنده شبکه را انتخاب کنید تا PCP شما باشد.
 - در بیشتر موارد، PCP شبکه شما باید پیش از اینکه بتوانید از کسی استفاده کنید که PCP شما نیست یا از ارائه دهنده دیگری در شبکه طرح درمانی استفاده کنید به شما تأییدیه بدهد. به این امر، ارجاع گفته می شود. اگر تأییدیه دریافت نکنید، Molina Dual Options ممکن است خدمات را تحت پوشش قرار ندهد. شما برای استفاده از متخصصین خاص از جمله متخصصین سلامت زنان به ارجاع نیاز ندارید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص ارجاع به صفحه 30 مراجعه کنید.
 - PCP های طرح ما وابسته به گروه های پزشکی می باشند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می کنید، گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می کنید. بدین معنی که PCP، شما را به متخصصین و خدمات گروه پزشکی مرتبط با خودشان ارجاع می دهد. گروه پزشکی یا انجمن متشکل از PCP ها و متخصصین است که برای ارائه خدمات درمانی هماهنگ به شما ایجاد شده است.
 - برای خدمات درمانی اورژانسی یا خدمات درمانی ضروری و یا برای استفاده از ارائه دهنده خدمات درمانی زنان نیازی به ارجاع از طرف PCP وجود ندارد. بدون اینکه از طرف PCP ارجاع داشته باشید می توانید انواع دیگری از خدمات درمانی را دریافت کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه، به صفحه 30 مراجعه کنید.
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص انتخاب PCP، به صفحه 30 مراجعه کنید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن 665-4627 (855)، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعداز ظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



- شما باید خدمات درمانی خود را از ارائه دهندگان شبکه وابسته به گروه پزشکی PCP خود دریافت کنید. معمولاً طرح ما خدمات درمانی از طرف ارائه دهنده ای که با طرح درمانی و گروه پزشکی PCP شما همکاری ندارد را نمی پذیرد. در اینجا مواردی ارائه شده است که این قانون در مورد آنها کاربرد ندارد:
 - این طرح خدمات درمانی فوری یا اورژانس از طرف ارائه دهندگان خارج از شبکه را تحت پوشش قرار می دهد. جهت کسب اطلاعات بیشتر در این خصوص و اطلاع از مفهوم شرایط اورژانس یا فوری، به صفحه 36 مراجعه کنید.
 - اگر به خدمات درمانی تحت پوشش طرح ما نیاز دارید و ارائه دهندگان شبکه ما نمی توانند آن را در اختیار شما قرار دهند، می توانید این خدمات درمانی را از یک ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. پس از تعیین ضرورت پزشکی، Molina Dual Options برای دریافت خدمات درمانی از یک ارائه دهنده خارج از شبکه به تأییدیه قبلی نیاز دارد. در این حالت، ما خدمات درمانی را به صورت رایگان در اختیار شما قرار می دهیم. جهت کسب اطلاعات درباره دریافت تأییدیه مراجعه به ارائه دهنده خارج از شبکه، به بخش D در صفحه 30 مراجعه کنید.
 - اگر برای مدت کوتاهی در خارج منطقه خدماتی طرح درمانی باشید، این طرح هزینه خدمات دیالیز کلیه را پرداخت می کند در مراکز دیالیز مورد تأیید Medicare می توانید این خدمات را دریافت کنید.
 - هنگامی که برای اولین بار به این طرح ملحق می شوید، می توانید درخواست کنید همچنان بتوانید از ارائه دهندگان فعلی خود استفاده کنید. به جز در برخی موارد استثنا، اگر مدرکی دال بر ارتباط موجود با ارائه کنندگان به ما ارائه کنید ما موظف به تأیید درخواست شما هستیم (به فصل 1، صفحه 8 مراجعه کنید). اگر درخواست شما را تأیید کنیم، می توانید برای دریافت خدمات تا 12 ماه دیگر از ارائه دهندگان فعلی خود استفاده کنید. در طول این دوره، مدیر پرونده شما برای کمک در امر یافتن ارائه دهنده های شبکه ما که با گروه پزشکی PCP شما در ارتباط هستند با شما تماس خواهد گرفت. پس از 12 ماه، در صورت استفاده از ارائه دهندگان خارج از شبکه که با گروه پزشکی PCP شما ارتباط ندارند، دیگر خدمات درمانی شما را پوشش نمی دهیم.

C. اطلاعات مربوط به مدیر پرونده شما

C1. مدیر پرونده چیست

- مدیر پرونده Molina Dual Options، شخص اصلی است که برای دریافت کمک در مورد خدمات درمانی خود می توانید با وی تماس بگیرید. این فرد در هماهنگی و مدیریت خدمات شما کمک می کند تا اطمینان حاصل شود کمک مورد نیاز را دریافت می کنید.

C2. نحوه تماس با مدیر پرونده

- اگر می خواهید با مدیر پرونده خود تماس بگیرید، از طریق شماره (855) 665-4627، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 بعداز ظهر به وقت محلی با خدمات اعضا تماس بگیرید. برقراری تماس رایگان است. TTY: 711. یا از سایت www.MolinaHealthcare.com/Duals بازدید کنید.

C3. نحوه تغییر مدیر پرونده

- می توانید با بخش مدیریت پرونده یا خدمات اعضا تماس بگیرید و برای تغییر مدیر پرونده درخواست دهید. بر اساس نیازهای اعضا یا مکان، کارکنان خدمات درمانی Molina Dual Options ممکن است تغییراتی را درخصوص مدیر پرونده در نظر گرفته شده ایجاد کنند.



D. خدمات درمانی از طرف ارائه دهندگان اصلی، متخصصین، دیگر ارائه دهندگان پزشکی شبکه و ارائه دهندگان پزشکی خارج از شبکه

D1. خدمات درمانی از طرف یک ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه

باید یک ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PCP) را انتخاب کنید تا ارائه و مدیریت امور خدمات درمانی شما را بر عهده داشته باشد. PCP های طرح ما وابسته به گروه‌های پزشکی هستند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می‌کنید، گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید.

تعریف "PCP" و آنچه PCP برای شما انجام می‌دهد

ارائه دهنده خدمات اصلی (PCP) یعنی ارائه دهنده، پرستار یا دیگر متخصصین امور سلامت و/یا مراکز پزشکی یا کلینیک‌هایی (مراکز سلامت مورد تأیید فدرال - FQHC) که خدمات درمانی را به طور معمول در اختیار شما قرار می‌دهند. Molina Dual Options شبکه ای از ارائه دهندگان متخصص را برای ارائه خدمات درمانی به اعضای خود در نظر گرفته است. برای اینکه اعضا بتوانند خدمات تخصصی را دریافت کنند لازم است که از طرف Molina Dual Options PCP ارجاع داده شوند؛ با این حال، به مجوز قبلی نیازی نیست. اعضا مجاز هستند که مستقیماً به متخصصین زنان دسترسی داشته باشند و بدون ارجاع از خدمات معمول و پیشگیرانه آنها بهره مند 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:

- عکسبرداری با اشعه ایکس
- تست‌های آزمایشگاهی
- درمان‌ها
- خدمات درمانی از طرف پزشکان متخصص
- پذیرش در بیمارستان
- ویزیت‌های پیگیری

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

انتخاب PCP شما

ارتباط شما با PCP برای ما مهم است. اکیداً توصیه می‌کنیم که یک PCP نزدیک به منزل خود انتخاب کنید. اگر PCP نزدیک به شما باشد، دریافت خدمات درمانی پزشکی و ایجاد یک ارتباط آزاد و مطمئن برای شما ساده تر است. برای دریافت یک نسخه از جدیدترین فهرست ارائه دهندگان/داروخانه‌ها یا برای دریافت کمک بیشتر در زمینه انتخاب یک PCP، لطفاً با خدمات 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 خواهد گردید 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 مطب PCP بر روی کارت عضویت شما چاپ شده است.



گزینه تغییر PCP شما

در هر زمان و به هر دلیل می‌توانید PCP خود را تغییر دهید. گاهی این احتمال نیز وجود دارد که PCP شما از شبکه طرح ما خارج شود. در صورت خارج شدن PCP شما از شبکه طرح ما، می‌توانیم به شما در یافتن یک PCP در داخل شبکه طرحمان کمک کنیم تا جایگزین پزشکی شود که شبکه ما را ترک کرده است.

فراموش نکنید، PCP ها در طرح درمانی ما با گروه‌های پزشکی وابستگی دارند. اگر PCP خود را تغییر دهید، ممکن است گروه پزشکی شما نیز تغییر کند. هنگام درخواست برای تغییر، حتماً به خدمات اعضا بگویید که آیا از یک متخصص استفاده می‌کنید یا خدمات دیگری دریافت می‌کنید که به تأییدیه PCP نیاز دارد یا خیر. خدمات اعضا کمک خواهد کرد که اطمینان حاصل شود شما همچنان خدمات درمانی تخصصی و سایر خدمات مورد نیاز خود را در هنگام تغییر PCP دریافت می‌کنید.

در هر زمان می‌توانید PCP را تغییر دهید. در بیشتر موارد، تغییرات در اولین روز از ماه تقویمی بعدی اعمال می‌شود. در صورتی که در زمان درخواست تغییر PCP در حال دریافت درمان باشید ممکن است مواردی استثناء وجود داشته باشد. می‌توانید PCP خود را از طریق وب سایت 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 تأیید قبلی PCP خود می‌توانید دریافت کنید

در بیشتر موارد، پیش از استفاده از سایر ارائه دهندگان لازم است که از PCP خود تأییدیه بگیرید. ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه یا PCP تان با ارسال فرم درخواست مجوز خدمات که معمولاً ارجاع نامیده می‌شود، خدماتی از سایر ارائه کنندگان درخواست خواهد کرد. می‌توانید خدماتی مانند موارد لیست شده در زیر را بدون تأییدیه قبلی PCP دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه دهندگان شبکه یا ارائه دهندگان خارج از شبکه.
- خدمات اورژانس از ارائه دهندگان درون شبکه.
- خدمات اورژانس از ارائه دهندگان خارج از شبکه زمانی که به ارائه دهندگان درون شبکه دسترسی ندارید (به عنوان مثال، زمانی که خارج از محدوده خدماتی طرح هستید).
- دیالیز کلیه در مراکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که خارج از منطقه طرح هستید. (لطفاً پیش از خروج از منطقه خدمات با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما می‌توانیم هنگامی که خارج از منطقه هستید در زمینه دیالیز کلیه به شما کمک کنیم.)
- واکسن آنفولانزا و واکسن کووید-19 و هیپاتیت B و ذات‌الریه تا زمانی که آنها را از یک ارائه دهنده خدمات شبکه دریافت کنید.
- خدمات درمانی معمول زنان و خدمات تنظیم خانواده. این مورد شامل آزمون سینه، ماموگرافی (اشعه ایکس از سینه)، آزمایش پاپ و پلوک است تا زمانی که آنها را از یک ارائه دهنده خدمات شبکه دریافت کنید.
- علاوه بر آن اگر واجد شرایط دریافت خدمات از ارائه دهندگان خدمات درمانی سرخپوستان باشید، می‌توانید بدون نیاز به ارجاع از ارائه دهندگان استفاده کنید.
- خدمات پرستار مامایی، تنظیم خانواده، آزمایش و مشاوره برای HIV، مداوای بیماری‌های مقاربتی (STD)

D2. خدمات درمانی از طرف متخصصین و دیگر ارائه دهندگان شبکه

متخصص، پزشکی است که برای یک بیماری خاص یا یک بخش خاص از بدن خدمات درمانی ارائه می‌کند. انواع مختلفی از متخصصین وجود دارند. در اینجا چند مثال آورده شده است:

- متخصص سرطان به بیماران مبتلا به سرطان خدمات درمانی ارائه می‌کند.
- متخصص قلب به بیماران مبتلا به مشکلات قلبی خدمات درمانی ارائه می‌کند.
- متخصص ارتوپد به بیماران مبتلا به مشکلاتی در استخوان، مفاصل یا ماهیچه‌ها خدمات درمانی ارائه می‌کند.
- متخصصان گوارش به بیماران با مشکلات گوارشی یا روده خدمات درمانی ارائه می‌کنند.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن 665-4627 (855)، TTY: 711 در رزوه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



- نفرولوژیست ها به بیماران مبتلا به مشکلات کلیوی خدمات درمانی ارائه می کنند.
- اورولوژیست ها به بیماران دارای مشکلات ادراری و مثانه خدمات درمانی ارائه می کنند.
- شما به عنوان یک عضو، محدود نیستید فقط از بعضی متخصصین خاص استفاده کنید. Molina Dual Options شبکه ای از ارائه دهندگان متخصص را برای ارائه خدمات درمانی به اعضای خود در نظر گرفته است. ممکن است برای دریافت خدمات تخصصی لازم به ارجاع از طرف PCP باشد. اعضا می توانند برای دریافت خدمات معمول یا پیشگیرانه مربوط به زنان مستقیماً و بدون نیاز به ارجاع از خدمات درمانی متخصصین زنان بهره مند شوند. برای بعضی از خدمات ممکن است لازم باشد که تأییدیه قبلی دریافت کنید. PCP شما ممکن است با توجه به فوریت خدمات درخواستی از طریق تلفن، فکس یا نامه از بخش مدیریت استفاده از خدمات درمانی Molina درخواست تأییدیه قبلی نماید.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه کدامیک از خدمات به تأییدیه قبلی نیاز دارد، به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

D3. هنگامیکه یک طرح ارائه دهنده درمانی ما را ترک می کند چکار کنید

ارائه دهنده شبکه ای که در حال حاضر به شما خدمات می دهد ممکن است طرح درمانی ما را ترک کند. اگر چنین اتفاقی بیفتد، شما باید ارائه دهنده خدمات درمانی جدیدی انتخاب کنید. ارائه دهندگان جدید باید عضوی از شبکه Molina Dual Options باشند. ما یک دوره انتقال در نظر می گیریم تا شما دریافت خدمات درمانی از ارائه دهنده جدیدتان را شروع کنید. اگر ارائه دهنده اولیه مراقبت ها یا PCP تان Molina Dual Options را ترک کند، به شما اطلاع خواهیم داد. به شما کمک خواهیم کرد که یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه جدید انتخاب کنید تا بتوانید همچنان خدمات تحت پوشش را دریافت کنید:

- شما به دلیل بیماری، مریضی یا مشکلات پزشکی دیگر یا اختلالی که ماهیت جدی دارد، دچار یک عارضه مزمن جدی (Serious Chronic Condition) هستید.
 - بدون درمان کامل طی مدت زمانی طولانی ادامه دارد یا بدتر شده است، یا
 - برای حفظ بهبودی یا پیشگیری از بدتر شدن نیاز به درمان مداوم دارد.
- اگر عارضه مزمن جدی دارید، می توانید پزشکتان یا بیمارستان ارائه دهنده خدمات خود را همچنان تا 12 ماه حفظ کنید.
- عارضه حاد داشته اید، نوعی عارضه پزشکی که خیلی سریع شروع می شود و نیاز به مراقبت فوری دارد. عارضه حاد معمولاً کمتر از عارضه مزمن جدی طول می کشد. در چنین موردی، می توانید پزشک یا بیمارستان ارائه دهنده خدمات خود را تا زمان عارضه حاد حفظ کنید.
 - نوزاد تازه متولد شده یا کودک زیر سن 36 ماه دارید. کودکان می تواند از پزشک یا بیمارستان تا 12 ماه همچنان استفاده کند.
 - بیماری لاعلاج دارید. اگر بیماری دارید که انتظار ندارید بهبودی پیدا کنید، می توانید تا زمانی که بیمار هستید همچنان از پزشک یا بیمارستان ارائه دهنده خدمات خود استفاده کنید.
 - سند کتبی فعلی تشخیص عارضه سلامت روان مربوط به بارداری یا پس از زایمان (Maternal Mental Health Condition) که از ارائه دهنده خدمات درمانی که تحت پوشش آن هستید، دریافت کرده اید. "عارضه سلامت روان مربوط به بارداری یا پس از زایمان" به عارضه سلامت روانی گفته می شود که خانم ها در دوران بارداری، کمی قبل یا بعد از زایمان دچار آن می شوند، یا عارضه ای که در طول بارداری کمی بعد از زایمان یا قبل از آن تا یک سال پس از زایمان به وجود آمده باشد. اگر عارضه سلامت روان مربوط به بارداری یا پس از زایمان دارید، ممکن است بتوانید همچنان تا 12 ماه پس از تشخیص عارضه یا تا پایان بارداری، هر کدام که بیشتر طول بکشد، خدمات را از پزشک یا بیمارستان خود دریافت کنید.
 - مجوز عمل یا دیگر اقدامات درمانی دریافت کردید که باید ظرف مدت 180 روز پس از تاریخی که پزشک یا بیمارستان شما دیگر طرف قرارداد Molina Healthcare نباشد یا ظرف مدت 180 روز از تاریخ ثبت نام شما در Molina Healthcare انجام شود.
- اگر ارائه دهنده، شبکه طرح را ترک کند اما در محدوده خدماتی باقی بماند و اگر شما به عارضه سلامت روان مربوط به بارداری یا پس از زایمان مبتلا باشید، همچنان می توانید مراقبت ها را دریافت کنید. همچنان می توانید تا 12 ماه پس از تشخیص یا پایان بارداری، هر کدام که دیرتر باشد، از خدمات تحت پوشش برای این عارضه استفاده کنید.



D4. نحوه دریافت خدمات درمانی از طرف ارائه دهندگان خارج از شبکه

اگر به نوعی از خدمات درمانی پزشکی، از جمله خدمات و پشتیبانی بلند مدت، نیاز دارید که ارائه دهندگان درون شبکه ما قادر به ارائه آن نیستند، می توانید این خدمات درمانی را از یک ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. برای خدمات خارج از شبکه به تأییدیه قبلی نیاز است. شما یا ارائه دهنده شما می توانید درخواست تأییدیه قبلی داشته باشید. لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات تماس بگیرید. در صورتی بدون تأییدیه قبلی برای دریافت خدمات درمانی معمول به ارائه دهندگان خارج از شبکه مراجعه کنید، Medicare/Medicaid یا طرح هیچکدام مسئولیتی در قبال هزینه‌های آن نخواهند داشت.

- اگر از یک ارائه دهنده خارج از شبکه استفاده می‌کنید، این ارائه دهنده باید واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.
- ما نمی توانیم هزینه‌های مربوط به ارائه دهنده ای که واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست را پرداخت کنیم.
- اگر نزد ارائه دهنده ای می روید که واجد شرایط شرکت در Medicare نیست، باید هزینه کامل خدماتی که دریافت می کنید را پرداخت کنید.
- ارائه دهندگان باید به شما اطلاع دهند که آیا واجد شرایط شرکت در Medicare هستند یا خیر.

E. نحوه دریافت خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت (LTSS)

خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت (LTSS) شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS)، و امکانات پرستاری (NF) می‌شود. این خدمات ممکن است در منزل شما، جامعه محلی یا در یک مرکز ارائه شود. انواع مختلف LTSS در زیر توصیف شده است:

- خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS):** درمان سرپایی، خدمات ارائه شده توسط مراکز خدمات پرستاری حرفه ای، خدمات اجتماعی، کار درمانی و گفتار درمانی، خدمات درمانی شخصی، آموزش خانواده/پرستار و پشتیبانی، خدمات تغذیه، رفت و برگشت و جابجایی و دیگر خدماتی که در صورت واجد شرایط بودن در اختیار شما قرار داده می شود.
 - مرکز پرستاری (NF):** مرکزی است برای افرادی که نمی توانند به صورت ایمن در منزل زندگی کنند ولی به بستری شدن در بیمارستان نیز نیازی ندارند.
- مدیر پرونده شما کمک می کند تا هر طرح را متوجه شوید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره هر کدام از این طرح ها، لطفاً با خدمات اعضا به این شماره تماس بگیرید 665-4627 (855)، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.

F. نحوه دریافت خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روان و اعتیاد)

آن دسته از خدمات سلامت رفتاری که از نظر پزشکی ضروری است تحت پوشش Medicare و Medi-Cal است Molina Dual Options امکان دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medicare را برای شما فراهم می کند. آن دسته از خدمات سلامت رفتاری که توسط Molina Dual Options ارائه نمی شود توسط Medi-Cal تحت پوشش قرار می گیرد اما برای اعضای واجد شرایط Molina Dual Options از طریق بخش بهداشت روان کانتی Los Angeles قابل دسترسی خواهد بود.

F1. چه خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal از طریق بخش بهداشت روان کانتی Los Angeles ارائه می شود که تحت پوشش Molina Dual Options نیست؟

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 کانتی (MHP) در دسترس شما خواهد بود. خدمات تخصصی بهداشت روان Medi-Cal که توسط بخش بهداشت روان کانتی Los Angeles ارائه می شود عبارت است از:

- خدمات بهداشت روان (ارزیابی، درمان، توانبخشی، جانی و توسعه طرح)
- خدمات پشتیبانی از درمان دارویی
- خدمات درمانی مراقبت ویژه روزانه

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن 665-4627 (855)، TTY: 711 در رزوه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



- بازپروری روزانه
- کمک در شرایط بحرانی
- تثبیت در شرایط بحرانی
- خدمات درمانی اقامتی به بزرگسال
- خدمات درمانی اقامتی جهت مواقع بحرانی
- خدمات مرکز درمانی روانپزشکی
- خدمات مرکز درمانی روانپزشکی به بیماران بستری در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند

اگر از نظر پزشکی واجد شرایط دریافت خدمات **Medi-Cal** باشید، خدمات دارویی **Medi-Cal** از طریق **Los Angeles County Department of Public Health** در اختیار شما قرار می‌گیرد. خدمات دارویی **Medi-Cal** که توسط **Los Angeles County Department of Public Health** ارائه می‌شود عبارت است از:

- خدمات درمانی مراقبت ویژه به بیماران سرپایی
- خدمات درمانی اقامتی
- خدمات دارویی رایگان برای بیماران سرپایی
- خدمات درمان اعتیاد
- خدمات **Naltrexone** برای افراد وابسته به مواد مخدر

علاوه بر خدمات دارویی **Medi-Cal** که در بالا لیست شده است، در صورتی که از نظر پزشکی واجد شرایط باشید، می‌توانید به خدمات داوطلبانه سم زدایی در بیمارستان دسترسی داشته باشید.

Molina Dual Options به شما امکان می‌دهد به بسیاری از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت روان و سوء مصرف مواد، دسترسی داشته باشید. لیست ارائه‌دهندگان را در وب سایت اعضای **Molina Dual Option** یا از طریق تماس با خدمات اعضا قابل دسترسی است. برای دریافت یک نسخه از جدیدترین فهرست ارائه‌دهندگان/داروخانه‌ها یا برای دریافت کمک بیشتر در زمینه انتخاب یک ارائه‌دهنده سلامت رفتار، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. برای بعضی از خدمات ممکن است لازم باشد که تأییدیه قبلی دریافت کنید. شما یا ارائه‌دهنده خدمات سلامت رفتار شما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا **PCP** شما می‌توانید با توجه به فوریت خدمات درخواستی از طریق تلفن، فکس یا نامه از بخش مدیریت استفاده از خدمات درمانی **Molina** درخواست تأییدیه قبلی نمایید.

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه کدامیک از خدمات به تأییدیه قبلی نیاز دارد، به جدول 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. این امر شامل خدمات درمانی است که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا مراکز نگهداری می‌شود. همچنین به این معنی است که خدمات یا داروها باید مطابق با استانداردهای پزشکی و بهداشت روان باشد.

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



خدمات بهداشت روان تخصصی

Los Angeles County Department of Mental Health 1-800-854-7771

نظام درمانی Riverside University - سلامت رفتاری 1-800-706-7500

San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478

خدمات سلامت رفتاری شهر San Diego 1-888-724-7240

خدمات دارویی Medi-Cal

اداره سلامت عمومی لس آنجلس کانتی 1-844-804-7500

نظام درمانی Riverside University - سلامت رفتاری 1-800-499-3008

San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478

خدمات سلامت رفتاری شهر San Diego 1-888-724-7240

G. نحوه دریافت خدمات رفت و برگشت

Molina Dual Options، خدمات رفت و برگشت به مکان‌های تحت پوشش طرح برای دریافت خدمات تحت پوشش را عرضه می‌کند. این مکان‌ها عبارت است از:

- مطب PCP یا ارائه دهنده شما
- دفتر ارائه دهندگان مراقبت تخصصی
- جلسه درمان یا رفتار درمانی
- کلینیک، مراقبت‌های فوری، بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی
- دندانپزشک
- مطب چشم پزشکان

علاوه بر این، حتی بدون قرار ویزیت پزشکی، می‌توانید تماس بگیرید و برای رفت و برگشت به داروخانه برای تحویل گرفتن داروی نسخه ای خود درخواست کمک کنید. اگر لازم است که داروی نسخه ای خود را در مسیر برگشت از مطب ارائه دهنده به منزل دریافت کنید، از ارائه دهنده خدمات درمانی خود درخواست کنید نسخه را تلفنی به داروخانه ارسال دارد تا هنگامیکه به آنجا رسیدید آماده تحویل باشد. به راننده اطلاع دهید که می‌خواهید در مسیر برگشت به منزل در داروخانه توقفی داشته باشید.

جهت تنظیم قرار رفت و برگشت یا اگر سؤال دیگری داشتید، با شماره 644-6357 (844) به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته و 365 روز سال تماس بگیرید. رزروها را می‌توان حداکثر از سی (30) روز پیش معین کرد. لطفاً در صورت امکان هر چه زودتر و حداقل هفتاد و دو (72) ساعت پیش از قرار ویزیت معمول خود تماس بگیرید تا ترتیب سفر شما داده شود. با اینحال، اگر سفر برای ویزیت فوری/ در همان روز یا برای ترخیص باشد، سعی می‌کنیم درخصوص درخواست ایاب و ذهاب به شما کمک کنیم



H. هنگامی که در وضعیت اورژانس پزشکی هستید یا به درمان فوری نیاز دارید، چطور باید خدمات تحت پوشش را دریافت کنید

H1. خدمات درمانی در شرایط اورژانس پزشکی

تعریف اورژانس پزشکی

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

- خطر جدی برای سلامتی شما یا کودک متولد نشده؛ یا
- صدمه جدی به عملکردهای بدنی؛ یا
- نقص عملکردی شدید هرکدام از اندام ها یا بخش های بدن؛ یا
- در مورد زنان باردار در هنگام درد زایمان:
 - وقت کافی برای انتقال ایمن شما به یک بیمارستان دیگر پیش از زایمان وجود ندارد.
 - انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامتی و ایمنی شما یا کودک متولد نشده شما را در معرض خطر قرار دهد.

اگر یک اورژانس پزشکی دارید چکار کنید

اگر اورژانس پزشکی داشته باشید:

- هرچه سریع تر کمک دریافت کنید. با 911 تماس بگیرید یا به نزدیک ترین مرکز اورژانس یا بیمارستان مراجعه کنید. اگر لازم است با آمبولانس تماس بگیرید. در این شرایط نیازی به دریافت تأییدیه یا ارجاع اصلی از طرف PCP وجود ندارد.
- در اسرع وقت اطمینان حاصل کنید که طرح ما را در جریان شرایط اورژانس خود قرار می دهید. ما باید خدمات درمانی اورژانسی شما را پیگیری کنیم. معمولاً طی 48 ساعت، شما یا فرد دیگری باید با ما تماس بگیرید و درباره شرایط اورژانس توضیح دهید. به هر حال، شما به دلیل تأخیر در اطلاع رسانی به ما نیاز نیست هزینه خدمات اورژانس را بپردازید. شماره های تماس خدمات اعضا در پشت کارت شناسایی شما درج شده است.

خدمات تحت پوشش در هنگام اورژانس پزشکی

خدمات درمانی پزشکی اورژانس خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن، مگر در شرایطی محدود، توسط Medicare و Medicaid تحت پوشش قرار نمی گیرد. برای اطلاع از جزئیات، با طرح درمانی تماس بگیرید.

هر زمان و هرکجا در ایالات متحده و قلمروهای آن به خدمات درمانی اورژانس نیاز داشتید، تحت پوشش قرار خواهید گرفت. اگر برای مراجعه به بخش اورژانس به آمبولانس نیاز داشته باشید، هزینه آن توسط طرح ما پوشش داده می شود. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

- پس از پایان شرایط اورژانسی، ممکن است نیاز باشد به درمان ادامه دهید تا از بهبودی خود مطمئن شوید. ما مراجعه برای ادامه درمان شما را تحت پوشش قرار می دهیم اگر خدمات درمانی اورژانسی خود را از ارائه دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید، ما سعی می کنیم از ارائه دهندگان درون شبکه بخواهیم تا هرچه سریعتر خدمات درمانی شما را بر عهده بگیرند. خدمات تثبیت پس از شرایط اورژانسی، که از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد، توسط ارائه دهنده داخل شبکه یا خارج شبکه در موقعیت های زیر توسط Molina Dual Options تحت پوشش قرار می گیرد:
 - اگر چنین خدماتی توسط طرح تأیید شده باشد.
 - اگر خدمات برای تثبیت شرایط فرد مورد نظر ارائه شده باشد.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



دریافت خدمات درمانی اورژانسی در موقعیت غیر اورژانس

بعضی مواقع سخت است که تشخیص دهید شرایط اورژانس پزشکی یا سلامت رفتاری بوده است. ممکن است خدمات درمانی اورژانس را دریافت کنید و بعداً پزشک بگوید که واقعاً شرایط اورژانس نبوده است. تا زمانی که وضعیت سلامت شما در خطر جدی باشد، ما خدمات درمانی شما را بر عهده می‌گیریم.

اما پس از اینکه پزشک تشخیص دهد شرایط اورژانس نبوده است، ما هزینه‌های خدمات درمانی اضافی را فقط در شرایط زیر تحت پوشش قرار می‌دهیم:

- به یکی از ارائه دهندگان شبکه مراجعه کنید، یا
- خدمات درمانی اضافی که دریافت می‌کنید "اورژانسی تشخیص داده شود" و شما قوانین برخورداری از این خدمات درمانی دنبال کنید. (به بخش بعدی مراجعه کنید.)

H2. خدمات فوریت‌های درمانی

تعریف خدمات فوریت‌های درمانی

خدمات فوریت‌های درمانی به معنای ارائه خدمات درمانی برای بیماری‌ها و جراحات‌های ناگهانی یا شرایطی است که اورژانسی نیست اما نیازمند درمان فوری است. به عنوان مثال، زمانی که مشکل پزشکی کنونی شما ناگهان عود می‌کند و به درمان فوری نیاز دارید.

خدمات فوریت‌های درمانی در زمانی که در منطقه خدمات طرح هستید

در بیشتر موارد، فقط در شرایط زیر خدمات فوریت‌های درمانی را دریافت خواهید کرد:

- اگر این خدمات درمانی را از طرف یک ارائه دهنده شبکه دریافت کنید، و
- اگر سایر قوانین توصیف شده در این بخش را دنبال کنید.

اما اگر نتوانید به یک ارائه دهنده شبکه مراجعه کنید، ما فوراً نیاز شما را از طریق ارائه دهنده خارج از شبکه رفع می‌کنیم.

هنگامی که ارائه دهندگان شبکه موقتاً آمادگی پذیرش شما را ندارند یا در دسترس نیست، خدمات فوریت‌های درمانی از طریق هر مرکز خدمات فوریت‌های درمانی موجود به شما ارائه می‌شود. همچنین می‌توانید از طریق شماره (888) 275-8750 با خط تلفن توصیه پرستاری 24 ساعته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

خدمات فوریت‌های درمانی در زمانی که در خارج منطقه خدمات طرح هستید

هنگامی که خارج از منطقه طرح خدمات درمانی هستید، ممکن است نتوانید از یک ارائه دهنده شبکه خدمات درمانی دریافت کنید. در این حالت، طرح ما نیازهای خدمات فوریت‌های درمانی که از دیگر ارائه دهندگان دریافت می‌کنید را تحت پوشش قرار می‌دهد.

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

H3. خدمات درمانی در طول بلایای طبیعی

در صورتی که فرماندار ایالت شما، 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 Molina Dual Options استفاده کنید.

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

اگر زمانی که یک فاجعه طبیعی اعلام شده است امکان استفاده از ارائه دهنده شبکه وجود ندارد، می‌توانید خدمات درمانی مورد نیاز خود را بدون پرداخت هیچ هزینه‌ای از ارائه دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید. اگر زمانی که یک فاجعه طبیعی اعلام شده است نتوانید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید، می‌توانید داروی نسخه‌ای خود را از یکی از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به بخش 5 مراجعه کنید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



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

اگر ارائه دهنده ای صورت حساب را به جای ارسال به طرح برای شما ارسال کند، باید از ما درخواست کنید تا آن را پرداخت کنیم. نباید خود شما قبض را پرداخت کنید. اگر صورت حساب را پرداخت کنید، طرح نمی تواند هزینه را به شما بازگرداند. اگر هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده اید یا اگر صورتحسابی برای خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده اید، جهت کسب اطلاعات در خصوص اینکه باید چکار کنید به فصل 7 مراجعه کنید.

1.1. اگر خدمات تحت پوشش طرح ما نیست چکار کنید

Molina Dual Options کلیه خدمات زیر را تحت پوشش قرار می دهد:

- از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شده باشد، و
- در جدول مزایای طرح (رجوع به فصل 4) عنوان شده باشد، و
- مقررات طرح برای دریافت خدمات مزبور رعایت شده باشد.

اگر خدماتی را دریافت کنید که تحت پوشش طرح ما نیست، باید هزینه کامل را شخصاً پرداخت کنید.

اگر مایلید بدانید که آیا ما هزینه خدمات یا درمان پزشکی مزبور را پرداخت می کنیم یا خیر، این حق را دارید تا از ما سؤال کنید همچنین از این حق برخوردار هستید تا از طریق مکاتبه در مورد این موضوع سؤال کنید. اگر ما بگوییم که هزینه خدمات شما را پرداخت نمی کنیم، شما از این حق برخوردار هستید تا نسبت به تصمیم گیری ما درخواست تجدیدنظر داشته باشید.

در فصل 9 توضیح داده شده است که اگر بخواهید ما یک دارو یا خدمات را تحت پوشش قرار دهیم، باید چه کاری انجام دهید. همچنین در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم گیری پوشش طرح ما به شما اطلاعاتی می دهد. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود در زمینه درخواست تجدیدنظر می توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

ما هزینه بعضی از خدمات را تا سقفی خاص پرداخت می کنیم. اگر از این محدوده فراتر روید، باید هزینه کامل خدمات اضافه را شخصاً پرداخت کنید. برای اطلاع درباره اینکه سقف پرداخت هزینه چقدر است و تا به حال چقدر از این میزان برای شما پرداخت شده است، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

ل. پوشش خدمات درمانی هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده اید

1.1. تعریف تحقیق بالینی

تحقیق بالینی (که آزمایش بالینی نیز نامیده می شود)، روشی است که در آن پزشکان انواع جدید داروها و درمان ها را مورد آزمایش قرار می دهند. آنها از افراد داوطلب می خواهند تا در تحقیق شرکت کنند. این نوع تحقیق به پزشکان کمک می کند تا نسبت به عملکرد نوع خدمات درمانی یا دارو یا ایمون بودن آن، تصمیم گیری کنند.

پس از اینکه Medicare یا طرح ما تحقیقی که داوطلب شرکت در آن هستید را تأیید می کند، یکی از افراد تیم تحقیق با شما تماس خواهد گرفت. این فرد درباره تحقیق به شما اطلاع رسانی خواهد کرد و همچنین بررسی می کند که آیا شما واجد شرایط شرکت در تحقیق هستید یا خیر. تا زمانی که از شرایط مورد نیاز برخوردار باشید می توانید در این تحقیق شرکت کنید. همچنین باید بدانید که برای شرکت در تحقیق مزبور چه انتظاراتی از شما می رود و با این انتظارات موافقت کنید.

مادامی که در تحقیق حضور دارید، می توانید همچنان در طرح ما باقی بمانید. به این روش می توانید خدمات درمانی مورد نیاز از طرح ما که با تحقیق ارتباط ندارد را دریافت کنید.

در صورت تمایل به شرکت در یک تحقیق بالینی مورد تأیید Medicare، نیازی نیست که از طرف ما یا ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه خود تأییدیه دریافت کنید. ارائه دهندگانی که خدمات درمانی مرتبط به تحقیق را به شما ارائه می کنند لازم نیست که جزو ارائه دهندگان شبکه باشند.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



باید پیش از شروع به شرکت در یک بررسی تحقیقاتی بالینی به ما اطلاع دهید.

اگر در نظر دارید که در یک تحقیق بالینی شرکت کنید، شما یا مدیر پرونده شما باید با خدمات تماس بگیرید تا به ما اطلاع دهید که داوطلب شرکت در یک آزمایش بالینی شده اید

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

داوطلبان شرکت در مطالعه تحقیقاتی مورد تأیید Medicare هیچ هزینه ای برای خدمات تحت پوشش مطالعه تحقیقاتی پرداخت نخواهند کرد و Medicare تمام این هزینه ها بعلاوه هزینه های مرتبط با خدمات درمانی شما را می پردازد. پس از ملحق شدن به تحقیق بالینی مورد تأیید Medicare، اکثر موارد و خدماتی که به عنوان بخشی از این تحقیق دریافت می کنید تحت پوشش قرار می گیرد. این موارد و خدمات شامل موارد زیر می شود:

- هزینه اتاق و تخت بیمارستان که حتی اگر در تحقیق حضور نداشته باشید از طرف Medicare پرداخت می شود.
- جراحی یا دیگر مراحل پزشکی که بخشی از بررسی تحقیقاتی است.
- درمان عوارض جانبی و مشکلات درمان جدید.

در صورتی که داوطلب یک مطالعه تحقیقاتی کلینیکی باشید که مورد تأیید Medicare نیست اما مورد تأیید طرح ماست، ما تمام هزینه ها را می پردازیم. اگر شما بخشی از مطالعه ای باشید که توسط Medicare یا طرح ما تأیید نشده باشد، لازم است که هزینه های مربوط به حضور در تحقیق را پرداخت کنید.

J3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد بررسی تحقیقاتی بالینی

درباره ملحق شدن به بررسی تحقیقاتی بالینی می توانید "Medicare و بررسی های تحقیقاتی کلینیکی" 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 می توانید 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.

K. خدمات ارائه شده توسط مؤسسات درمانی-مذهبی غیرپزشکی چطور تحت پوشش قرار می گیرد

K1. تعریف مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی

مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی مکانی است که خدمات درمانی معمول در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه ای را ارائه می کند. اگر برخورداری از خدمات در بیمارستان یا برخلاف عقاید مذهبی شما است، ما هزینه خدمات ارائه شده توسط مؤسسه درمانی- غیرپزشکی را پرداخت می کنیم.

در هر زمان به هر دلیل می توانید از خدمات درمانی برخوردار شوید. این مزیت فقط مخصوص خدمات سرپایی Medicare بخش A است (خدمات درمانی غیرپزشکی) می باشد. Medicare فقط هزینه خدمات درمانی غیرپزشکی که توسط مؤسسات درمانی-مذهبی غیرپزشکی ارائه می شود را پرداخت می کند.

K2. دریافت خدمات از مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی

برای دریافت خدمات درمانی از مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی باید یک سند حقوقی مبنی بر مخالفت شما با دریافت درمان پزشکی "غیرمشمول" امضاء کنید.

- درمان پزشکی "غیرمشمول" به هر درمانی گفته می شود که داوطلبانه است و تحت قوانین فدرال، قوانین ایالتی یا قوانین محلی الزامی نیست.
- درمان پزشکی "مشمول" به هر نوع درمانی گفته می شود که داوطلبانه نیست و تحت قوانین فدرال، قوانین ایالتی یا قوانین محلی، الزامی است.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



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

- مؤسسه ای که این خدمات درمانی را ارائه می کند باید مورد تأیید Medicare باشد.
 - پوشش خدمات در طرح ما محدود به جنبه های غیرمذهبی خدمات درمانی است.
 - اگر خدمات دریافتی در ساختمان مؤسسه به شما ارائه شود، باید شرایط زیر محقق باشد:
 - باید نوعی عارضه پزشکی داشته باشید که به شما امکان دهد تحت پوشش خدمات سرپایی در بیمارستان یا مراکز پرستاری قرار بگیرید.
- طرح ما بستری شدن در بیمارستان را به مدت نامحدود تحت پوشش قرار می دهد. (به جدول مزایا واقع در بخش 4 مراجعه کنید).

L. وسایل پزشکی بادوام (DME)

L1. DME به عنوان یک عضو از طرح ما

DME به معنی بعضی از اقلام خاص است که توسط یک ارائه دهنده برای استفاده در منزل در اختیار شما قرار می دهد. چند مثال: صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، تشک برقی، لوازم ویژه دیابتی ها، تخت های بیمارستانی سفارش داده شده توسط ارائه دهنده برای استفاده در منزل، پمپ های تزریق درون رگی (IV)، دستگاه های تولید گفتار، وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن، نیولایزر و واکر. شما همیشه مالک دائمی بعضی موارد خاص مانند اندام مصنوعی خواهید بود.

در این قسمت درباره DME که باید اجاره کنید توضیح داده می شود. اعضای Molina Dual Options هرگز مالک DME نخواهند بود حتی اگر آن را برای بلند مدت اجاره کرده باشند.

در بعضی از شرایط خاص، ما مالکیت DME را به شما منتقل می کنیم. برای اطلاع در رابطه با شرایط مورد نیاز و مدارکی که باید تحویل دهید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

L2. مالکیت DME هنگامیکه عضویت خود را به Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر می دهید

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

توجه: شما می توانید تعاریف طرح های Original Medicare و Medicare Advantage را در فصل 12 مطالعه کنید. همچنین می توانید جهت اطلاعات بیشتر در مورد این طرح ها به کتابچه Medicare و شما 2022 مراجعه کنید. اگر نسخه ای از این دفترچه راهنما را ندارید می توانید آن را از وب سایت Medicare به آدرس (<http://www.medicare.gov>) 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 حاصل نمایند.

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 Medicare Advantage تعیین شده است را پرداخت کنید:

- اگر در مدتی که عضو طرح ما بودید، مالکیت DME به شما تعلق نگرفت و
- اگر از طرح ما خارج شوید و مزایای Medicare را خارج از هرگونه طرح درمانی در طرح Original Medicare یا program Medicare Advantage دریافت کنید.

اگر پیش از عضویت در طرح درمانی ما مبلغی را برای DME تحت طرح Original Medicare یا Medicare Advantage پرداخت کرده باشید، مبالغ پرداختی برای Original Medicare یا Medicare Advantage به حساب میانی گذاشته نمی شود که لازم است پس از ترک طرح درمانی ما پرداخت کنید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



- برای مالکیت DME باید 13 قسط پیاپی را تحت Original Medicare یا تعداد اقساط پشت سر هم جدیدی که توسط طرح Medicare Advantage معین می شود را پرداخت کنید
- در صورت عضویت مجدد در طرح Original Medicare یا Medicare Advantage، این مورد همچنان صدق خواهد کرد.

L3. مزایای استفاده از تجهیزات اکسیژن برای اعضای طرح ما

اگر واجد شرایط استفاده از تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare باشید و عضو طرح نیز باشید، موارد زیر را تحت پوشش قرار می دهیم:

- اجاره تجهیزات اکسیژن
 - تحویل تجهیزات اکسیژن و وسایل مربوطه
 - لوله ها و تجهیزات دیگر برای تحویل اکسیژن و وسایل مربوطه
 - تعمیرات و نگهداری تجهیزات اکسیژن
- زمانی که دیگر از نظر پزشکی به تجهیزات اکسیژن نیازی ندارید، یا اگر از طرح ما خارج می شوید، باید تجهیزات را به مالک آن برگردانید.

L4. تجهیزات اکسیژن هنگامی که به طرح بیمه Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر وضعیت دهید

اگر تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند و شما از طرح ما خارج شده و به Original Medicare تغییر وضعیت داده باشید، به مدت 36 ماه آن را از یک ارائه دهنده اجاره خواهید کرد. مبلغ اجاره ای که ماهیانه پرداخت می کنید، تجهیزات اکسیژن، وسیله های جانبی، و همه خدمات فهرست شده در بالا را شامل می شود.

اگر تجهیزات اکسیژن پس از گذشت 36 ماه از اجاره آن هنوز هم از نظر پزشکی همچنان ضروری باشد:

- ارائه دهنده شما باید تجهیزات اکسیژن، وسیله ها و خدمات را برای 24 ماه دیگر در اختیار شما قرار دهد.
- اگر از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد، ارائه دهنده باید تجهیزات و کپسول های اکسیژن را برای حداکثر 5 سال در اختیار شما قرار دهد.
- اگر تجهیزات اکسیژن همچنان در پایان دوره 5 ساله از نظر پزشکی برای شما ضروری باشد:
- ارائه دهنده دیگر موظف نیست تا تجهیزات را در اختیار شما قرار دهد و شما می توانید تجهیزات جایگزین را از یک ارائه دهنده دیگر دریافت کنید.
- یک دوره 5 ساله جدید شروع می شود.
- به مدت 36 ماه می توانید تجهیزات را از ارائه دهنده اجاره کنید.
- ارائه دهنده باید تجهیزات اکسیژن، کپسول های اکسیژن و خدمات را برای 24 ماه دیگر در اختیار شما قرار دهد.
- تا زمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد، هر 5 سال یک بار چرخه جدیدی شروع می شود.

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 آن موارد تحت پوشش Original Medicare پوشش را پوشش دهی خواهد کرد. شما می توانید از طرح Medicare Advantage خود بپرسید که چه تجهیزات و میزان کپسول اکسیژن را پوشش می دهد و اینکه پرداخت چه هزینه هایی برعهده شما است.



فصل 4: جدول مزایا

معرفی

این فصل اطلاعاتی را در مورد خدمات تحت پوشش *Molina Dual Options* و هرگونه استثنا یا محدودیت در مورد آن خدمات ارائه می‌کند. همچنین اطلاعاتی را در مورد مزایایی که تحت پوشش طرح درمانی ما نیست ارائه می‌کند. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده است.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش شما.....	43
A1. در موارد اضطراری بهداشت عمومی.....	43
B. مقررات برای پیشگیری مطالبه هزینه خدمات توسط ارائه دهندگان از شما.....	43
C. جدول مزایای طرح درمانی ما.....	43
D. جدول مزایا.....	44
E. مزایای تحت پوشش خارج از Molina Dual Options.....	80
E1. California Community Transitions (CCT).....	80
E2. طرح دندانپزشکی Medi-Cal.....	80
E3. آسایشگاه مراقبت از بیماران لاعلاج.....	81
F. مزایایی که تحت پوشش Molina Dual Options، Medicare یا Medi-Cal نیست.....	81



A. خدمات تحت پوشش شما

در این فصل به شما اطلاع داده می شود که هزینه چه خدماتی از طریق Molina Dual Options پرداخت می شود. همچنین می توانید درباره خدماتی که تحت پوشش قرار نمی گیرند اطلاعاتی کسب کنید. اطلاعات مربوط به مزایای دارویی در بخش 5 ذکر شده است. همچنین در این بخش درباره محدودیت‌های موجود در رابطه با بعضی از خدمات توضیح داده شده است.

به دلیل اینکه از طرف Medi-Cal کمک و راهنمایی دریافت می‌کنید، تا زمانی که قوانین طرح را دنبال کنید، هیچگونه هزینه ای برای خدمات تحت پوشش پرداخت نخواهید کرد. به منظور جزییات مربوط به مقررات طرح درمانی به فصل 3 مراجعه کنید.

اگر برای اطلاع از خدمات تحت پوشش به راهنمایی نیاز دارید، با مدیر پرونده خود و/یا خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY تماس بگیرید: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.

A1. در موارد اضطراری بهداشت عمومی

در صورتی که فرماندار California، 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 Molina Dual Options استفاده کنید. لطفاً برای اطلاع از چگونگی دریافت مراقبت‌های مورد نیاز در هنگام یک فاجعه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

B. مقررات برای پیشگیری مطالبه هزینه خدمات توسط ارائه دهندگان از شما

ما به ارائه دهندگان Molina Dual Options اجازه نمی دهیم هزینه خدمات تحت پوشش را از شما دریافت کنند. ما مستقیماً هزینه ارائه دهندگان خود را پرداخت می کنیم و شما نیاز به پرداخت هیچ هزینه ای ندارید. حتی اگر ما مبلغی کمتر از هزینه یکی از خدمات را به ارائه دهنده پردازیم، این مسئله صدق می کند.

هرگز نباید از طرف ارائه دهنده، برای خدمات تحت پوشش صورتحساب دریافت کنید. در صورت انجام این کار، به فصل 7 مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

C. جدول مزایای طرح درمانی ما

در جدول مزایا ذکر شده است که هزینه کدام خدمات از طرف طرح برای شما پرداخت می شود. لیست خدمات به ترتیب حروف الفبا در این جدول ارائه و خدمات تحت پوشش توضیح داده شده است.

ما فقط در صورتی هزینه خدمات لیست شده در جدول مزایا را پرداخت می کنیم که از قوانین زیر پیروی شود. تا زمانی که شرایط پوششی که در زیر توصیف شده را برآورده کنید برای خدمات ذکر شده در جدول مزایا هیچ مبلغی را پرداخت نمی کنید.


- خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal شما باید با توجه به قوانین تنظیم شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه شود.
- این خدمات (از جمله خدمات پزشکی، سلامت رفتار و سوءاستفاده از مواد، خدمات و پشتیبانی بلند مدت، امکانات، تجهیزات و داروها) باید از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد. ضرورت پزشکی به این معنی است که شما برای پیشگیری، تشخیص یا درمان عارضه پزشکی و حفظ وضعیت سلامت فعلی خود به خدمات مربوطه نیاز داشته باشید. این امر شامل خدمات درمانی است که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا مراکز نگهداری می شود. همچنین به این معنی است که خدمات، امکانات یا داروها مطابق با استانداردهای پزشکی است خدماتی ضرورت پزشکی دارد که برای محافظت از جان، پیشگیری از بیماری عمده یا معلولیت عمده یا برای تسکین درد شدید منطقی و لازم باشد.
- شما می توانید خدمات درمانی خود را از یک ارائه دهنده شبکه دریافت کنید. ارائه دهنده شبکه، ارائه دهنده ای است که با همکاری می کند. در اکثر مواقع، ما هزینه خدمات دریافتی از ارائه دهنده خارج از شبکه را پرداخت نخواهیم کرد. در فصل 3 اطلاعات بیشتری درباره استفاده از ارائه دهندگان داخل و خارج شبکه ارائه شده است.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



- شما یک ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PCP) یا یک گروه خدمات درمانی دارید که خدمات درمانی شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، پیش از استفاده از کسی که به PCP شما وابسته نیست یا ارائه دهنده دیگری در شبکه طرح درمانی باید از PCP خود تأییدیه دریافت کنید به این امر، ارجاع گفته می‌شود. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت ارجاع و این که چه زمان به ارجاع نیاز خواهید داشت به فصل 3 مراجعه کنید.
- شما باید خدمات درمانی را، از ارائه دهندگان وابسته به گروه پزشکی PCP خود دریافت کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به بخش 3 مراجعه کنید.
- بعضی از خدمات لیست شده در جدول مزایا فقط در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرد که پزشک شما یا دیگر ارائه دهندگان شبکه بتوانند ابتدا از طرف ما تأییدیه دریافت کنند. به این امر، تأییدیه قبلی گفته می‌شود. خدمات تحت پوشش که ابتدا به تأییدیه قبلی نیاز دارد در جدول مزایا با یک علامت ستاره (*) مشخص شده است. علاوه بر آن باید ابتدا برای خدمات زیر که در لیست جدول مزایا نیست، تأییدیه قبلی دریافت کنید:
 - عمل‌های زیبایی، جراحی‌های پلاستیک و بازسازی پوست
 - تست عصب شناختی و تست و درمان روانشناسی
 - داروهای تخصصی
 - بررسی‌های حین خواب
- تمام خدمات پیشگیرانه به صورت رایگان ارائه می‌شود. این علامت سیب 🍏 را در کنار خدمات پیشگیری در جدول مزایا خواهید یافت.
- خدمات طرح (Care Plan Optional, CPO) ممکن است تحت طرح خدمات درمانی شخصی شده ارائه شود. این خدمات کمک بیشتری را در منزل در اختیار شما قرار می‌دهد، از جمله خوراک، کمک برای شما یا فردی که مراقبت از شما را بر عهده دارد یا تعبیه دستگیره ها و شیب راه ها. این خدمات به شما کمک می‌کند تا مستقل تر زندگی کنید، ولی جانشین خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت (long-term services and supports, LTSS)، که تحت پوشش Medi-Cal دریافت می‌کنید، نمی‌شود. چند مثال از خدمات CPO که Molina Dual Options در گذشته عرضه کرده است در زیر آورده شده است: سیستم واکنش به شرایط اورژانسی افراد و خوراک. اگر به کمک نیاز دارید یا مایلید در مورد نحوه کمک خدمات CPO به شما اطلاعاتی را کسب نمایید، با مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

D. جدول مزایا

خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
 <p>تست غربالگری آنوریسم آنورت شکمی</p> <p>هزینه یک بار سونوگرافی غربالگری برای افراد در معرض خطر پرداخت خواهد شد هزینه این غربالگری تنها در صورتی توسط طرح ما پرداخت می‌شود که شما دارای عوامل خطر خاصی باشید و از پزشک، دستیار پزشک، پرستار متخصص یا متخصص پرستاری بالینی خود نامه ارجاع داشته باشید.</p>	\$0

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>طب سوزنی*</p> <p>ما تا سقف دو بار برای هر ماه تقویمی هزینه های طب سوزنی بیماران را پرداخت می کنیم، و در صورتی تعداد دفعات بیشتری را پوشش می دهیم که این درمان از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد.</p> <p>اگر در قسمت پایین کمر درد مزمن دارید که به صورت زیر توصیف می شود، ما هزینه 12 جلسه طب سوزنی در مدت 90 روز را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دردی که 12 هفته یا بیشتر ادامه داشته باشد؛ • حالت مشخصی نداشته باشد (هیچ دلیل سیستماتیک قابل شناسایی نداشته باشد، مثلا با متاستاز استخوان، تورم، یا بیماری های عفونی مرتبط نباشد)؛ • مرتبط با جراحی نباشد؛ و • مرتبط با بارداری نباشد. <p>علاوه بر آن، اگر درد مزمن کمر شما تا حدودی بهبود پیدا کند، هزینه 8 جلسه طب سوزنی دیگر نیز پرداخت می شود شما در هر سال برای درد مزمن کمر بیشتر از 20 جلسه درمان طب سوزنی دریافت نخواهید کرد.</p> <p>اگر دردتان بهبود پیدا نکرد یا بدتر شد، درمان طب سوزنی برای درد مزمن کمر باید متوقف شود.</p>	
\$0	<p>معاینه تشخیص و مشاوره اعتیاد به الکل</p> <p>هزینه یک بار غربالگری سوء مصرف الکل (SBIRT) برای افراد بزرگسالی که سوء مصرف الکل دارند، اما به الکل وابسته نیستند، پرداخت می شود. این مورد شامل زنان باردار نیز می شود.</p> <p>اگر نتیجه غربالگری شما برای سوء مصرف الکل مثبت باشد، هر سال حداکثر چهار جلسه مشاوره کوتاه و رو در رو (اگر بتوانید و در طول جلسه هوشیار باشید) با یک ارائه دهنده واجد شرایط در زمینه مراقبت های بهداشتی اولیه یا متخصص در یک موسسه مراقبت های بهداشتی اولیه خواهید داشت</p>	
\$0	<p>خدمات آمبولانس*</p> <p>خدمات آمبولانس تحت پوشش شامل انتقال زمینی، انتقال با هواپیماهای ملخی و هلی کوپترهای آمبولانس است. آمبولانس شما را به نزدیکترین مرکز خدمات درمانی منتقل می کند.</p> <p>شرایط شما باید به اندازه کافی جدی باشد و احتمال برود سایر روش های انتقال به مرکز خدمات درمانی باعث شود سلامت و جان شما را به خطر بیفتد استفاده از خدمات آمبولانس برای دیگر موارد باید توسط ما تأیید شود.</p> <p>ممکن است ما هزینه آمبولانس در موارد غیر اورژانسی را نیز پرداخت کنیم. شرایط شما باید به اندازه کافی جدی باشد و احتمال برود سایر روش های انتقال به مرکز خدمات درمانی باعث شود سلامت و جان شما را به خطر بیفتد.</p>	

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید:

www.MolinaHealthcare.com/Duals



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>ویزیت سلامت سالیانه</p> <p>شما مجاز به برخورداری از یک ویزیت سلامت سالیانه هستید. این ویزیت سلامت سالیانه جهت تنظیم یا به روزرسانی طرح پیشگیرانه براساس عوامل خطر فعلی شما است. ما هر 12 ماه یک بار این هزینه را پرداخت خواهیم کرد.</p>	
\$0	<p>ارزیابی حجم توده استخوان</p> <p>ما هزینه برخی ارزیابی های خاص را برای اعضای واجد شرایط (معمولاً فردی که در معرض خطر از دست دادن حجم توده استخوان یا پوکی استخوان باشد) پرداخت خواهیم کرد. این ارزیابی ها جهت شناسایی توده استخوان، موارد پوکی استخوان یا بررسی کیفیت استخوان انجام می شود.</p> <p>ما هر 24 ماه یک بار یا در فواصل زمانی کوتاه تر در صورت ضرورت پزشکی، این هزینه را پرداخت می کنیم. همچنین ما هزینه پزشک را برای بررسی و نظردهی درباره نتایج ارزیابی پرداخت خواهیم کرد.</p>	
\$0	<p>بررسی سرطان سینه (ماموگرافی)</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> یک ماموگرافی پایه بین سنین 35 و 39 سال یک غربالگری ماموگرافی هر 12 ماه برای زنان با سن 40 سال و بالاتر بررسی های بالینی سینه هر 24 ماه یک بار 	
\$0	<p>خدمات توانبخشی قلب (قلبی)*</p> <p>ما هزینه های مربوط به خدمات توانبخشی قلب مانند ورزش، آموزش و مشاوره را پرداخت می کنیم. اعضا باید از شرایطی خاص برخوردار باشند و پزشک آن ها این خدمات را توصیه کرده باشد.</p> <p>ما هزینه خدمات فشرده توانبخشی قلب که در مقایسه با خدمات توانبخشی قلب فشرده تر است را نیز تحت پوشش قرار می دهیم.</p>	
\$0	<p>مشاوره کاردیووسکولار (قلب) برای کاهش خطر احتمالی ابتلا به بیماری های قلبی (درمان بیماری های قلبی)</p> <p>ما هزینه یک یا چند مراجعه (در صورت ضرورت پزشکی) به ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه شما را پرداخت می کنیم تا احتمال بروز بیماری های قلبی در شما کمتر شود. در طول این ویزیت، پزشک شما ممکن است کارهای زیر را انجام دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> درباره مصرف آسپیرین توضیح دهد، فشار خون شما را بررسی کند، و/یا شما را درباره تغذیه صحیح راهنمایی کند. 	




چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>تست کادریووسکولار برای تشخیص بیماری های (قلبی)</p> <p>ما هر پنج سال یک بار (60 ماه یک بار) هزینه مربوط به آزمایش خون برای بررسی بیماری های قلبی را پرداخت می کنیم. آزمایش های خون وجود اختلال حاصل از خطر بالای ابتلا به بیماری قلبی را نیز مشخص می کند.</p>	
\$0	<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 تمام زنان: آزمایش پاپ اسمیر و لگن خاصره هر 24 ماه یک بار • برای زنانی که شدیداً در معرض خطر سرطان دهانه رحم یا مهبل هستند: هر 12 ماه یکبار، یک آزمایش پاپ اسمیر • برای زنانی که در ظرف 3 سال گذشته تست غیرمعمول پاپ اسمیر داشته اند و در سن بارداری هستند: هر 12 ماه یکبار، یک آزمایش پاپ اسمیر • برای زنان 30 تا 65 ساله: تست ویروس پاپیلوم انسانی (HPV) یا تست پاپ اسمیر به علاوه تست HPV هر 5 سال 	
\$0	<p>خدمات کایروپراکتیک</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تنظیم مهره های پشتی برای قرارگیری صحیح 	
\$0	<p>بررسی سرطان روده بزرگ</p> <p>برای افراد 50 سال و بالاتر، هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر (یا غربالگری تنقیه باریوم) هر 48 ماه • آزمایش خون مخفی مدفوع، هر 12 ماه • آزمایش خون مخفی مدفوع برپایه گویاک یا آزمایش مصونیت شیمیایی مدفوع، هر 12 ماه • غربالگری روده و مقعد، هر 3 سال • کولونوسکوپی هر ده سال (اما در صورتی که با غربالگری سیگموئیدوسکوپی 48 ماه فاصله داشته باشد) • کولونوسکوپی (غربالگری تنقیه باریوم) برای افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به سرطان روده بزرگ قرار دارند، هر 24 ماه 	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS)*</p> <p>CBAS یک طرح ارائه خدمات در مرکز درمانی برای بیماران سرپایی است که در زمان معینی به مرکز درمانی مراجعه می کنند، توجه به یک . خدمات این طرح عبارت است از خدمات پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان (از جمله کار درمانی، فیزیوتراپی و گفتار درمانی)، خدمات درمانی شخصی، آموزش و پشتیبانی خانواده/فرد مراقبت کننده از بیمار، خدمات تغذیه، جابجایی و دیگر خدمات ما هزینه CBAS را به اعضای واجد شرایط پرداخت خواهیم کرد.</p> <p>توجه: اگر مرکز CBAS در دسترس نباشد، ما می توانیم این خدمات را به صورت جداگانه در اختیار شما قرار دهیم.</p>	
\$0	<p>مشاوره برای ترک سیگار یا مصرف تنباکو</p> <p>اگر از تنباکو استفاده می کنید، هیچ یک از علائم بیماری های مربوط به تنباکو را ندارید، و مایلید 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 خدمت پیشگیرانه پرداخت خواهیم کرد. این خدمات به صورت رایگان ارائه می شود. هر اقدام به ترک شامل حداکثر چهار مراجعه حضوری به مشاور است. <p>اگر از تنباکو استفاده می کنید و بیماری های مرتبط با تنباکو در شما تشخیص داده شود یا اگر از دارویی استفاده می کنید که ممکن است تحت تأثیر تنباکو قرار بگیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>اگر باردار هستید ممکن است با دریافت تأییدیه قبلی از جلسه های مشاوره ترک نامحدود برخوردار شوید.*</p> <p>طرح درمانی 8 جلسه مشاوره دیگر را برای ترک سیگار یا تنباکو علاوه بر مزایای Medicare عرضه می کند.</p>	
\$0	<p>خدمات دندانپزشکی*</p> <p>برخی از خدمات دندانپزشکی از جمله جرم گیری، پر کردن و دندان مصنوعی از طریق طرح دندانپزشکی Medi-Cal ارائه می شود. جهت مشاهده اطلاعات بیشتر در مورد این مزایا، به بخش E مراجعه کنید.</p>	
\$0	<p>غربالگری افسردگی</p> <p>ما هر سال یک بار هزینه بررسی افسردگی را پرداخت می کنیم. این بررسی باید در یک مرکز مراقبت های بهداشتی اولیه، که قادر به ارائه درمان بعدی یا ارجاع دارد، صورت گیرد.</p>	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>غربالگری دیابت</p> <p>اگر هرکدام از عوامل خطر زیر را داشته باشید، ما هزینه این بررسی (از جمله آزمایش قند پیش از صبحانه) را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> فشار خون بالا (هایپرنتنشن) سابقه میزان غیرطبیعی کلسترول و تری گلیسیرید (دیسلیپیدمیا) چاقی سابقه قند خون بالا (گلوکز) <p>این آزمایشها ممکن است در برخی از مواد دیگر نیز تحت پوشش قرار گیرد، مانند زمانی که وزن بالایی دارید و در خانواده شما سابقه بیماری دیابت وجود دارد. بسته به نتایج آزمایش، ممکن است واجد شرایط باشید تا حداکثر دو بار در هر 12 ماه آزمایش دیابت برای شما انجام شود.</p>	
\$0	<p>خدمات و امکانات آموزشی در زمینه مدیریت شخصی بیماری دیابت</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را برای تمام افرادی که بیماری دیابت دارند پرداخت می کنیم (چه از انسولین استفاده کنند یا خیر):</p> <ul style="list-style-type: none"> امکاناتی برای بررسی میزان قند خون، از جمله موارد زیر: <ul style="list-style-type: none"> دستگاه کنترل قند خون نوارهای تست قند خون دستگاه لنست و لنست ها محلول کنترل قند خون برای بررسی دقت نوارهای تست و دستگاههای کنترل قند خون ما هزینه خرید لوازم دیابتی از تولید کنندگان ترجیحی را بدون پیش تأییدیه تحت پوشش قرار می دهیم. هزینه سایر برندها در صورتی پرداخت می شود که از ما پیش تأییدیه دریافت کنید. برای افراد مبتلا به دیابت که بیماریهای شدید ناشی از دیابت در ناحیه پای خود دارند، ما هزینه موارد زیر را پرداخت می کنیم*: <ul style="list-style-type: none"> یک جفت کفش طبی مخصوص برای این افراد (همراه با کفی ها)، 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 می شود) ما هزینه آموزش نحوه مدیریت بیماری دیابت را در برخی از مواقع پرداخت می کنیم. جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید. 	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p>وسایل با دوام پزشکی (DME) و لوازم مربوطه (جهت اطلاع از مفهوم "وسایل با دوام پزشکی (DME)", به فصل 12 این دفترچه مراجعه کنید.)</p> <p>موارد زیر تحت پوشش قرار می گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • صندلی چرخدار • چوب زیر بغل • سیستم تشک برقی • پد فشار خشک برای تشک • لوازم دیابت: • تخت بیمارستان که توسط ارائه دهنده برای استفاده در منزل سفارش داده باشد. • پمپ‌های تزریق درون رگی (IV) و میله • پمپ و لوازم روده ای • ابزار تولید گفتار • لوازم و وسایل اکسیژن • نبولایزر • واکر • دستگیره منحنی استاندارد یا عصای چهار پایه و لوازم تعویض • دستگاه ترکشن (بالای درب) • تحریک کننده استخوان • تجهیزات درمانی دیالیز <p>سایر اقلام نیز ممکن است تحت پوشش قرار بگیرد</p> <p>ما هزینه DME کلیه ضرورت‌های پزشکی که معمولاً تحت پوشش Medicare و Medi-Cal است را پرداخت می کنیم. در صورتی که ارائه دهنده ما در منطقه شما محصول یک برند یا تولیدکننده را نداشت، شما می توانید سوال کنید که آیا می توانند آن را برای شما سفارش دهند یا خیر.</p>




چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
<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 بستری در بیمارستان هستید، باید برای درمان خود به یک بیمارستان داخل شبکه بازگردید تا هزینه های شما همچنان پرداخت شود. فقط در صورتی که طرح تأیید کند می توانید در بیمارستانی که خارج از شبکه است بستری شوید.</p>	<p>خدمات درمانی اورژانسی</p> <p>خدمات درمانی اورژانسی به معنی خدماتی است که:</p> <ul style="list-style-type: none"> • توسط یک ارائه دهنده که در زمینه خدمات اورژانس آموزش دیده است ارائه می شود، و • برای موارد اورژانس پزشکی مورد نیاز است. <p>اورژانس پزشکی یک عارضه پزشکی به همراه درد شدید یا مصدومیت وخیم می باشد. این عارضه آنقدر جدی است که اگر فوراً تحت مداوای پزشکی قرار نگیرید، هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل درمانی و پزشکی می تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خطر جدی برای سلامتی شما یا کودک متولد نشده؛ یا • صدمه جدی به عملکردهای بدنی؛ یا • نقص عملکردی شدید هر کدام از اندام ها یا بخش های بدن؛ یا • در مورد زنان باردار در هنگام درد زایمان: <ul style="list-style-type: none"> ○ وقت کافی برای انتقال ایمن شما به یک بیمارستان دیگر پیش از زایمان وجود ندارد. ○ انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامتی و ایمنی شما یا کودک متولد نشده شما را در معرض خطر قرار دهد. <p>بجز موارد محدود، خدمات درمانی اورژانسی فقط در ایالات متحده و قلمروهای آن ارائه می شود برای اطلاع از جزئیات، با طرح درمانی تماس بگیرید.</p>	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات تنظیم خانواده</p> <p>بر اساس قانون، شما می توانید هر ارائه دهنده ای را برای برخی از خدمات تنظیم خانواده انتخاب کنید. این امر شامل هر پزشک، کلینیک، بیمارستان، داروخانه یا مرکز تنظیم خانواده است.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینه و مداوای پزشکی تنظیم خانواده • آزمایشگاه تنظیم خانواده و تست های تشخیصی • روش های تنظیم خانواده (IUC/IUD، ایمپلنت ها، تزریقات، قرص های پیشگیری از بارداری، برچسب، یا حلقه) • وسایل پیشگیری از بارداری اورژانسی در صورت تأیید توسط یک داروساز تحت قرارداد یا توسط یک ارائه دهنده خارج از پوشش شبکه در صورتی که شرایط از نظر پزشکی اورژانسی باشد. • خدمات درمانی بعدی برای هر مشکلی که با استفاده از روش های پیشگیری از بارداری ارائه شده توسط ارائه دهندگان تنظیم خانواده ایجاد شود. • وسایل تنظیم خانواده با نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، نوار، دیافراگم، درپوش) • تشخیص و مشاوره درباره نازایی و خدمات مرتبط • مشاوره، آزمایش و درمان عفونت های مقاربتی (STI) • مشاوره و تست HIV و ایدز، و دیگر بیماری های مرتبط با HIV • پیشگیری دائم از بارداری (برای انتخاب این روش تنظیم خانواده باید 21 سال یا بیشتر سن داشته باشید. ابتدا باید یک رضایت نامه عقیم سازی فدرال را حداقل 30 روز پیش از تاریخ روز عمل جراحی امضاء کنید، اما نباید این مدت بیش از 180 روز با تاریخ روز عمل جراحی فاصله داشته باشد.) • مشاوره ژنتیک <p>همچنین ما هزینه برخی از خدمات تنظیم خانواده دیگر را نیز پرداخت می کنیم. اما جهت خدمات زیر باید به یک ارائه دهنده در شبکه ما مراجعه کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درمان مشکلات پزشکی نازایی (این خدمات شامل روش های مصنوعی بارداری نیست.) • درمان ایدز و دیگر شرایط مرتبط با HIV • تست ژنتیک* <p style="text-align: center;">ادامه این مزیت در صفحه بعدی قرار دارد</p>



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
	<p>خدمات تنظیم خانواده (ادامه)</p> <p>جهت کسب اطلاعات درباره خدمات تنظیم خانواده موجود در منطقه خود، از طریق تلفن رایگان 1(800) 942-1054 با بخش خدمات درمانی ایالتی، دفتر تنظیم خانواده تماس بگیرید.</p> <ul style="list-style-type: none"> • توجه: بعضی از بیمارستان ها و دیگر ارائه دهندگان ممکن است برخی از خدمات تنظیم خانواده که در قرارداد طرح ما پوشش داده می شود را ارائه نکنند. این موارد شامل مشاوره در زمینه تنظیم خانواده و خدمات کنترل بارداری است، از جمله پیشگیری اورژانسی، عقیم سازی (از جمله بستن لوله ها در زمان بارداری و زایمان) یا سقط جنین. با پزشک، گروه پزشکی یا کلینیک و یا شماره تلفن رایگان (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید تا مطمئن شوید که می توانید خدمات درمانی مورد نیاز خود را دریافت کنید. 	
\$0	<p>طرح های آموزش سلامت و تندرستی</p> <p>ما طرح های زیادی ارائه می کنیم که بر برخی از موضوعات بهداشتی خاص تمرکز دارد. این موارد عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کلاس های آموزش بهداشت* • کلاس های آموزش تغذیه* • ترک سیگار و مصرف تنباکو؛ و • خطوط تلفنی تماس با پرستار 	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>خدمات شنوایی*</p> <p>ما هزینه تست ها و توازن شنوایی را که توسط ارائه دهنده شما انجام می شود را پرداخت می کنیم. این تست ها به شما می گوید که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید یا خیر. این خدمات از طرف پزشک، شنوایی سنج یا دیگر ارائه دهندگان مجاز به صورت سرپایی ارائه می شود.</p> <p>حداکثر مبلغ پوشش مزایای طرح برای مزایای وسایل کمک شنوایی (سمعک) \$1,510 در هر سال مالی است. هزینه موارد زیر توسط طرح تحت پوشش قرار می گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک جلسه تست معمولی شنوایی هر سال • یک جلسه قرار دادن/ارزیابی سمعک: هر دو سال یک بار • اگر باردار هستید یا در آسایشگاه زندگی می کنید نیز ما هزینه وسایل کمک شنوایی را پرداخت می کنیم، از جمله*: <ul style="list-style-type: none"> • قالب گیری، وسایل و سمعک های داخل گوش • تعمیراتی که بیش از \$25 برای هر تعمیر هزینه داشته باشد. • اولین جفت باتری ها • شش بار مراجعه به همان ارائه دهنده برای تعمیر، تنظیم و قرار دادن وسایل در گوش پس از دریافت آنها • هزینه اجاره وسایل کمک شنوایی برای یک دوره آزمایشی • بر اساس قوانین پوشش Medi-Cal، سمعک ها تحت پوشش قرار نمی گیرد. • برای جایگزینی سمعک هایی که به دلیل شرایط خارج از کنترل شما گم شده، به سرقت رفته و یا صدمات جبران ناپذیری به آن وارد شده است، حداکثر مبلغ پوشش طرح \$1,510 نیست. 	
\$0	<p>غربالگری HIV</p> <p>ما هر 12 ماه یک بار هزینه غربالگری HIV را برای افراد زیر پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • افرادی که درخواست غربالگری HIV را داشته باشند، یا • در معرض خطر افزوده عفونت به HIV باشند <p>هزینه سه بار تست HIV در طول دوران بارداری به خانم های باردار پرداخت می شود ما همچنین در صورت توصیه توسط ارائه دهنده شما، هزینه غربالگری (های) اضافی HIV را پرداخت خواهیم کرد.</p>	




چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>ارائه دهنده خدمات درمانی در منزل*</p> <p>پیش از اینکه بتوانید از خدمات درمانی در منزل استفاده کنید، پزشک شما باید به ما اطلاع دهد که شما به این خدمات نیاز دارید و این خدمات باید توسط یک ارائه دهنده خدمات درمانی در منزل ارائه شود</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات پرستاری ماهر متناوب یا پاره وقت و خدمات کمک رسانی درون منزل (برای تحت پوشش قرار گرفتن توسط مزایای خدمات درمانی در منزل، تعداد ساعات خدمات پرستاری ماهر و خدمات کمک رسانی درون منزل شما در مجموع باید کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد.) • فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتاردرمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • تجهیزات و وسایل پزشکی 	
\$0	<p>تزریقات در منزل</p> <p>طرح درمانی هزینه های مربوط به تزریقات در منزل را پرداخت خواهد کرد، تزریقات به معنی تزریق دارو یا مواد شیمیایی است که باید داخل ورید یا زیر پوست تزریق شود و در منزل به شما ارائه می شود. موارد زیر برای انجام تزریقات لازم است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دارو یا ماده شیمیایی، مثل آنتی ویروس یا ایمونوگلوبولین؛ • تجهیزاتی مثل پمپ؛ و • مواد مصرفی مانند لوله یا سوند. <p>طرح، خدمات تزریقات در منزل را که شامل موارد زیر می شود ولی محدود به این موارد نیست، پوشش می دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات حرفه ای از جمله خدمات پرستاری، که طبق طرح خدمات درمانی شما ارائه می شود؛ • آموزش اعضا و آموزش هایی 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 می شود. 	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
<p>\$0</p> <p>هنگامی که در یک طرح آسایشگاه مورد تأیید Medicare هستید، هزینه خدمات آسایشگاه و خدمات Medicare بخش A و B مرتبط با بیماری مهلك شما توسط Medicare پرداخت می شود. Molina Dual Options هزینه خدمات شما را پرداخت نخواهد کرد.</p> <p>اعضا هزینه ای برای خدمات تحت پوشش پرداخت نمی کنند.</p>	<p>آسایشگاه مراقبت از بیماران لاعلاج</p> <p>می توانید از خدمات درمانی هر آسایشگاه مورد تأیید Medicare بهره مند شوید. شما از حق انتخاب آسایشگاه برخوردارید، به شرطی که ارائه دهنده شما یا مدیر پزشکی آسایشگاه شما تأیید کنند که شما مدت زیادی زنده نخواهید ماند. این بدان معناست که شما دارای یک بیماری لاعلاج هستید و انتظار می رود شش ماه یا کمتر زنده باشید. پزشک آسایشگاه شما می تواند یک ارائه دهنده شبکه یا ارائه دهنده خارج از شبکه باشد.</p> <p>هزینه های موارد زیر مادامی که از خدمات آسایشگاه استفاده می کنید توسط طرح پرداخت خواهد شد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروهای مورد استفاده برای درمان علائم و تسکین درد • خدمات درمانی کوتاه مدت بیماران لاعلاج • خدمات درمانی در منزل <p>صورت حساب هزینه خدمات آسایشگاهی و خدمات تحت پوشش بخش A یا B طرح Medicare برای Medicare ارسال می شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • به منظور کسب اطلاعات بیشتر به بخش E این فصل مراجعه کنید. <p>برای خدماتی که تحت پوشش Molina Dual Options است اما تحت پوشش Medicare بخش A یا B نیست</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molina Dual Options آن دسته از خدمات تحت پوشش طرح که در بخش های A یا B طرح Medicare تحت پوشش قرار نمی گیرد را پوشش می دهد. این خدمات تحت پوشش طرح قرار می گیرند، صرف نظر از این که مرتبط با تشخیص بیماری مهلك شما باشد یا خیر. شما هیچ هزینه ای برای این خدمات پرداخت نخواهید کرد. <p>داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای بخش D طرح Molina Dual Options در طرح Medicare قرار گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران لاعلاج و طرح درمانی ما قرار نمی گیرد. به منظور کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 5 مراجعه کنید. <p>توجه: اگر به خدمات درمانی غیر آسایشگاهی نیاز داشتید، باید با مدیر پرونده خود تماس بگیرید تا مقدمات دریافت این خدمات را برای شما فراهم کند. خدمات غیر آسایشگاهی به خدمات غیر مرتبط با بیماری لاعلاج شما اطلاق می شود.</p> <p>هزینه خدمات مشاوره درون آسایشگاه برای بیماری که شخصاً مزایای آسایشگاه را انتخاب نکرده است توسط طرح ما تحت پوشش قرار می گیرد (فقط یک بار).</p>



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>ایمن سازی</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • واکسن ذات الریه • واکسن های آنفولانزا، یکبار در هر فصل آنفولانزا، در پاییز و زمستان به علاوه واکسن های اضافی آنفولانزا در صورت ضرورت پزشکی • واکسن هپاتیت B اگر در معرض خطر شدید یا متوسط ابتلا به هپاتیت نوع B باشید. • سایر واکسن ها در صورتی که در معرض خطر باشید و واکسن های مربوطه مطابق با قوانین پوشش Medicare بخش B باشد • واکسن های کووید-19 <p>ما هزینه سایر واکسن های مطابق با قوانین پوشش Medicare بخش D پرداخت می کنیم. جهت کسب اطلاعات بیشتر، بخش 6 را مطالعه کنید.</p> <p>ما همچنین هزینه کلیه واکسن های توصیه شده برای افراد بزرگسال از طرف کمیته مشاوره در امور واکسیناسیون (ACIP) پرداخت خواهیم کرد.</p>	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
<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 تأییدیه دریافت کنید.</p>	<p>خدمات درمانی به بیماران بستری در بیمارستان*</p> <p>طرح ما بستری شدن در بیمارستان را به مدت نامحدود تحت پوشش قرار می دهد. ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر از نظر پزشکی ضروری باشد) • وعده های غذایی، از جمله رژیم های خاص • خدمات پرستاری مرتب و مداوم • هزینه بخش های مراقبت ویژه از جمله آی سی یو یا بخش مراقبت بیماران قلبی • داروها • تست های آزمایشگاهی • اشعه ایکس و دیگر خدمات رادیولوژی • وسایل جراحی و پزشکی مورد نیاز • دستگاه هایی مانند صندلی چرخدار • خدمات اتاق عمل و ریکواری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • خدمات سوء مصرف مواد به بیماران بستری در بیمارستان • در برخی موارد، انواع پیوند اعضا شامل پیوند: قریه، کلیه، کلیه/پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی، روده/چند عضو <p>ادامه این مزیت در صفحه بعدی قرار دارد</p>	
	<p>خدمات درمانی به بیماران بستری در بیمارستان (ادامه)</p> <p>اگر به پیوند عضو نیاز دارید، یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare پرونده شما را بررسی می کند و تصمیم می گیرد که آیا شرایط پیوند را دارید یا خیر. ارائه دهندگان پیوند اندام ممکن است محلی یا در خارج منطقه خدماتی باشد. اگر ارائه دهندگان پیوند اندام محلی به قبول نرخ Medicare باشند، آنوقت شما می توانید خدمات پیوند اندام خود را به صورت محلی یا در خارج شبکه ارائه خدمات درمانی به جامعه محلی خود دریافت کنید. اگر Molina Dual Options خدمات پیوند اندام را در خارج شبکه ارائه دهنده خدمات درمانی به جامعه محلی ما ارائه کند و شما تصمیم بگیرید که پیوند اندام خود را در آنجا دریافت کنید، ما مقدمات اقامت و رفت و آمد شما را فراهم می کنیم و یا هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد جهت کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با پیوند و خدمات تحت پوشش، با خدمات اعضا تماس بگیرید.</p> <ul style="list-style-type: none"> • خون، از جمله نگهداری و امور اجرایی • خدمات پزشکی 	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>خدمات درمانی از بهداشت روان بیماران بستری*</p> <p>اگر خدمات بهداشت روان به بستری شدن در بیمارستان نیاز داشته باشد، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر نیازمند بستری در یک بیمارستان روانپزشکی مستقل باشید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می کنیم. پس از آن مؤسسه بهداشت روان محلی هزینه خدمات روانپزشکی، که از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد، بیمار بستری در بیمارستان را پرداخت می کند. تأیید دریافت خدمات درمانی پس از 190 روز با هماهنگی مؤسسه بهداشت روان کانتی محل شما انجام می گیرد. ○ محدودیت 190 روزه در مورد خدمات بهداشت روان ارائه شده به بیماران بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان های عمومی اعمال نخواهد شد. • اگر سن شما 65 سال یا بیشتر است، ما هزینه خدماتی که در مؤسسه بیماری های روانی (IMD) دریافت کرده اید را پرداخت می کنیم. 	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p>اقامت بیمار بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در طول اقامت بستری که تحت پوشش نیست*</p> <p>اگر بستری شدن شما در بیمارستان منطقی و از لحاظ پزشکی ضروری نباشد، ما هزینه آن را پرداخت نمی کنیم.</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 مرکز پرستاری دریافت می کنید را پرداخت کنیم. جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات پزشکی • تست های تشخیص بیماری مانند تست های آزمایشگاهی • اشعه ایکس، رادیوگرافی و ایزوتوپ درمانی، از جمله مواد و خدمات فنی • پانسمان های جراحی • وسایل شکسته بندی، گچ گیری و دیگر دستگاه های مورد استفاده برای شکستگی و جا انداختن • پروتز و دستگاه های ارتوپدی بجز وسایل دندان پزشکی، از جمله تعویض یا تعمیر چنین دستگاه هایی. این دستگاه ها: <ul style="list-style-type: none"> ○ جایگزین تمام یا بخشی از اندام داخلی بدن (از جمله بافت های به هم پیوسته) است، یا ○ جایگزین تمام یا بخشی از عملکردهای اندام داخلی بدن است که از کار افتاده یا اینکه به درستی کار نمی کند. • بریس های (پا، دست، کمر و گردن)، شکم بند، پا، دست و چشم مصنوعی. هزینه تنظیم، تعمیر و جایگزینی موارد فوق به دلیل شکستگی، خرابی، گم شدن یا تغییر در شرایط بیمار نیز تحت پوشش می باشد. • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>خدمات و تجهیزات مربوط به بیماری کلیه</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات آموزشی بیماری های کلیه برای آموزش نحوه مراقبت از کلیه و کمک به اعضا برای تصمیم گیری مناسب درباره نیازهای مراقبتی خود. باید دارای بیماری کلیه مزمن مرحله درون وریدی باشید و پزشک شما را ارجاع دهد. ما شش جلسه خدمات آموزشی بیماری کلیه را تحت پوشش قرار می دهیم. • درمان های دیالیز بیماران سرپایی، از جمله درمان های دیالیز هنگامی که موقتاً خارج از منطقه تحت پوشش باشید، همانطور که در فصل 3 توضیح داده شد. • درمان های دیالیز بیماران سرپایی اگر به عنوان بیمار برای درمان های خاص در بیمارستان بستری شده اید • آموزش دیالیز شخصی از جمله آموزش شما یا دیگران برای کمک به شما در درمان های دیالیز خانگی • تجهیزات و وسایل دیالیز خانگی • برخی از خدمات پشتیبانی در منزل، مانند ویزیت های مورد نیاز توسط افراد آموزش دیده برای انجام دیالیز جهت بررسی دیالیز خانگی شما، کمک در شرایط اورژانس و نیز بررسی تجهیزات دیالیز و تغذیه آبی. <p>مزایای دارویی Medicare بخش B شما هزینه برخی داروهای دیالیز را پرداخت می کند. جهت کسب اطلاعات، به قسمت "داروهای نسخه ای Medicare بخش B" در این جدول مراجعه کنید.</p>	
\$0	<p>بررسی سرطان ریه</p> <p>اگر واجد شرایط زیر باشید، طرح درمانی هر 12 ماه هزینه بررسی سرطان ریه را پرداخت می کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • به سن 50 تا 80 سال باشید، و • یک جلسه مشاوره و تصمیم گیری مشترک با پزشک خود یا ارائه دهنده واجد شرایط دیگر داشته باشید، و • حداقل 1 بسته سیگار در روز برای 20 سال بدون علائم یا نشانه های سرطان ریه کشیده باشید یا در حال حاضر سیگار می کشید یا در ظرف 15 سال گذشته ترک کرده باشید. <p>پس از بررسی نخست، طرح درمانی هزینه بررسی دیگری را هر سال با توصیه کتبی پزشک شما یا ارائه دهنده واجد شرایط دیگر پرداخت خواهد کرد.</p>	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>مزیت وعده غذایی*</p> <p>این طرح منحصرأً برای سالم و قوی نگه داشتن شما در زمان بهبودی از یک دوره بستری در بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه ای (SNF) طراحی شده است، یا اگر عارضه پزشکی دارید یا پتانسیل بروز عارضه پزشکی دارید که به موجب آن لازم است برای مدتی در خانه بمانید. چنانچه واجد شرایط باشید، مدیر پرونده طرح درمانی شما را در این برنامه ثبت نام خواهد کرد.</p> <p>همچنین اگر پزشک شما به دلیل ابتلا به یک عارضه مزمن این مزایا را برای شما درخواست کند ممکن است واجد شرایط باشید. این مزیت 2 وعده غذایی در روز به مدت 14 روز ارائه می کند. در صورت تأیید مجدد، ممکن است به مدت 14 روز دیگر نیز این 2 وعده غذایی را دریافت کنید. حداکثر 56 وعده غذایی در طول 4 هفته ارائه می شود.</p>	
\$0	<p>درمان تغذیه پزشکی</p> <p>این مزیت برای افرادی است که مشکل دیابت یا کلیه دارند اما دیالیز نمی شوند. همچنین پس از پیوند کلیه به دستور پزشک می توانید از این مزیت برخوردار شوید</p> <p>ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره حضوری در نخستین سال دریافت خدمات درمانی تغذیه پزشکی تحت Medicare در اختیار شما قرار می دهیم. (این مورد شامل طرح ما، هرگونه طرح Medicare Advantage دیگر یا Medicare می شود.) ما ممکن است خدمات دیگری که ضرورت پزشکی دارند را نیز تأیید کنیم.</p> <p>پس از نخستین سال نیز هزینه دو ساعت خدمات مشاوره حضوری را پرداخت خواهیم کرد. اگر عارضه، درمان یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعت های درمان بیشتری را بنا به توصیه پزشک دریافت کنید. در صورتی که درمان در سال بعدی نیز لازم باشد، پزشک باید این خدمات را تجویز کند و هر سال مجدداً آن را توصیه کند. ما ممکن است خدمات دیگری که ضرورت پزشکی دارند را نیز تأیید کنیم.</p>	
\$0	<p>برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP)</p> <p>هزینه خدمات MDPP نیز توسط طرح ما پرداخت خواهد شد. MDPP برای کمک به شما در افزایش رفتار سالم طراحی شده است. این برنامه کارآموزی عملی در موارد زیر ارائه می کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغییر بلند مدت رژیم غذایی، و • افزایش فعالیت جسمانی، و • روش هایی برای حفظ وزن کاهش یافته و سبک زندگی سالم. 	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p>داروهای نسخه ای Medicare بخش B</p> <p>این داروها تحت پوشش Medicare بخش B است. Molina Dual Options هزینه داروهای زیر را پرداخت می کند:</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 می شود. • داروهایی که با استفاده از وسایل پزشکی بادوام (مانند نیولایزر) مصرف می کنید و مورد تأیید طرح قرار گرفته است. • فاکتورهای انعقاد خون که در صورت ابتلا به بیماری هموفیلی از طریق تزریق دریافت می کنید • داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی در صورتی که در Medicare بخش A در زمان پیوند عضو ثبت نام کرده باشید • داروهای تزریقی پوکی استخوان . هزینه این داروها در صورتی برای شما پرداخت می شود که قادر به ترک منزل نباشید، پزشک تأیید کند که به علت پوکی استخوان دچار شکستگی استخوان شده‌اید، و نیز قادر نباشید به خود دارو تزریق کنید. • آنتی ژن • بعضی از داروهای خوراکی ضدسرطان و داروهای ضد تهوع • داروهای خاصی برای دیالیز در منزل، از جمله هپارین، پادزهر هپارین (در صورت الزام پزشکی)، بی حس کننده‌های موضعی و عوامل محرک اریتروپویزیس [طرح ها ممکن است هر یک از داروهای زیر را که تحت این طرح نیستند حذف کنند] (مانند Procrit، Epogen، اپونتین آلفا، آرانسپو یا داربوپتوئین آلفا) • گلوبولین ایمنی IV برای درمان خانگی بیماری نقص ایمنی اولیه <p>همچنین بعضی از واکسن ها را تحت مزایای داروهای نسخه ای Medicare بخش B و بخش D پوشش می دهیم.</p> <p>در فصل 5 درباره مزیت داروهای نسخه ای خدمات سرپایی توضیح داده شده است. مقرراتی که باید برای برخورداری از پوشش داروهای نسخه ای پیروی کنید در این فصل توضیح داده شده است.</p> <p>در فصل 6 درباره این که چه میزان هزینه باید جهت داروهای نسخه ای درمان های سرپایی در طرح ما پرداخت کنید توضیحاتی ارائه شده است.</p>



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>ایاب و ذهاب پزشکی غیراورژانس*</p> <p>این مزیت هزینه رفت و برگشتی را پوشش می دهد که مقرون به صرفه تر و قابل دسترس تر باشد. شامل هزینه: آمبولانس، وانت زباله، صندلی چرخدار و خدمات رفت و برگشت پزشکی، هماهنگی در زمینه جابجایی افراد معلول.</p> <p>روش های ایاب و ذهاب فوق در شرایط زیر مورد تأیید قرار می گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر به علت شرایط پزشکی و/یا فیزیکی قادر به استفاده از اتوبوس، ماشین مسافری، تاکسی یا دیگر وسایل ایاب و ذهاب عمومی و خصوصی نمی باشید، و • اگر بدون دسترسی به وسیله ایاب و ذهاب امکان دریافت خدمات پزشکی مورد نیاز وجود ندارد. • پزشک شما باید یک نسخه کتبی به نام فرم تأییدیه پزشک (Physician Certification Statement, PCS) برای دریافت ایاب و ذهاب برای ما ارسال کند که شامل دلیل درخواست، طول مدت درخواست (حداکثر 12 ماه) و شیوه ایاب و ذهاب می شود. <p>بسته به خدمات، ممکن است نیاز به دریافت تأییدیه قبلی باشد</p> <p>برای اطلاع از نحوه دسترسی به این خدمات، لطفا با شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.</p>	
\$0	<p>ایاب و ذهاب غیرپزشکی</p> <p>این مزیت به شما امکان می دهد از طریق ماشین مسافری، تاکسی یا دیگر وسایل ایاب و ذهاب عمومی/خصوصی به خدمات پزشکی منتقل شوید.</p> <p>این مزیت ارتباطی با مزایای ایاب و ذهاب پزشکی غیر اورژانس شما ندارد.</p> <p>این مزیت جهت رفت و برگشت به آن دسته از مراکز و مکان های تصویب شده طرح درمانی است که واجد شرایط مزیت ایاب و ذهاب غیرپزشکی Medicaid می باشد محدودیتی برای تعداد سفرهایی که در طول سال می توانید داشته باشید وجود ندارد. بسته به خدمات، ممکن است نیاز به دریافت تأییدیه قبلی باشد</p> <p>ادامه این مزیت در صفحه بعدی قرار دارد</p>	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
	<p>ایاب و ذهاب غیر پزشکی (ادامه)</p> <p>نحوه زمانبندی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • با شماره 644-6357 (844)، TTY: 711. • جهت رزرو ایاب و ذهاب برای قرارهای ویزیت پزشکی عادی (غیر فوری)، باید حداقل هفتاد و دو (72) ساعت پیش از قرار ویزیت خود تماس بگیرید. • در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می توانید با ما تماس بگیرید. • درخواست برای رزرو عادی در روزهای تعطیل ملی پذیرفته نخواهد شد (از جمله روز سال نو، روز یادبود، 4 جولای، روز کارگر، عید شکرگذاری و کریسمس). • جهت قرارهای ویزیت فوری / قرارهایی که در همان روز به شما اطلاع داده شده است، تریخیص از مراکز درمانی یا اطلاع از محل وسیله ایاب و ذهاب خود، با شماره 644-6357 (844) تماس بگیرید. • این مزیت را می توان حداکثر از نود (90) روز پیش رزرو کرد. • ایاب و ذهاب به قرارهای ویزیت تکراری جهت انجام مواردی از قبیل شیمی درمانی، پرتو درمانی، فیزیوتراپی یا دیالیز را می توانید به یکباره برای یک دوره نود (90) روزه رزرو کنید. <p>جهت ایاب و ذهاب برای سفرهای برگشت "تماس بگیرید"</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر نمی دانید جلسه ویزیت شما چقدر طول خواهد کشید، جهت رزرو وسیله نقلیه برگشت به منزل با شماره 644-6357 (844) تماس بگیرید. ارائه دهنده خدمات ایاب و ذهاب حداکثر یک (1) ساعت از زمان تماس شما فرصت دار تا در محل حضور پیدا کند. <p>چه کسی می تواند درخواست ایاب و ذهاب داشته باشد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • اعضای که حداقل شانزده (16) سال سن دارند. • والدین، سرپرست قانونی، یا نماینده مجاز عضو. • مدیر پرونده طرح درمانی یا نماینده طرح، وکیل طرح درمانی، سایر ارائه دهندگان و / یا مراکز خدمات پزشکی



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>خدمات درمانی مرکز نگهداری*</p> <p>(باید با ارائه دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت نمایید.)</p> <p>مراکز نگهداری (NF) ویژه افرادی است که نمی توانند در منزل از خدمات درمانی برخوردار شوند ولی نیازی به حضور در بیمارستان نیز ندارند.</p> <p>خدماتی که هزینه آنها را پرداخت می کنیم شامل موارد زیر ولی به آنها محدود نمی شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتاق های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورتی که از نظر پزشکی لازم باشد) • وعده های غذایی، از جمله رژیم های خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتاردرمانی • تنفس درمانی • دارو هایی که به عنوان بخشی از طرح خدمات درمانی به شما داده می شود. (این مورد شامل موادی می شود که معمولاً به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد، مانند فاکتور های لختگی خون). • خون، از جمله نگهداری و امور اجرایی • وسایل پزشکی و جراحی که معمولاً در مراکز نگهداری ارائه می شود • تست های آزمایشگاهی که معمولاً در مراکز نگهداری انجام می شود • اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً در مراکز نگهداری انجام می شود • استفاده از دستگاه هایی مانند صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز نگهداری ارائه می شود • خدمات ارائه شده توسط پزشک/ کارورز • وسایل پزشکی بادوام • خدمات دندانپزشکی، از جمله دندان مصنوعی • مزایای بینایی <p>ادامه این مزیت در صفحه بعدی قرار دارد</p>	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
	<p>خدمات درمانی در مرکز نگهداری* (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • تست شنوایی • خدمات درمانی کایروپراکتیک • خدمات مربوط به مشکلات پا <p>شما معمولاً خدمات مراقبتی را از مراکز متعلق به شبکه دریافت می کنید. اما می توانید خدمات مراقبتی را از یک مرکز خارج از شبکه ما نیز دریافت کنید. در صورت پذیرفتن هزینه طرح ما توسط مکان های زیر، می توانید 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 داشته اید (در صورتیکه مرکز نگهداری باشد). • مرکز خدمات نگهداری که همسر یا شریک زندگی شما در زمان مرخص شدن شما از بیمارستان در آنجا اقامت داشته است. 	
\$0	<p>غربالگری چاقی و درمان برای پایین نگهداشتن وزن</p> <p>اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر است، ما هزینه مشاوره برای کاهش وزن شما را پرداخت می کنیم. این مشاوره را در یک مرکز مراقبت های بهداشتی اولیه دریافت خواهید کرد. به این روش می توانید آن را در طرح پیشگیری کامل خود بگنجانید. جهت کسب اطلاعات بیشتر، با ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه خود تماس بگیرید.</p>	
\$0	<p>خدمات برنامه درمان مواد مخدر (OPT)</p> <p>این طرح هزینه خدمات زیر را برای مداوای اختلال استفاده از مواد مخدر (OUD) می پردازد.</p> <ul style="list-style-type: none"> • فعالیت های مصرفی • ارزیابی های دوره ای • داروهای تصویب شده توسط سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) و، در صورتی که مرتبط باشد، مدیریت و ارائه این داروها به شما • مشاوره سوء مصرف مواد • درمان انفرادی و گروهی • آزمایش تشخیص وجود داروها یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش شناسایی سموم) 	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p>آزمایشات تشخیصی سرپایی و خدمات و تجهیزات درمانی</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اشعه ایکس • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، از جمله مواد و وسایل فنی* • لوازم جراحی، از قبیل پانسمان* • وسایل شکسته بندی، گچ گیری و دیگر دستگاه های مورد استفاده برای شکستگی و جا انداختن* • تست های آزمایشگاهی* • خون، از جمله نگهداری و امور اجرایی* باید با ارائه دهنده تان صحبت کنید و دستور ارجاع دریافت نمایید. • سایر تست های تشخیصی بیماران سرپایی*



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p>خدمات سرپایی در بیمارستان*</p> <p>ما هزینه خدمات ضروری پزشکی و دریافتی در بخش بیماران سرپایی بیمارستان را برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحی پرداخت می کنیم، از قبیل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات موجود در بخش اورژانس یا کلینیک بیماران سرپایی، مانند جراحی یا خدمات معاینه بیماران غیربستری ○ خدمات معاینه به پزشک شما در تشخیص این که آیا نیاز هست به عنوان یک "بیمار بستری" در بیمارستان پذیرفته شوید یا خیر کمک می کند. ○ گاهی اوقات ممکن است در طول شب در بیمارستان باشید ولی همچنان "بیمار سرپایی" محسوب شوید. ○ جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص بیمار بستری یا بیمار سرپایی، تک برگ اطلاعاتی زیر را مطالعه کنید: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • تست های آزمایشگاهی و تست های تشخیص بیماری که صورتحساب آنها توسط بیمارستان صادر می شود • خدمات بهداشت روان، از جمله خدمات ارائه شده در طرح خدمات نیازمند مراجعه به بیمارستان در صورتی که پزشک تأیید کند، در صورت عدم برخورداری از این خدمات، بیمار نیاز به بستری شدن در بیمارستان خواهد داشت • اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که صورتحساب آن توسط بیمارستان صادر می شود • وسایل پزشکی مانند وسایل شکسته بندی و گچ گیری • غربالگری جهت پیشگیری از بیماری و خدمات ذکر شده در جدول مزایا • بعضی از داروهایی که نمی توانید خود شما مصرف کنید



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>خدمات بهداشت روان سرپایی*</p> <p>ما هزینه خدمات بهداشت روان ارائه شده توسط مراجع زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • روانشناس یا پزشک مجاز ایالت • روانشناس بالینی • مددکار اجتماعی بالینی • پرستار متخصص بالینی • پرستار متخصص • دستیار پزشک • سایر متخصصین امور خدمات درمانی بهداشت روان مجاز Medicare تحت قوانین ایالتی مورد تأیید باشند <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات کلینیک • درمان در طول روز • خدمات بازپروری روانشناسی اجتماعی • طرح های خدمات نیازمند مراجعه به بیمارستان/ خدمات سرپایی فشرده • ارزیابی و درمان گروهی و فردی بهداشت روان • تست روانشناسی برای افرادی که از نظر بالینی نیاز به ارزیابی بهداشت روان دارند • خدمات سرپایی با هدف کنترل درمان های دارویی • آزمایشگاه، دارو، امکانات و وسایل مربوط به بیماران سرپایی • مشاوره روانپزشکی 	
\$0	<p>خدمات توانبخشی سرپایی*</p> <p>ما هزینه فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی را پرداخت می کنیم.</p> <p>جهت برخورداری از خدمات توانبخشی سرپایی می توانید به بخش های بیماران سرپایی بیمارستان، مطب متخصصین روان درمانی مستقل، امکانات جامع بازپروری بیماران سرپایی (CORF) و سایر مراکز دریافت کنید.</p>	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>خدمات سرپایی برای درمان سوء مصرف مواد*</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینه تشخیص و مشاوره اعتیاد به الکل • درمان موارد سوء مصرف مواد مخدر • مشاوره گروهی یا تک نفره توسط یک فرد پزشک بالینی مجاز • سم زدایی نیمه حاد در یک طرح اعتیاد اقامتی • خدمات مربوط به مصرف الکل/مواد مخدر در مرکز خدمات سرپایی فشرده • درمان تدریجی با نالتروکسان (ویبیترول) 	
\$0	<p>جراحی سرپایی*</p> <p>ما هزینه جراحی و خدمات سرپایی در بخش بیماران سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی را پرداخت می کنیم.</p>	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
<p>\$0</p> <p>شما هر فصل (هر 3 ماه) \$60 برای خرید اقلام، محصولات و داروهای OTC مورد تأیید طرح دارید.</p> <p>یک فصل یا دوره سه ماهه، 3 ماه طول می کشد. دوره های سه ماهه برای مزایای OTC تحت پوشش بدین قرارند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ژانویه تا مارچ • اپریل تا جون • جولای تا سپتامبر • اکتبر تا دسامبر <p>\$60 که هر سه ماه دریافت می کنید در خاتمه دوره سه ماهه خاتمه پیدا می کند. این مبلغ به دوره سه ماهه بعدی منتقل نمی شود، بنابراین مطمئن شوید که مبلغ استفاده نشده را قبل از خاتمه دوره سه ماهه خرج کنید.</p>	<p>داروهای بدون نسخه (OTC)</p> <p>پوشش شما شامل محصولات درمانی و سلامت بدون نسخه یا OTC از قبیل ویتامین، کرم ضد آفتاب، مسکن ها، داروی سرفه/سرماخوردگی و چسب پانسمان می شود. می توانید از طرق زیر سفارش دهید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آنلاین – از NationsOTC.com/Molina بازدید کنید • توسط تلفن – (877) 208-9243 برای صحبت کردن با مشاور تجربه اعضای OTC در سطح کشور به شماره (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، 365 روز سال. • از طریق پست – فرم سفارش OTC را در فهرست محصولات OTC پر کنید و بازگردانید. اقلام از طریق تلفن، سفارش پستی، آنلاین یا حضوری در فروشگاه های منتخب. • کارت دبیت OTC – در فروشگاه های شرکت کننده. <p>برای اطلاع از فهرست کامل اقلام OTC مورد تأیید برنامه، به کاتالوگ محصولات OTC 2022 خود مراجعه کنید یا برای کسب اطلاعات بیشتر با یک کارگزار OTC تماس بگیرید. اطلاعات مهمی را (دستورالعمل های سفارش) در فهرست محصولات 2022 OTC خواهید یافت.</p>
<p>\$0</p>	<p>خدمات درمانی نیازمند مراجعه به بیمارستان*</p> <p>خدمات درمانی نیازمند مراجعه به بیمارستان یک طرح ساختار یافته مداوای روانپزشکی فعال است. این طرح در قالب خدمات سرپایی در بیمارستان یا توسط مرکز بهداشت روان جامعه محلی ارائه می شود. خدمات ارائه شده در این طرح نسبت به خدمات ارائه شده در مطب پزشک یا روانپزشک شما فشرده تر است. این امر به شما کمک می کند تا نیازی به بستری شدن در بیمارستان نداشته باشید.</p>



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p>خدمات پزشکی/ارائه دهنده شامل ویزیت در مطب پزشک نیز می شود</p> <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 مکان هایی مانند موارد زیر ارائه می شود: <ul style="list-style-type: none"> ○ مطب پزشک ○ مرکز جراحی سرپایی مجاز* ○ بخش سرپایی بیمارستان* ○ مشاوره، تشخیص بیماری و درمان توسط متخصص ○ معاینات شنوایی و توازن اولیه که توسط ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه شما ارائه می شود، در صورتیکه پزشک شما توصیه کرده باشد این ارزیابی ها انجام شود تا مشخص شود که آیا به درمان نیاز هست یا خیر ○ برخی از خدمات سلامت از راه دور عبارتند از مشاوره، تشخیص و درمان توسط پزشک یا متخصص برای اعضا در برخی مناطق روستایی یا سایر مکان های مورد تأیید Medicare ○ خدمات درمانی از راه دور برای ویزیت های ماهانه مربوط به بیماری کلیوی پیشرفته (ESRD) بیماران دیالیزی در منزل، در بیمارستان یا مرکز دیالیز بیمارستانی با دسترسی حاد، مرکز دیالیز، یا منزل عضو طرح ○ خدمات درمانی از راه دور برای تشخیص، ارزیابی، یا درمان علائم سکته مغزی ○ خدمات درمانی از راه دور برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلال سلامت روان همزمان. ○ اعلام حضور مجازی (به عنوان مثال، از طریق تلفن یا چت ویدئویی) به پزشکتان به مدت 5-10 دقیقه در صورتیکه بیمار جدیدی نیستید: ○ ارزیابی ویدئو و/یا عکس هایی که برای پزشکتان ارسال کردید و تفسیر و پیگیری توسط پزشکتان در 24 ساعت در صورتیکه بیمار جدیدی نیستید: ○ مشاوره تلفنی پزشک شما با دیگر پزشکان یا جستجو در اینترنت یا مطالعه پرونده بهداشتی الکترونیک شما در صورتی که بیمار جدید نباشید <p>ادامه این مزیت در صفحه بعدی قرار دارد</p>




چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
	<p>خدمات پزشکی/ارائه دهنده شامل ویزیت ها در مطب پزشک (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاوره تلفنی پزشک شما با دیگر پزشکان یا جستجو در اینترنت یا مطالعه پرونده بهداشتی الکترونیک شما در صورتی که بیمار جدید نباشید • نظر ثانویه توسط یک ارائه دهنده دیگر عضو شبکه پیش از انجام جراحی • خدمات درمانی غیر معمول دندانپزشکی*. خدمات تحت پوشش محدود به موارد زیر می شود: <ul style="list-style-type: none"> ○ جراحی فک و بخش های مرتبط ○ ترمیم شکستگی های فک یا استخوان های صورت ○ دندان کشیدن پیش از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک ○ خدماتی که در صورت ارائه توسط پزشک قابل پوشش دهی هستند 	
\$0	<p>خدمات مربوط به مشکلات پا*</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تشخیص بیماری و درمان های پزشکی یا جراحی و بیماری ها و جراحی های پا (مانند انگشت چکشی یا خار پاشنه) • مراقبت های معمول از پا برای اعضای که بیماری های فعلی آنها بر پاهایشان تأثیر می گذارد، مانند دیابت 	
\$0	<p>معاینات غربالگری سرطان پروستات</p> <p>برای افراد 50 سال و بالاتر، ما هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یک بار پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینه دیجیتال مقعد • تست آنتی ژن مخصوص پروستات (PSA) 	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>پروتزها و تجهیزات مرتبط *</p> <p>پروتزها جایگزین بخشی از اندام یا عملکرد بدنی یا کل آن می شود. ما هزینه پروتزهای زیر و نیز برخی از مواردی که در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کیسه های کولوستومی و تجهیزات مرتبط با مراقبت از کولوستومی • تغذیه روده ای و وریدی شامل کیت های تغذیه، پمپ های تزریق، لوله و آداپتور، محلول ها و تجهیزات انجام تزریق به خود • دستگاه تنظیم ضربان قلب • بریس • کفش های پروتز • دست و پای مصنوعی • پروتز سینه (از جمله سوتین های جراحی پس از عمل ماسکتومی) • پروتز برای جایگزینی کل یا بخشی از اندام خارجی صورت که در نتیجه بیماری، مصدومیت یا نقص مادرزادی برداشته یا دچار آسیب دیدگی شده است. • کرم و پوشک های مخصوص افرادی که کنترل ادرار ندارند <p>همچنین هزینه برخی از وسایل مرتبط با دستگاه های پروتز را پرداخت می کنیم. هزینه تعمیر یا تعویض دستگاه های پروتز را نیز پرداخت می کنیم.</p> <p>پس از درمان آب مروارید یا جراحی آب مروارید نیز مواردی را تحت پوشش قرار می دهیم. به منظور اطلاع از جزئیات به قسمت "خدمات چشم پزشکی" در این بخش مراجعه کنید.</p>	
\$0	<p>خدمات توانبخشی ریوی *</p> <p>ما هزینه برنامه های توانبخشی ریوی را برای اعضای مبتلا به بیماری های ریوی متوسط تا بسیار مزمن و حاد (COPD) پرداخت می کنیم. خدمات توانبخشی ریوی باید توسط پزشک یا ارائه دهنده خدمات درمانی COPD درخواست شود.</p> <p>ما هزینه خدمات تنفسی را برای بیماران متکی به دستگاه تنفس مصنوعی پرداخت خواهیم کرد.</p>	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>غربالگری و مشاوره مربوط به عفونت های مقاربتی (STI)</p> <p>ما هزینه غربالگری های مربوط به کلامیدیا، سوزاک، سفلیس و هپاتیت B را پرداخت می کنیم. این غربالگری ها برای زنان باردار و افرادی که شدیداً در معرض خطر بیماری STI هستند تحت پوشش قرار می گیرد. ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه باید این تست ها را درخواست دهد. ما این تست ها را هر 12 ماه یک بار یا در فواصل خاصی در طول بارداری تحت پوشش قرار می دهیم.</p> <p>همچنین ما هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره رفتاری فشرده و رو در رو را هر سال برای افراد بزرگسالی که از نظر روابط جنسی فعال و در معرض ابتلا به STI هستند، پرداخت می کنیم. هر جلسه ممکن است 20 تا 30 دقیقه طول بکشد. ما هزینه این جلسه های مشاوره را به عنوان نوعی خدمات پیشگیرانه و تنها در صورتی پرداخت می کنیم که توسط ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه ارائه شود. این جلسه ها باید در یک مرکز خدمات مراقبت های اولیه مثلاً در مطب پزشک ارائه شود.</p>	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	<p>خدمات مرکز پرستاری حرفه ای (SNF)*</p> <p>طرح درمانی ما اقامت های Medicare و غیر Medicare در SNF که نیازی به بستری شدن از قبل در بیمارستان ندارد را تحت پوشش قرار می دهد.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتاق نیمه خصوصی یا اتاق خصوصی اگر از نظر پزشکی ضروری باشد • وعده های غذایی، از جمله رژیم های خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتاردرمانی • داروهایی که به عنوان بخشی از طرح مراقبتی خود دریافت می کنید، از جمله موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد، مانند فاکتورهای انعقاد خون • خون، از جمله نگهداری و امور اجرایی • وسایل پزشکی و جراحی که معمولاً در مراکز نگهداری ارائه می شود • تست های آزمایشگاهی که معمولاً در مراکز نگهداری انجام می شود • اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً در مراکز نگهداری انجام می شود • دستگاه هایی مانند صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز نگهداری ارائه می شود • خدمات پزشک/ارائه دهنده <p>شما معمولاً خدمات مراقبتی را از مراکز متعلق به شبکه دریافت می کنید. اما می توانید خدمات مراقبتی را از یک مرکز خارج از شبکه ما نیز دریافت کنید. در صورت پذیرفتن هزینه طرح ما توسط مکان های زیر، می توانید 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 داشته اید (در صورتی که مرکز نگهداری باشد). • مرکز خدمات نگهداری که همسران در زمان ترخیص شما از بیمارستان در آنجا زندگی می کند.



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>فیزیوتراپی تحت نظارت (SET)*</p> <p>طرح هزینه فیزیوتراپی تحت نظارت یا SET را برای اعضای دارای علائم بیماری سرخرگ محیطی (PAD) پرداخت خواهد کرد. طرح درمانی هزینه‌های زیر را پرداخت خواهد کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • حداکثر 36 جلسه در طول یک دوره 12 هفته ای اگر شرایط SET برآورده شود. • 36 جلسه اضافی به مرور زمان اگر توسط ارائه دهنده مراقبت بهداشتی از لحاظ پزشکی ضروری شناخته شود. <p>خدمات SET باید واجد شرایط زیر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جلسات 30 تا 60 دقیقه ای آموزش ورزش درمانی برای PAD و ویژه اعضایی باشد به واسطه جریان خون ضعیف از درد و سوزش ران پا (کلادیکیشن) رنج می برند. • به صورت سرپایی در بیمارستان یا مطب پزشک ارائه شود • توسط پرسنل واجد شرایطی انجام شود که جهت ارائه خدمات ورزش درمانی برای PAD آموزش دیده‌اند و به گونه ای عمل می کنند که مزیت ورزش درمانی از آسیب‌های احتمالی آن بیشتر باشد. • تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک، کارورز پرستاری/ پرستار بالینی متخصص و آموزش دیده در تکنیک‌های پایه و پیشرفته پشتیبانی زندگی ارائه شود. 	
\$0	<p>مراقبت فوری</p> <p>خدمات درمانی فوری در موارد زیر ارائه می شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • موقعیت غیر اورژانسی که به مراقبت پزشکی فوری دارد، یا • یک بیماری ناگهانی، یا • جراحات، یا • شرایطی که به مراقبت فوری نیاز داشته باشد. <p>اگر به مراقبت فوری نیاز دارید، باید ابتدا سعی کنید که از یک ارائه دهنده شبکه آن را دریافت کنید. اما زمانی که نمی توانید به ارائه دهنده شبکه دسترسی داشته باشید، می توانید از ارائه دهندگان خارج از شبکه نیز استفاده کنید.</p> <p>این مزیت در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن تحت پوشش نیست مگر اینکه شرایط محدود و خاصی وجود داشته باشد. جهت کسب جزئیات، با مسئول طرح تماس بگیرید.</p>	



چه هزینه هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	<p>خدمات چشم پزشکی</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک تست معمول چشم در هر سال؛ و • حداکثر \$100 برای عینک طبی (قاب و لنز) یا حداکثر \$100 برای لنزهای تماسی در هر دو سال. <p>ما هزینه خدمات پزشکی سرپایی را برای تشخیص و درمان بیماری و جراحی چشم پرداخت می کنیم. از جمله معاینات سالانه چشم برای بررسی رتینوپاتی دیابتی در افراد مبتلا به دیابت و درمان دژنراسیون ماکولا در نتیجه کهولت سن .</p> <p>برای افرادی که در معرض شدید ابتلا به بیماری آب سیاه هستند نیز ما هزینه یک بار غربالگری آب سیاه را در هر سال پرداخت می کنیم. افرادی که در معرض شدید بیماری آب سیاه هستند از جمله:</p> <ul style="list-style-type: none"> • افرادی که سابقه فامیلی آب سیاه دارند • افرادی که دیابت دارند • افراد بومی آمریکایی که سن آن ها بیشتر از 50 سال یا بیشتر است • آمریکایی های هیسپانیک به سن 65 سال یا بیشتر <p>پس از هر بار جراحی آب مروارید که پزشک لنز داخل چشم شما می گذارد، ما هزینه یک عینک و یک جفت لنز تماسی را پرداخت می کنیم. (اگر دو جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید یک عینک پس از هر جراحی دریافت کنید. پس از جراحی دوم نمی توانید دو عینک بگیرید حتی اگر پس از جراحی اول عینک نگرفته باشید). همچنین ما هزینه تعویض لنز و قاب عینک یا، در صورت نیاز، هزینه تعویض پس از جراحی آب مروارید بدون کاشت لنز را پرداخت می کنیم.</p>	
\$0	<p>ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید"</p> <p>ما یک بار هزینه ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" را پرداخت می کنیم. این ویزیت شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بررسی سلامت شما، • آموزش و مشاوره درباره خدمات پیشگیرانه مورد نیاز شما (از جمله غربالگری ها و تزریق ها)، و • ارجاع برای سایر موارد خدمات درمانی در صورت نیاز. <p>توجه: ما ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" (Welcome to Medicare) را فقط یک بار در 12 ماه نخست عضویت در Medicare بخش B تحت پوشش قرار می دهیم. هنگامی که وقت مراجعه به پزشک می گیرید، به منشی پزشک اطلاع دهید که می خواهید ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" (Welcome to Medicare) داشته باشید.</p>	



E. مزایای تحت پوشش خارج از Molina Dual Options

خدمات زیر توسط Molina Dual Options پوشش داده نمی شود اما از طریق Medicare یا Medi-Cal در دسترس خواهد بود.

E1. California Community Transitions (CCT)

طرح (CCT) California Community Transitions با همکاری سازمان های اصلی محلی اعضای واجد شرایط Medi-Cal که به مدت حداقل 90 روز متوالی در مرکز درمان بیماران بستری اقامت داشته اند کمک می کند 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، هزینه های خدمات هماهنگی انتقال را پرداخت می کند تا به بازگشت افراد واجد شرایط به اجتماع کمک کند.

شما می توانید از هر سازمان اصلی CCT که در کانتی محل سکونت شما خدمت رسانی می کند، خدمات هماهنگی انتقال دریافت کنید. لیست سازمان های اصلی CCT و کانتی هایی که در آن خدمات خود را ارائه می دهد در وب سایت سازمان خدمات بهداشت مراقبتی به آدرس زیر آورده شده است: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT:

Medi-Cal هزینه خدمات هماهنگی انتقال را پرداخت خواهد کرد: شما هیچ هزینه ای برای این خدمات پرداخت نخواهید کرد.

در رابطه با خدماتی که با انتقال CCT شما ارتباط ندارد:

ارائه دهنده هزینه خدمات را از Molina Dual Options دریافت می کند. Molina Dual Options هزینه خدمات ارائه شده پس از انتقال شما را پرداخت خواهد کرد. شما هیچ هزینه ای برای این خدمات پرداخت نخواهید کرد.

در حالی که شما خدمات هماهنگ سازی انتقال CCT را دریافت می کنید، Molina Dual Options تمام هزینه های مربوط به خدمات موجود در فهرست جدول مزایا بخش D این فصل را پرداخت خواهد کرد.

عدم تغییر در مزیت پوشش دارویی Molina Dual Options:

طرح CCT هزینه های دارویی را پوشش نمی دهد. شما همچنان از مزیت دارویی معمول خود تحت پوشش Molina Dual Options برخوردار خواهید بود. به منظور کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 5 مراجعه کنید.

توجه: در صورت نیاز به خدمات انتقال غیر CCT، باید با مدیر پرونده یا خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی به منظور هماهنگی خدمات تماس بگیرید. خدمات انتقال غیر CCT شامل خدماتی است که به انتقال شما از یک مرکز/سازمان درمانی مربوط نیست.

E2. طرح دندانپزشکی Medi-Cal

خدمات دندانپزشکی خاص از طریق طرح دندانپزشکی Medi-Cal موجود می باشد؛ برای مثال، خدماتی از قبیل:

- معاینات اولیه، عکسبرداری اشعه ایکس، جرم گیری، درمان با فلوراید
- ترمیم و روکش
- درمان کانال ریشه
- دندان مصنوعی، تنظیم، ترمیم و ردیف سازی

مزایای دندانپزشکی طرح دندانپزشکی Medi-Cal به صورت ارائه خدمات در برابر پرداخت هزینه قابل دسترسی می باشد. جهت کسب اطلاعات بیشتر، یا 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 بگیرید). برقراری تماس رایگان است. نمایندگان طرح دندانپزشکی Medi-Cal از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه برای ارائه کمک به شما و راهنمایی در دسترس می باشند. شما همچنین می توانید جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت dental.dhcs.ca.gov مراجعه کنید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



علاوه بر طرح دندانپزشکی Medi-Cal به صورت ارائه خدمات در ازای پرداخت هزینه، شما ممکن است مزایای دندانپزشکی را از طریق یک طرح خدمات مدیریت شده دندانپزشکی دریافت کنید. طرح‌های خدمات مدیریت شده دندانپزشکی در کانتی‌های Los Angeles ارائه می‌شود جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره طرح‌های دندانپزشکی، شناخت بیمه دندانپزشکی خود یا تغییر بیمه دندانپزشکی تان، با خط تلفن Health Care Options به شماره 1-800-430-4263 (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید)، دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

E3. آسایشگاه مراقبت از بیماران لاعلاج

می‌توانید از خدمات درمانی هر آسایشگاه مورد تأیید Medicare بهره‌مند شوید. شما از حق انتخاب آسایشگاه برخوردارید، به شرطی که ارائه دهنده شما یا مدیر پزشکی آسایشگاه شما تأیید کنند که شما مدت زیادی زنده نخواهید ماند. این بدان معناست که شما دارای یک بیماری لاعلاج هستید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر زنده باشید. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند یک ارائه دهنده شبکه یا ارائه دهنده خارج از شبکه باشد.

به منظور کسب اطلاعات در مورد این که هزینه چه خدماتی در آسایشگاه بیماران لاعلاج توسط Molina Dual Options پرداخت می‌شود، نمودار مزایا در قسمت D این فصل را مطالعه کنید.

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

- ارائه دهنده خدمات آسایشگاه هزینه خدمات را از Medicare دریافت می‌کند. Medicare هزینه خدمات آسایشگاهی مربوط به بیماری مهلک را پرداخت خواهد کرد. شما هیچ هزینه‌ای برای این خدمات پرداخت نخواهید کرد.

برای خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B که مرتبط با بیماری لاعلاج شما نیست: (بجز خدمات درمانی اورژانسی یا فوری):

- ارائه دهنده هزینه خدمات را از Medicare دریافت می‌کند. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش بخش A یا Medicare بخش B را پرداخت می‌کند. شما برای این خدمات هزینه‌ای پرداخت نخواهید کرد.

داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای بخش D طرح Molina Dual Options در طرح Medicare قرار گیرد:

- داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران لاعلاج و طرح درمانی ما قرار نمی‌گیرد. به منظور کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 5 مراجعه کنید.

توجه: در صورت نیاز به خدمات درمانی در آسایشگاه، باید با مدیر پرونده یا خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی به منظور هماهنگی خدمات تماس بگیرید. خدمات غیرآسایشگاهی به خدمات غیرمرتبط با بیماری لاعلاج شما اطلاق می‌شود.

F. مزایایی که تحت پوشش Molina Dual Options، Medicare یا Medi-Cal نیست

این بخش در مورد مزایایی است که تحت پوشش طرح درمانی نیست. موارد مستثنی به مزیت‌هایی اطلاق می‌شود که ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم. Medicare و Medi-Cal نیز هزینه این مزیت‌ها را تحت پوشش قرار نمی‌دهد.

بعضی از خدمات و مواردی که در هیچ شرایطی تحت پوشش ما قرار نمی‌گیرد و برخی از مواردی که گاه مستثنی می‌شود در لیست زیر توضیح داده شده است.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی که در این قسمت (یا هر قسمت دیگری از دفترچه اعضا) ذکر شده است را پرداخت نمی‌کنیم، مگر در شرایط خاصی که لیست شده است. اگر فکر می‌کنید ما باید هزینه خدماتی که تحت پوشش قرار نگرفته است را پرداخت کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید. به منظور کسب اطلاعات درباره نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر، به بخش 9 مراجعه کنید.



- علاوه بر هرگونه موارد مستثنی یا محدودیت توصیف شده در جدول مزایا، موارد و خدمات زیر توسط طرح ما پوشش داده نمی شود:
- خدماتی که با توجه به استانداردهای Medicare و Medi-Cal "غیرمنطقی و از نظر پزشکی غیرضروری" تشخیص داده شود مگر آن که خدمات مزبور تحت پوشش طرح ما نباشد.
 - درمان‌های پزشکی و جراحی‌های آزمایشی، اقلام و داروهای آزمایشی، مگر اینکه تحت پوشش Medicare یا به عنوان بخشی از تحقیقات بالینی مورد تایید Medicare یا توسط طرح درمانی ما باشد. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره تحقیقات بالینی، به فصل 3، صفحه 38 مراجعه کنید. درمان‌ها و اقلام آزمایشی به مواردی اطلاق می شود که به طور کلی توسط جامعه پزشکی پذیرفته نشده است.
 - تمرینات ورزشی مورد نیاز برای مدرسه یا ورزش تفریحی
 - جراحی برای چاقی مفرط، به غیر از مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشد و Medicare هزینه آن را پرداخت می کند.
 - اتاق خصوصی در بیمارستان بجز زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد.
 - پرستاران خصوصی.
 - اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی، مانند تلفن یا تلویزیون.
 - خدمات پرستاری تمام وقت در منزل شما
 - هزینه‌های اخذ شده از بستگان نزدیک یا اعضای خانوار شما.
 - شیوه‌ها یا خدمات بهسازی انتخابی یا داوطلبانه (شامل کاهش وزن، کاشت مو، کارایی جنسی، کارایی ورزشی، اهداف زیبایی، ضدپیری و کارایی فکری)، مگر ضرورت پزشکی داشته باشد.
 - جراحی یا سایر روش‌های زیبایی، مگر در صورت نیاز به این اقدامات به علت مصدومیت تصادفی یا جهت ترمیم بخشی از بدن که اختلال ظاهری دارد. اما هزینه بازسازی سینه پس از ماسکتومی و درمان سینه دیگر برای انطباق آن با سینه‌ای که جراحی شده است را پرداخت می کنیم.
 - اقلام مربوط به آسایش و سهولت کارکرد شخصی
 - تکمیل فرم‌هایی مانند فرم ناتوانی، زنان، اطفال و کودکان (WIC)، بخش وسایل نقلیه موتوری (DMV)
 - کفش ارتوپدی، مگر اینکه کفش بخشی از بريس پا باشد و در هزینه بريس منظور شده باشد یا کفش‌های ویژه اشخاص مبتلا به مشکلات پا به علت بیماری دیابت.
 - ساپورت‌های پا، به استثنای کفش‌های ارتوپدی یا طبی برای اشخاص مبتلا به مشکلات پا به علت بیماری دیابت
 - کراتوتومی رادپال (برش شعاعی قرنیه)، جراحی LASIK، و سایر کمک‌های مربوط به ضعف بینایی.
 - معکوس کردن روال‌های عقیم‌سازی و لوازم ضدبارداری غیرنسخه‌ای.
 - خدمات خارج از ایالات متحده، بجز برای خدمات اورژانسی نیازمند بستری شدن در بیمارستان‌های کانادا یا مکزیک
 - خدمات طبیعی درمانی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا متفاوت)
 - خدمات ارائه شده در مراکز مربوط به امور نظامیان بازنشسته (VA) اما چنانچه یک سرباز بازنشسته خدمات اورژانسی در بیمارستان VA دریافت کند و به اشتراک گذاری هزینه VA بیش از اشتراک گذاری هزینه در طرح ما است، مابه‌التفاوت را به سرباز بازنشسته بازپرداخت خواهیم داد. اما شما مسئول پرداخت سهم خود از هزینه به اشتراک گذاشته شده هستید.
 - داروهای بدون نسخه (OTC) (به جز در موارد تأیید شده)
 - ختنه انتخابی



فصل 5: دریافت داروهای نسخه ای بیماران سرپایی از طریق این طرح

معرفی

این بخش به توضیح قوانین مربوط به دریافت داروهای نسخه ای سرپایی شما می پردازد. اینها داروهایی هستند که ارائه دهنده شما برای شما تجویز می کند و شما آنها را از داروخانه یا توسط پست دریافت می کنید. شامل داروهای تحت پوشش Medicare بخش D و Medi-Cal. عبارات کلیدی و معانی آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه اعضا ارائه شده اند.

همچنین هزینه داروهای زیر توسط Molina Dual Options پرداخت می شوند هر چند که در این فصل درباره آنها توضیحی داده نشده است:

- داروهای تحت پوشش بخش A طرح Medicare. این موارد شامل داروهایی است که در هنگام بستری شدن در بیمارستان یا مراکز نگهداری به شما داده شده است.
- داروهای تحت پوشش بخش B طرح Medicare. این موارد شامل برخی از داروهای شیمی درمانی، برخی از داروهای تزریقی در طول ویزیت در مطب پزشک یا دیگر ارائه دهندگان و داروهایی است که در کلینیک دیالیز دریافت می کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره داروهای بخش D از Medicare، به جدول مزایا در بخش 4 مراجعه کنید.

قوانین مربوط به پوشش داروهای بیماران سرپایی

ما معمولاً داروهای شما را تا زمانی که قوانین عنوان شده در این بخش را دنبال کنید، تحت پوشش قرار می دهیم.

1. شما باید پزشک یا ارائه دهنده دیگری داشته باشید که نسخه را برای شما بنویسد. این شخص معمولاً ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه (PCP) شما است. یا اگر توسط ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه خود برای دریافت خدمات درمانی به شخص دیگری ارجاع داده شده باشید، می تواند یک ارائه دهنده دیگر باشد.
2. برای تهیه نسخه عموماً باید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید.
3. داروهای نسخه ای شما باید در لیست داروهای تحت پوشش طرح باشند. ما به اختصار به آن "لیست دارو" می گوئیم.
 - اگر داروی شما در لیست دارو نباشد، ما ممکن است بتوانیم با در نظر گرفتن موارد استثنا، هزینه آن را پرداخت کنیم.
 - به منظور کسب اطلاعات در مورد درخواست برای استثنا به فصل 9 مراجعه کنید.
4. داروی شما باید برای درمانی که از لحاظ پزشکی مورد قبول است استفاده شود. بدین معنی که استفاده از دارو توسط سازمان غذایی و دارویی یا مراجع خاص پزشکی تأیید شده باشد.



فهرست مطالب

85	A. تهیه داروهای نسخه ای
85	A1. تهیه داروهای نسخه ای در یکی از داروخانه‌های شبکه
85	A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگامی که جهت دریافت داروی نسخه ای خود اقدام می کنید
85	A3. اگر به یک داروخانه شبکه دیگری تغییر دادید چکار کنید
85	A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند چکار کنید
85	A5. استفاده از داروخانه تخصصی
86	A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها
87	A7. دریافت ذخیره بلند مدت داروها
87	A8. استفاده از داروخانه ای که در شبکه طرح نیست
87	A9. بازپرداخت به شما اگر هزینه نسخه را پرداخت کنید
88	B. لیست داروهای طرح
88	B1. داروهای لیست دارو
88	B2. نحوه پیدا کردن یک دارو در لیست دارو
88	B3. داروهایی که در لیست دارو نیست
89	B4. دسته بندیهای لیست دارو
89	C. محدودیت‌های برخی داروها
90	D. دلایل این که داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد
91	D1. دریافت ذخیره موقت
92	E. تغییرات در پوشش داروهای شما
94	F. پوشش دارویی در شرایط خاص
94	F1. اگر در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه ای تحت پوشش طرح ما هستید
94	F2. اگر در مرکز مراقبت بلند مدت هستید
94	F3. اگر در یک طرح آسایشگاه بیماران لاعلاج مورد تأیید Medicare اقامت دارید
94	G. طرح‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها
94	G1. طرح‌هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها
95	G2. طرح‌هایی برای کمک به مدیریت داروها توسط اعضا
95	G3. طرح مدیریت دارویی برای کمک به اعضا جهت مصرف ایمن داروهای اپیونید

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن 665-4627 (855)، TTY: 711 در رزوه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



A. تهیه داروهای نسخه ای

A1. تهیه داروهای نسخه ای در یکی از داروخانه‌های شبکه

در اکثر مواقع، ما هزینه نسخه ها را صرفاً در صورتی پرداخت می‌کنیم که در هر کدام از داروخانه‌های شبکه ما تهیه شده باشد. داروخانه شبکه داروخانه ای است که توافق کرده است داروهای نسخه ای لازم برای اعضای طرح ما را تهیه کند. می توانید از هر کدام از داروخانه‌های شبکه ما استفاده کنید.

جهت اطلاع از داروخانه‌های شبکه، می توانید به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها یا وب سایت ما مراجعه کنید، یا اینکه با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگامی که جهت دریافت داروی نسخه ای خود اقدام می کنید

جهت تهیه داروی نسخه ای، کارت شناسایی عضویت خود را در داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه، هزینه داروهای نسخه ای تحت پوشش را از ما دریافت می کند.

اگر کارت شناسایی عضویت را در هنگام مراجعه برای دریافت داروی نسخه ای با خود به همراه ندارید، از داروخانه بخواهید تا با ما تماس بگیرد و اطلاعات لازم را کسب کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است لازم باشد هزینه کامل نسخه را در زمان دریافت دارو پرداخت کنید. سپس می توانید از ما درخواست کنید تا هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. اگر نمی توانید هزینه دارو را پرداخت کنید، فوراً با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما تا جایی که بتوانیم به شما کمک می کنیم.

- به منظور اطلاع درباره نحوه درخواست بازپرداخت هزینه از ما، به بخش 7 مراجعه کنید.
- اگر برای سفارش داروی نسخه ای خود به راهنمایی نیاز داشتید، می توانید با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

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

اگر داروخانه خود را تغییر دهید و نیاز داشته باشید که داروی نسخه ای را مجدداً تهیه کنید، می توانید از ارائه دهنده خود درخواست کنید یک نسخه جدید برای شما صادر کند، یا اگر نسخه تجدید دارو باقی مانده باشد از داروخانه بخواهید نسخه را به داروخانه جدید منتقل کند. اگر در تغییر داروخانه شبکه به راهنمایی نیاز داشتید، می توانید با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند چکار کنید

اگر داروخانه ای که از آن استفاده می کنید از شبکه طرح خارج شود، لازم است که یک داروخانه شبکه جدید پیدا کنید. برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه جدید، می توانید به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها یا وب سایت ما مراجعه کنید، یا با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

A5. استفاده از داروخانه تخصصی

بعضی مواقع داروهای نسخه ای باید از یک داروخانه تخصصی تهیه شود. داروخانه‌های تخصصی شامل موارد زیر می شود:

- داروخانه هایی که داروهای مربوط به درمان تزریقی را ارائه می دهد.
- داروخانه هایی که داروهای مراکز نگهداری بلند مدت مانند مراکز پرستاری را ارائه می کند.
- معمولاً مراکز ارائه خدمات مراقبتی بلند مدت دارای داروخانه است. در صورتی که ساکن یکی از مراکز مراقبت بلند مدت هستید، باید اطمینان حاصل کنید که داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه همان مرکز دریافت می کنید.
- در صورتی که داروخانه مرکز مراقبت بلند مدت در شبکه ما وجود نداشته باشد یا در دسترسی به مزایای دارویی خود در مرکز خدمات درمانی بلند مدت با مشکل مواجه هستید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.



- داروخانه هایی که خدمات بهداشتی سرخپوستان/قبیله ای/طرح بهداشت سرخپوستان شهری را ارائه می کند. جز در موارد اورژانسی، فقط افراد بومی آمریکا یا بومیان آلاسکا می توانند از این داروخانه ها استفاده کنند.
 - دستورالعمل ها و شیوه خاصی جهت استفاده از داروخانه های ارائه دهنده این داروها وجود دارد.
- برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه جدید، می توانید به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها یا به وب سایت ما مراجعه یا اینکه با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها

برای انواع خاصی از داروها می توانید از خدمات سفارش پستی شبکه درمانی استفاده کنید. به طور کلی داروهای ارائه شده از طریق پست داروهایی است که شما آنها را به صورت مداوم جهت درمانی مشکل پزشکی مزمن یا بلند مدت مصرف می کنید. داروهایی که از طریق خدمات پستی طرح قابل ارسال نیست با حروف NM در لیست دارویی ما مشخص شده است.

خدمات سفارش پستی طرح ما به شما امکان می دهد حداقل برای یک دوره 30 روزه، و حداکثر به مدت 90 روز، داروی خود را سفارش دهید. فرانشیز ذخیره 90 روزه معادل فرانشیز ذخیره یک ماه است.

سفارش داروی نسخه ای از طریق پست

جهت دریافت فرم سفارش و اطلاعات مربوط به تهیه داروی نسخه های از طریق پست، لطفاً با خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY 711، دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m.، به وقت محلی تماس بگیرید، یا از www.MolinaHealthcare.com/Duals بازدید کنید.

معمولاً داروی نسخه ای سفارش پستی ظرف 14 روز به دست شما می رسد. اگر در سفارش پستی شما تأخیر شده باشد، جهت دریافت راهنمایی در زمینه دریافت ذخیره موقت داروهای نسخه ای با شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه الی جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.

روال سفارش پستی

روال سفارش پستی برای تهیه نسخه های جدید توسط شما، نسخه های جدیدی که مستقیماً از دفتر ارائه دهنده شما دریافت می شود و تکرار نسخه های سفارش پستی متفاوت است:

1. نسخه های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می کند

داروخانه نسخه های جدیدی که شما درخواست می کنید را به صورت خودکار تهیه و برای شما ارسال می کند.

2. نسخه های جدیدی که داروخانه مستقیماً از دفتر ارائه دهنده شما دریافت می کند

پس از اینکه داروخانه نسخه ای را از ارائه دهنده خدمات بهداشتی شما دریافت می کند، با شما تماس خواهد گرفت تا از شما بپرسد که آیا مایلید داروهای خود را بلافاصله یا در زمان دیگری دریافت کنید.

- این تماس فرصتی در اختیار شما قرار می دهد تا اطمینان حاصل کنید که داروخانه داروی صحیح را به شما تحویل دهد (از جمله دوز، مقدار و نوع آن) و، در صورت نیاز، پیش از این که دارو برای شما ارسال گردد، آن را به تعویق اندازید یا لغو کنید.
- حتماً هر بار که داروخانه با شما تماس می گیرد، به تماس پاسخ دهید تا مسئول داروخانه بدانند چه اقدامی باید انجام دهد و از هرگونه تأخیر در ارسال پیشگیری شود.



3. تکرار نسخه‌های سفارش پستی

- جهت سفارش مجدد داروهای خود، می‌توانید در طرح تکرار و تجدید خودکار نسخه ثبت نام کنید. ما در این طرح هنگامی که سوابق نشان دهد داروهای شما در حال اتمام است، به صورت خودکار فرآیند تکرار نسخه را آغاز خواهیم کرد.
- داروخانه پیش از ارسال دارو با شما تماس خواهد گرفت تا اطمینان حاصل کند به داروهای بیشتری نیاز دارید و در صورتی که به اندازه کافی دارو دارید یا نسخه شما تغییر کرده است، بتوانید تجدید خودکار دارو را لغو کنید.
 - در صورت عدم استفاده از طرح تکرار و تجدید خودکار نسخه، لطفاً حداقل 10 روز پیش از زمانی که فکر می‌کنید داروهای ما به اتمام می‌رسد با داروخانه تماس بگیرید تا سفارش بعدی شما به موقع ارسال گردد.
- در صورت تمایل به لغو طرح ما که به صورت خودکار داروهای نسخه ای را برای سفارش پستی آماده می‌کند، لطفاً با خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.
- در این صورت، داروخانه پیش از ارسال دارو از طریق پست با شما تماس خواهد گرفت تا هماهنگی‌های لازم را انجام دهد. لطفاً حتماً بهترین راهی که تمایل دارید داروخانه از طریق آن با شما ارتباط برقرار کند را به آنها اطلاع دهید. داروخانه از طریق تلفن با شماره‌ای که ارائه کرده‌اید با شما تماس خواهد گرفت. حتماً مطمئن شوید داروخانه شما آخرین اطلاعات تماس با شما را در اختیار دارد.

A7. دریافت ذخیره بلند مدت داروها

- می‌توانید یک ذخیره بلند مدت از داروهای تداومی که در لیست دارویی طرح ما ذکر شده است را دریافت کنید. داروهای تداومی داروهایی هستند که شما آنها را به صورت مداوم برای یک بیماری مزمن یا برای بلند مدت مصرف می‌کنید.
- بعضی از داروخانه‌های شبکه به شما این امکان را می‌دهد یک ذخیره بلندمدت از داروهای تداومی را دریافت کنید. فرانشیز ذخیره 90 روزه معادل فرانشیز ذخیره یک ماه است. در فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها ذکر شده است که کدام داروخانه‌ها می‌تواند یک ذخیره بلند مدت از داروهای تداومی را در اختیار شما قرار دهد. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- برای برخی از انواع خاص از داروها می‌توانید از خدمات پستی شبکه طرح استفاده کنید تا یک ذخیره بلندمدت از داروهای تداومی را دریافت کنید. به منظور کسب اطلاعات درباره خدمات سفارش پستی، به قسمت بالا مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه ای که در شبکه طرح 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 شبکه نباشید. ما داروخانه‌های شبکه ای خارج از منطقه خدمات دهی خود داریم که شما به عنوان یکی از اعضای طرح ما می‌توانید نسخه خود را از آن دریافت کنید.
- ما هزینه داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده است را در شرایط زیر پرداخت می‌کنیم:

- اگر نسخه مربوط به یک داروی فوری و ضروری باشد
 - اگر نسخه مربوط به شرایط پزشکی اورژانسی باشد
 - پوشش طرح ما محدود به یک ذخیره 31 روزه است مگر اینکه مدت زمان ذکر شده در نسخه کمتر باشد
- در این شرایط لطفاً ابتدا با خدمات اعضا تماس بگیرید تا مطمئن شوید که داروخانه شبکه ای در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

A9. بازپرداخت به شما اگر هزینه نسخه را پرداخت کنید

- اگر لازم باشد داروی نسخه ای خود را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید، معمولاً باید هزینه کامل را در هنگام دریافت دارو پرداخت کنید. می‌توانید از ما بخواهید که آن هزینه را به شما بازپرداخت کنیم.
- به منظور کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، به فصل 7 مراجعه کنید.



B. لیست داروهای طرح

ما لیستی از داروهای تحت پوشش داریم. ما به اختصار به آن "لیست دارو" می‌گوییم. داروهای موجود در لیست دارو توسط ما و با کمک تیمی از پزشکان و مسئولین داروخانه انتخاب می‌شود. در لیست دارو همچنین به شما اطلاع داده می‌شود که آیا جهت دریافت داروهای خود باید قوانین خاصی را دنبال کنید یا خیر. ما معمولاً تا زمانی که شما قوانین مذکور در این بخش را دنبال کنید، داروی موجود در لیست دارو را تحت پوشش قرار می‌دهیم.

B1. داروهای لیست دارو

لیست دارو شامل داروهای تحت پوشش Medicare بخش D و برخی از داروهای نسخه ای و بدون نسخه (OTC) و محصولات تحت پوشش مزایای Medi-Cal شما است. لیست دارو شامل داروهای برند، برای مثال BYSTOLIC، و داروهای ژنریک برای مثال metoprolol می‌باشد. داروهای ژنریک دارای ترکیبات فعال مشابه به داروهای برند است. به طور کلی عملکرد این داروها مشابه داروهای برند است اما قیمت کمتری دارد. همچنین در طرح ما داروها و محصولات OTC خاص تحت پوشش قرار می‌گیرد. برخی داروهای OTC ارزان تر از داروهای نسخه ای می‌باشد اما و به همان میزان مؤثر است. جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

B2. نحوه پیدا کردن یک دارو در لیست دارو

- جهت اطلاع از اینکه آیا داروی مصرفی شما در لیست دارو است یا خیر، می‌توانید:
- جدیدترین لیست دارویی که از طریق پست برای شما ارسال کرده ایم را بررسی کنید.
 - به وب سایت طرح به آدرس www.MolinaHealthcare.com/Duals مراجعه کنید. لیست داروی وب سایت همیشه به روزترین لیست موجود است.
 - جهت اطلاع از اینکه آیا دارویی در لیست داروی طرح است یا برای دریافت یک نسخه از لیست، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
 - از مدیر پرونده خود بخواهید بررسی کند که آیا دارو در لیست دارو طرح قرار دارد یا خیر.

B3. داروهایی که در لیست دارو نیست

ما تمام داروهای نسخه ای را تحت پوشش قرار نمی‌دهیم. بعضی از داروها در لیست دارو نیست زیرا بر اساس قانون ما مجاز به پوشش آن داروها نیستیم. در برخی از موارد نیز ما تصمیم گرفته ایم که دارویی را در لیست دارو قرار ندهیم. Molina Dual Options هزینه داروهایی که در این قسمت لیست نشده است را پرداخت نخواهد کرد. به این گونه موارد داروهای مستثنی گفته می‌شود. اگر نسخه ای دارید که حاوی یک داروی مستثنی است، باید خود شما هزینه آن را پرداخت کنید. اگر فکر می‌کنید شرایط شما به گونه ای است که ما باید هزینه داروی مستثنی را تحت پوشش قرار دهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید. (به منظور کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 مراجعه کنید).

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

1. پوشش دارویی بیماران سرپایی طرح ما (که شامل بخش D و داروهای Medi-Cal می‌شود) نمی‌تواند هزینه داروهایی را پرداخت کند که در حال حاضر تحت پوشش Medicare بخش A یا بخش B قرار دارد. داروهای Medicare بخش A یا بخش B تحت پوشش رایگان Molina Dual Options است، اما بخشی از مزایای داروی نسخه ای خدمات سرپایی محسوب نمی‌شود.
2. طرح ما نمی‌تواند دارویی که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن خریداری شده است را تحت پوشش قرار دهد.



3. استفاده از این داروها باید توسط سازمان غذا و دارو (FDA) بعضی از مراجع خاص پزشکی برای درمان بیماری مورد تأیید قرار گرفته باشد. پزشک شما ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان بیماری شما مورد تأیید قرار نگرفته باشد. به این موارد، استفاده فاقد تأیید رسمی (off-label) گفته می‌شود. طرح ما معمولاً داروهایی که هنوز موارد کاربریشان تأیید نشده است را تحت پوشش قرار نمی‌دهد.

همچنین بر اساس قانون، داروهای زیر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal قرار نمی‌گیرد.

- داروهای مورد استفاده برای ترغیب باروری
- داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی و آرایشی یا برای تقویت و رشد مو
- داروهای استفاده شده برای مداوای عدم توانایی جنسی یا نعوظی، از قبیل **Viagra®**، **Cialis®**، **Levitra®** و **Caverject®**
- داروهای خدمات سرپایی زمانی که شرکت سازنده دارو تأکید داشته باشد که تست‌ها یا خدمات توسط خود آن‌ها انجام شود.

B4. دسته بندیهای لیست دارو

هر دارویی در لیست داروی ما در یکی از سه (3) دسته‌بندی تعلق می‌گیرد. هر دسته بندی شامل داروهایی است که از یک خانواده می‌باشد (برای مثال، داروهای برند، ژنریک، یا بدون نسخه (OTC)).

- داروهای دسته 1، داروهای ژنریک است. شما هزینه ای برای داروهای دسته 1 پرداخت نمی‌کنید.
- داروهای دسته 2، داروهای برند است شما هزینه ای برای داروهای دسته 2 پرداخت نمی‌کنید.
- داروهای دسته 3، داروهای Non-Medicare Rx/بدون نسخه (OTC) است. شما هزینه ای برای داروهای دسته 3 پرداخت نمی‌کنید.

برای اطلاع درباره دسته‌بندی داروی خود، آن را در لیست دارو جستجو کنید.

در بخش 6 درباره میزان مبلغ پرداختی برای داروهای هر دسته توضیح داده شده است.

C. محدودیت‌های برخی داروها

شرایط و نحوه پوشش بعضی از داروهای نسخه ای خاص در طرح ما مشمول قوانین و محدودیت‌های ویژه ای است. به طور کلی قوانین ما به این جهت تدوین شده است که اطمینان حاصل شود داروی دریافتی برای درمان مشکل پزشکی شما مؤثر، ایمن و کارآمد باشد. چنانچه یک داروی ایمن با هزینه کمتر تأثیری دقیقاً مشابه دارویی گران تر داشته باشد، ما انتظار داریم که ارائه دهنده شما داروی کم هزینه تر را تجویز کند.

اگر قانون خاصی در مورد داروی شما وجود داشته باشد، معمولاً به این معنا است که شما یا ارائه دهنده شما باید مراحل بیشتری را دنبال کنید تا ما آنها را تحت پوشش قرار دهیم. به عنوان مثال، ارائه دهنده شما ابتدا باید روند تشخیص بیماری یا نتایج آزمایش خون شما را به ما اطلاع دهد. اگر شما یا ارائه دهنده تان فکر می‌کنید که قوانین ما نباید در مورد شرایط شما اعمال شود، باید از ما درخواست کنید تا استثنا قائل شویم. ما ممکن است موافقت کنیم که شما بتوانید بدون طی مراحل اضافی از دارویی استفاده کنید یا این که شاید با درخواست استثنای شما موافقت نکنیم.

به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره این موارد استثنا، به بخش 9 مراجعه کنید.

دریافت تأییدیه قبلی (PA) – معیارهای خاصی باید رعایت شود تا دارو تحت پوشش قرار بگیرد. به عنوان مثال، روندهای تشخیص، نتایج آزمایشگاهی، یا دیگر درمان‌های امتحان شده و ناموفق.

درمان مرحله ای (ST) – پیش از استفاده از داروهای پرهزینه‌باید از برخی داروهای مقرون به صرفه ای استفاده شود که تحت پوشش طرح است. به عنوان مثال، برخی داروهای برند تنها در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرد که ابتدا داروهای ژنریک جایگزین آن‌ها امتحان شده باشد.



محدودیت تعداد (QL) – برخی داروها تنها تا حداکثر تعداد خاصی تحت پوشش قرار می‌گیرند. به عنوان مثال، بعضی از داروهایی که از طرف FDA برای مصرف یکبار در روز مورد تأیید قرار گرفته باشند ممکن است تنها به میزان 30 عدد در 30 روز تحت پوشش قرار گیرد

B vs. D - برخی داروها ممکن است، بسته به شرایط، تحت پوشش Medicare بخش D یا بخش B باشد.

1. محدودیت استفاده از داروهای برند هنگامی که داروی ژنریک آن در دسترس است

به طور کلی داروی عمومی عملکردی مشابه داروی برند دارد و ارزان تر است. اگر نوع ژنریک یک داروی برند وجود داشته باشد، داروخانه‌های شبکه ما نوع ژنریک را در اختیار شما قرار می‌دهند.

- در صورت وجود داروی ژنریک، معمولاً ما هزینه داروهای برند را پرداخت نمی‌کنیم.
- اما اگر ارائه دهنده شما به ما اطلاع دهد که به دلایل پزشکی داروی ژنریک و یا داروهای تحت پوشش ما برای درمان بیماری شما موثر نیست، داروهای برند را تحت پوشش قرار می‌دهیم.

2. دریافت تأییدیه قبلی طرح از پیش

برای بعضی از داروها، شما یا پزشک شما پیش از سفارش نسخه باید تأییدیه Molina Dual Options را دریافت کنید. اگر تأییدیه دریافت نکنید، Molina Dual Options ممکن است داروی مورد نظر را تحت پوشش قرار ندهد.

3. ابتدا یک داروی متفاوت را امتحان کنید

به طور کلی ما می‌خواهیم که شما پیش از پوشش دهی داروهایی با هزینه بیشتر، داروی مقرون به صرفه تر (که اغلب کارآیی یکسانی نیز دارد) را امتحان کنید. به عنوان مثال اگر کارآیی هر دو داروی A و B برای درمان مشکل و هزینه داروی A در مقایسه با داروی B کمتر باشد، ممکن است نیاز باشد که ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای درمان شما موثر نباشد، سپس داروی B را تحت پوشش قرار می‌دهیم. به این روش درمان مرحله ای می‌گویند.

4. محدودیت تعداد

برای بعضی از داروها، مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید را محدود کرده ایم. 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.

جهت اطلاع از این که آیا داروی فعلی شما یا دارویی که می‌خواهید مصرف کنید مشمول قوانین فوق می‌شود یا خیر، لیست دارو را بررسی کنید. جهت آگاهی از به روزترین اطلاعات، با خدمات تماس بگیرید یا این که به وب سایت ما به آدرس www.MolinaHealthcare.com/Duals مراجعه کنید.

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

ما تلاش می‌کنیم که پوشش دارویی شما مناسب شرایط شما باشد اما بعضی مواقع ممکن است یک دارو مطابق که انتظار شما تحت پوشش قرار نگیرد. به عنوان مثال:

- دارویی که می‌خواهید مصرف کنید، توسط طرح ما تحت پوشش قرار نگرفته است. داروی موردنظر شما ممکن است در لیست دارو نباشد. ممکن است یک نوع ژنریک این دارو تحت پوشش قرار می‌گیرد اما نوع برند آن تحت پوشش نیست ممکن است دارویی جدید باشد و ما هنوز ایمنی و کارآیی آن را ارزیابی نکرده باشیم.
- ممکن است دارویی تحت پوشش قرار بگیرد اما قوانین و محدودیت‌های خاصی در مورد پوشش دهی آن وجود داشته باشد. همانطور که در قسمت فوق توضیح داده شد، بعضی از داروها تحت پوشش طرح ما قرار می‌گیرد اما قوانین و محدودیت‌های خاصی در مورد استفاده از آن ها اعمال می‌شود. در بعضی مواقع، شما یا تجویز کننده شما ممکن است درخواست اعمال استثنا در یک قانون را داشته باشید.

اگر دارویی طبق انتظار شما تحت پوشش قرار نمی‌گیرد، می‌توانید چند کار انجام دهید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



D1. دریافت ذخیره موقت

بعضی مواقع ما می توانیم موقتاً دارویی که در لیست نیست یا به نوعی محدود شده است را در اختیار شما قرار دهیم. با این کار فرصت خواهید داشت تا در مورد تجویز یک داروی دیگر یا درخواست پوشش دهی آن دارو با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

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

1. دارویی که مصرف می کنید:
 - دیگر در لیست دارو نباشد، یا
 - هرگز در لیست دارویی نبوده، یا
 - اکنون به نحوی محدودیت دارد.
2. شما باید یکی از این شرایط را داشته باشید:
 - سال گذشته عضو طرح درمانی بودید.
 - در طول 90 روز نخست سال تقویمی، ما به صورت موقت داروی شما را تحت پوشش قرار می دهیم.
 - این ذخیره موقت برای حداکثر 60 روز خواهد بود.
 - اگر نسخه شما برای دوره کوتاه تری تجویز شده باشد، می توانید چندین بار نسخه خود را تا حداکثر 60 روز تمدید کنید. باید نسخه را در داروخانه شبکه تهیه کنید.
 - داروخانه‌های خدمات درمانی بلند مدت ممکن است داروی نسخه ای شما را هر بار به مقادیر کم ارائه کنند تا از اتلاف پیشگیری شود.
 - شما تازه عضو طرح درمانی ما شده اید.
 - در طول 90 روز نخست عضویت شما در طرح، ما به صورت موقت دارو را تحت پوشش قرار می دهیم.
 - این دوره موقت ارائه دارو حداکثر برای یک دوره 60 روزه خواهد بود.
 - اگر نسخه شما برای دوره کوتاه تری تجویز شده باشد، می توانید چندین بار نسخه خود را تا حداکثر 60 روز تمدید کنید. باید نسخه را در داروخانه شبکه تهیه کنید.
 - داروخانه‌های خدمات درمانی بلند مدت ممکن است داروی نسخه ای شما را هر بار به مقادیر کم ارائه کنند تا از اتلاف پیشگیری شود.
 - شما برای بیش از 90 روز عضو طرح درمانی بوده اید و در مرکز مراقبت بلند مدت زندگی کرده اید و فوراً به ذخیره نیاز دارید.
 - ما یک ذخیره 31 روزه یا کمتر (اگر نسخه شما برای دوره کوتاه تری تجویز شده باشد) را تحت پوشش قرار می دهیم این ذخیره علاوه بر ذخیره موقت فوق می باشد.
 - اگر در مرکز LTC اقامت دارید و بیش از 90 روز عضو طرح ما بوده اید و به دارویی نیاز دارید که در لیست ما نیست یا مشمول انواع دیگر محدودیت ها یا درمان مرحله ای او یا محدودیت مقدار مصرف است، ما یک دوره موقت و اورژانسی 31 روزه برای آن دارو را تحت پوشش قرار می دهیم (مگر این که مدت زمان کمتری در نسخه مشخص شده باشد)، همچنین می توانید درخواست اعمال استثناء داشته باشید. موارد استثناء هنگامی اعمال می شود که تغییری را در میزان خدمات درمانی دریافتی خود مشاهده کنید که لازم باشد در پی آن از یک مرکز درمانی به یک مرکز دیگر جابجا شوید. در چنین شرایطی، واجد شرایط یک دوره استثنای موقت هستید، حتی اگر 90 روز نخست عضویت شما در طرح ما نباشد. این استثناء فقط ویژه داروهای تحت پوشش Medicare بخش D است و در مورد داروهای تحت پوشش Medi-Cal کاربرد ندارد. لطفاً توجه داشته باشید که سیاست جابجایی ما فقط در مورد داروهای کاربردی دارد که در لیست "داروهای بخش D" قرار دارد و از داروخانه شبکه خریداری شده است. سیاست جابجایی برای خرید داروهایی که در لیست بخش D قرار ندارد یا خرید دارو از ارائه دهنده خارج شبکه اعمال نمی شود، مگر اینکه شما واجد شرایط دسترسی به خارج از شبکه باشید.
 - برای درخواست ذخیره موقت دارو، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعداز ظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



هنگامی که موقتاً دارویی را دریافت می کنید، باید با مشورت با ارائه دهنده خود صحبت کنید و در مورد زمانی که داروی شما به اتمام می رسد تصمیم بگیرید. در اینجا گزینه هایی در اختیار شما قرار داده می شود:

- می توانید از یک داروی دیگر استفاده کنید.

ممکن است داروی متفاوتی در طرح ما پوشش داده می شود که برای درمان مشکل پزشکی شما مؤثر باشد. می توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید لیست داروهای تحت پوشش که جهت درمان پزشکی شما استفاده می شود را در اختیار شما قرار دهند این لیست به ارائه دهنده شما کمک می کند دارویی را پیدا کند که برای درمان بیماری شما کاربرد دارد.

یا

- می توانید درخواست اعمال یک مورد استثنا را داشته باشید.

شما و ارائه دهنده شما می توانید از ما درخواست اعمال استثناء داشته باشید. به عنوان مثال، می توانید از ما بخواهید دارویی را تحت پوشش قرار دهیم حتی اگر این دارو در لیست دارو نباشد. یا می توانید از ما درخواست کنید تا دارو را بدون محدودیت تحت پوشش قرار دهیم. اگر ارائه دهنده شما دلایل پزشکی قابل قبولی برای اعمال موارد استثنا داشته باشد، می توانید با درخواست از ما به شما کمک کنند.

اگر دارویی که مصرف می کنید از لیست دارو برداشته شود یا محدودیتی برای سال بعد در مورد آن اعمال شود، می توانید پیش از سال بعد درخواست اعمال استثنا داشته باشید.

- ما تغییرات ایجاد شده در پوشش دارویی سال بعد را به شما اطلاع خواهیم داد. می توانید از ما درخواست کنید تا استثناء قائل شویم و داروی مورد نظر شما را برای سال بعد تحت پوشش قرار دهیم.

- ما طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما (یا اظهاریه تجویز کننده شما)، تصمیم خود را اعلام خواهیم کرد.

به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست اعمال استثنا، به بخش 9 مراجعه کنید.

اگر برای درخواست اعمال استثنا به کمک نیاز دارید، می توانید با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

E. تغییرات در پوشش داروهای شما

اکثر تغییرات در پوشش دارویی در 1 ژانویه اعمال می شود. اما امکان دارد در طول سال داروهایی به لیست دارو اضافه یا از آن حذف شود ممکن است ما قوانین مربوط به دارو را نیز تغییر دهیم. به عنوان مثال، ممکن است:

- دریافت تأییدیه قبلی برای دارو را ضروری یا غیرضروری بدانیم. (تأییدیه به مجوزی گفته می شود که باید Molina Dual Options صادر کند تا بتوانید داروی مورد نظر را دریافت کنید.)

- افزودن یا تغییر مقدار دارویی که دریافت می کنید ("محدودیت تعداد").

- محدودیت های درمان مرحله ای دارو را اضافه یا تغییر دهید. (درمان مرحله ای یعنی پیش از اینکه ما دارویی را تحت پوشش قرار دهیم شما باید داروی دیگری را مورد استفاده قرار دهید.)

به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد این مقررات دارویی، به بخش C در این فصل مراجعه کنید.

اگر دارویی را مصرف می کنید که در اوایل سال تحت پوشش قرار گرفته است، ما معمولاً پوشش آن دارو در طول مابقی سال را حذف نکرده یا تغییر نمی دهیم، مگر اینکه:

- دارویی جدید و ارزان تر با تأثیری مشابه داروی موجود در فهرست دارو به بازار عرضه شود، یا

- ما تشخیص دهیم که دارو ایمن نیست، یا

- دارو از بازار جمع آوری شود.



جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه در هنگام تغییر لیست دارو چه اتفاقی می افتد، همیشه می توانید:

- به لیست داروی به روز آنلاین ما به آدرس www.MolinaHealthcare.com/Duals مراجعه کنید یا
- با خدمات اعضا به شماره زیر تماس بگیرید و در مورد لیست داروی فعلی سؤال کنید (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.

برخی تغییرات در لیست دارو فوراً اعمال می شود. به عنوان مثال:

- زمانی که یک دارو ژنریک جدید در دسترس قرار می گیرد. بعضی مواقع داروی ژنریک جدیدی به بازار عرضه می شود که تأثیر آن مشابه یک داروی برند موجود در لیست دارو است. در چنین مواقعی، ما ممکن است داروی برند را حذف و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما شما نباید برای داروی جدید هزینه اضافه ای پرداخت کنید
 - هنگامیکه یک داروی ژنریک جدید را اضافه می کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی برند 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 که اعمال شده است را برای شما ارسال خواهیم کرد.
 - شما یا ارائه دهنده شما می توانید برای "استثنا" از این تغییرات درخواست کنید. ما اطلاعات مربوط به اقدامات مورد نیاز جهت درخواست استثنا را برای شما ارسال خواهیم کرد. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره اعمال استثنا، به فصل 9 این دفترچه مراجعه کنید.
 - دارو از بازار جمع آوری شده است. چنانچه سازمان غذا و دارو (FDA) اعلام کند داروی مصرفی شما ایمن نیست یا تولید کننده دارو آن را از بازار جمع آوری کند، آن دارو از لیست دارو حذف خواهد شد. اگر این دارو را مصرف می کنید، به شما اطلاع خواهیم داد. در صورت دریافت نامه در این مورد، با پزشک تجویز کننده خود تماس بگیرید.
- ما ممکن است تغییرات دیگری را ایجاد کنیم که بر روی داروی مصرفی شما تأثیر داشته باشد.**
- ما از پیش در مورد این تغییرات دیگر در لیست دارو به شما اطلاع خواهیم داد. این تغییرات ممکن است در صورتی پیش بیاید که:
- FDA رهنمود جدیدی را ارائه کند یا رهنمودهای بالینی جدیدی در مورد دارو وجود داشته باشد.
 - ما داروی ژنریکی که در بازار جدید است را اضافه کنیم و
 - یک داروی برند موجود در جایگزین کنیم یا
 - مقررات یا محدودیت‌های پوشش مربوط به داروی برند را تغییر دهیم.
- در صورت بروز این تغییرات:
- حداقل 30 روز پیش از ایجاد تغییر در لیست دارو، شما را از این امر مطلع کنیم یا
 - پس از درخواست تمدید نسخه، به شما اطلاع داده می شود و، هنگامی که مجدداً برای دریافت دارو اقدام می کنید، ذخیره 30 روز را در اختیار شما قرار می دهیم.
- به این ترتیب شما فرصت خواهید داشت با پزشک خود یا تجویزکننده دیگری صحبت کنید. آنها می‌توانند در تصمیم گیری به شما کمک کنند:
- آیا داروی مشابهی در لیست دارو وجود دارد که بتوانید به جای آن مصرف کنید یا
 - آیا جهت استثنا از این تغییرات درخواست کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره این موارد استثنا، به بخش 9 مراجعه کنید.
- ممکن است تغییراتی که داروهای مصرفی شما اعمال می شود در وضعیت کنونی شما تأثیری نداشته باشد.** اگر داروی مصرفی شما در اوایل سال تحت پوشش بوده است، معمولاً پوشش آن دارو در طول مابقی سال متوقف یا تغییر داده نخواهد شد.
- به عنوان مثال، اگر دارویی که در حال حاضر مصرف می کنید را از لیست دارو حذف کنیم یا اگر استفاده آن را محدود کنیم، این تغییر بر استفاده شما از دارو در ادامه سال تأثیری نمی گذارد.



F. پوشش دارویی در شرایط خاص

F1. اگر در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه ای تحت پوشش طرح ما هستید

اگر در بیمارستان یا در مرکز پرستاری حرفه ای تحت پوشش طرح ما بستری هستید ما معمولاً هزینه داروهای نسخه ای شما طی مدتی که بستری هستید را پرداخت می کنیم. نیازی به پرداخت حق فرانشیز از طرف شما نیست. پس از اینکه از بیمارستان یا مرکز نگهداری مرخص شدید، تا زمانی که داروهای تجویزی شما تابع کلیه قوانین مربوط به پوشش دهی طرح ما باشد همچنان آن دارو را تحت پوشش قرار می دهیم.

F2. اگر در مرکز مراقبت بلند مدت هستید

معمولاً یک مرکز مراقبت بلند مدت مانند خانه سالمندان دارای داروخانه مخصوص به خود یا داروخانه ای است که داروهای افراد ساکن در مرکز را ارائه می کند. اگر در یک مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید که داروخانه آن داخل شبکه ما می باشد، ممکن است بتوانید داروهای نسخه ای خود را از طریق داروخانه آن مرکز تهیه کنید.

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

F3. اگر در یک طرح آسایشگاه بیماران لاعلاج مورد تأیید Medicare اقامت دارید

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

- اگر در یکی از آسایشگاه های Medicare ثبت نام کرده اید و نیاز به مسکن، داروی ضد تهوع، ملین، یا داروی ضد اضطراب دارید که به دلیل عدم ارتباط آن با بیماری لاعلاج شما و مشکلات مرتبط به آن تحت پوشش قرار نمی گیرد، تجویزکننده و یا ارائه دهنده خدمات آسایشگاهی شما باید به ما اطلاع دهد که داروی مربوطه ارتباطی با بیماری شما ندارد تا ما بتوانیم آن را تحت پوشش قرار دهیم.

- جهت پیشگیری از هرگونه تأخیری در دریافت داروهای نامرتب که باید تحت پوشش طرح ما قرار بگیرد، پیش از اقدام به تهیه داروی نسخه ای خود داروخانه می توانید از ارائه دهنده خدمات آسایشگاهی یا تجویزکننده خود درخواست کنید اطمینان حاصل کند ما از عدم ارتباط دارو با بیماری شما مطلع هستیم.

اگر آسایشگاه را ترک کنید، طرح ما باید کلیه داروهای شما را تحت پوشش قرار دهد. پس از پایان مزیت آسایشگاه Medicare، جهت پیشگیری از هرگونه تأخیری در داروخانه باید مدرک ترک آسایشگاه را در داروخانه همراه خود داشته باشید. اطلاعات مربوط به قوانین دریافت پوشش دارویی بخش D به بخش های پیشین این فصل مراجعه کنید.

به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره مزیت آسایشگاه، به بخش 4 مراجعه کنید.

G. طرح های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها

G1. طرح هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها

هر بار که جهت دریافت داروی نسخه ای خود اقدام می کنید، ما مشکلات احتمالی از قبیل اشتباهات دارویی را بررسی می کنیم زیرا :

- ممکن است به علت مصرف یک داروی مشابه دیگر نیازی به مصرف داروی مذکور نباشد
- ممکن است دارویی برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشد
- ممکن است مصرف همزمان برخی داروها به شما آسیب برسانند



- برخی داروها دارای ترکیباتی است که شما به آنها حساسیت دارید یا ممکن است داشته باشید
 - مقادیر خطرناکی از داروهای مسکن درد حاوی مواد مخدر داشته باشید
- اگر متوجه یک مشکل احتمالی در استفاده شما از داروهای نسخه ای شویم، جهت تصحیح مشکل با ارائه دهنده شما همکاری خواهیم کرد.

G2. طرح هایی برای کمک به مدیریت داروها توسط اعضا

در صورت مصرف دارو برای مشکلات پزشکی مختلف و/یا اگر در یک طرح Drug Management هستید تا به شما در استفاده ایمن از داروهای مخدر کمک شود، ممکن است برای بدون پرداخت هیچگونه هزینه ای واجد شرایط دریافت خدمات از طریق طرح مدیریت دارو درمانی (MTM) باشید. این طرح به شما و ارائه دهنده شما کمک می کند تا مطمئن شوید داروهای شما در بهبود سلامتی شما موثر است. یک داروساز یا متخصص بهداشت کلیه داروهای شما را به طور جامع مورد بررسی قرار خواهد داد و با شما در مورد موارد زیر گفتگو خواهد کرد:

- نحوه بهره گرفتن هرچه بیشتر از داروهایی که مصرف می کنید
- هرگونه نگرانی شما، از جمله هزینه داروها یا واکنش داروها
- بهترین نحوه مصرف داروها
- هرگونه پرسش یا مشکل شما در رابطه با داروهای نسخه ای یا بدون نسخه

شما یک خلاصه کتبی از این گفتگو را دریافت خواهید کرد. این خلاصه شامل یک طرح عملیاتی دارو است که به شما توصیه می کند چگونه می توانید بهترین بهره را از داروهای خود ببرید. همچنین لیستی از داروهای شخصی را دریافت خواهید کرد که شامل کلیه داروهای مصرفی شما و دلیل مصرف آن ها است. همچنین شامل اطلاعاتی درباره این است که چگونه داروهای نسخه ای تحت کنترل را به طور ایمن دور بریزید.

توصیه می شود بررسی دارویی خود را پیش از ویزیت سالانه "سلامت" خود انجام دهید تا بتوانید با پزشک خود در مورد طرح عملیاتی و لیست داروهای خود گفتگو کنید. هنگام مراجعه برای ویزیت گفتگو با پزشکان، داروسازان یا دیگر ارائه دهندگان خدمات درمانی حتماً طرح عملیاتی و لیست داروهای خود را همراه داشته باشید. همچنین لیست داروهای خود را در هنگام مراجعه به بیمارستان یا اتاق اورژانس به همراه داشته باشید.

شرکت در طرح های مدیریت دارو درمانی، اختیاری است و اعضای واجد شرایط به صورت رایگان از آن برخوردار می شوند. اگر طرح ای داشته باشیم که منطبق بر نیازهای شما باشد، شما را در آن طرح ثبت نام و اطلاعات مربوطه را برای شما ارسال می کنیم. اگر مایل به عضویت در طرح نیستید، لطفاً به ما اطلاع دهید و ما عضویت شما در طرح را لغو می کنیم. اگر پرسشی درباره این طرح ها دارید، لطفاً با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

G3. طرح مدیریت دارویی برای کمک به اعضا جهت مصرف ایمن داروهای اپیونید

Molina Dual Options طرحی دارد که به اعضا کمک می کند داروهای اپیونید یا سایر داروهایی که غالباً مورد سوء مصرف قرار می گیرد را به صورت ایمن مورد مصرف قرار دهند. این طرح، مدیریت دارویی (DMP) خوانده می شود.

اگر داروهای اپیونیدی مصرفی خود را از چندین پزشک یا داروخانه دریافت می کنید یا اگر اخیراً مصرف اپیونید شما بیش از دوز ایمن بوده است، ما می توانیم با پزشک شما گفتگو کنیم تا مطمئن شویم که داروی اپیونید مصرفی شما از نظر پزشکی ضروری و برای شما مناسب است. اگر با همکاری پزشک شما به این نتیجه رسیدیم که استفاده شما از داروی اپیونید یا بنزودیازپین نسخه ای ایمن نیست، ممکن است میزان مصرف این داروها را برای شما محدود کنیم. محدودیت ها شامل موارد زیر می شود:

- الزام به این که کلیه نسخه های داروهای مزبور را از یک داروخانه خاص و/یا از یک پزشک خاص دریافت کنید.
- محدودیت مقدار داروهایی که برای شما پوشش خواهیم داد.

اگر به این نتیجه برسیم که لازم است یک یا چندین محدودیت برای شما اعمال شود، از پیش برای شما نامه ای ارسال خواهیم کرد. این نامه محدودیت هایی که فکر می کنیم باید اعمال شود را توضیح خواهد داد



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

اگر فکر می کنید که ما اشتباه کرده ایم، مخالف این مسئله هستید که به خاطر سوء مصرف داروی نسخه ای سلامت شما در معرض خطر است، یا اگر با محدودیت اعمال شده مخالف هستید، شما یا تجویز کننده شما می توانید درخواست تجدید نظر ارائه کنید. اگر درخواست تجدید نظر بدهید، ما پرونده شما را بررسی می کنیم و تصمیم نهایی را به شما اطلاع خواهیم داد. اگر ما همچنان از پذیرش هر بخشی از درخواست تجدید نظر شما در مورد محدودیت های اعمال شده در مورد دسترسی شما به داروها امتناع کنیم، به صورت خودکار پرونده خود را به "واحد بررسی مستقل" (IRE) ارسال می کنیم. (جهت اطلاع درباره نحوه درخواست تجدید نظر و همچنین IRE، به فصل 9 مراجعه کنید.)

DMP ممکن است در موارد زیر به شما مربوط نشود:

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



فصل 6: چه هزینه ای برای داروهای نسخه ای Medicare و Medi-Cal پرداخت می کنید

معرفی

در این بخش درباره هزینه ای که برای داروهای نسخه ای خدمات سرپایی پرداخت می کنید اطلاعاتی به شما داده می شود. منظور ما از "دارو" موارد زیر است:

- داروهای نسخه ای Medicare بخش D و
 - داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal، و
 - داروها و اقلام تحت پوشش طرح درمانی که به عنوان مزایای اضافی از آن بهره مند هستید
- به دلیل اینکه شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، شما "کمک اضافی" از Medicare دریافت می کنید تا در پرداخت هزینه داروهای نسخه ای بخش Medicare D به شما کمک شود.

کمک اضافی یک طرح Medicare می باشد که به اشخاصی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می کند هزینه داروهای نسخه ای Medicare بخش D از قبیل حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه شده را کاهش دهند. کمک اضافی "پارانه کم درآمدی" یا "LIS" نیز خوانده می شود.

عبارات کلیدی دیگر و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده است. جهت اطلاع درباره داروهای نسخه ای، می توانید به این قسمت ها مراجعه کنید:

- لیست داروهای تحت پوشش ما.
 - ما به این لیست، "لیست دارو" می گوئیم. در آن اطلاعات زیر داده شده است:
 - ما هزینه چه داروهایی را پرداخت می کنیم
 - هریک از داروها در کدامیک از این سه (3) دسته بندی دارویی قرار می گیرد
 - آیا محدودیتی در مورد داروها وجود دارد
 - اگر به یک نسخه از لیست دارو نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. لیست دارو در وب سایت ما به آدرس www.MolinaHealthcare.com/Duals موجود است. لیست دارو در وب سایت همیشه به روز ترین است.
- فصل 5 این دفترچه راهنمای اعضا.
 - در بخش 5 درباره نحوه دریافت داروهای نسخه ای خدمات سرپایی در طرح ما توضیح داده شده است.
 - این دفترچه راهنما شامل قوانینی است که لازم است از آن ها پیروی کنید. همچنین درباره انواع داروهای نسخه ای که در طرح ما پوشش داده نمی شود، اطلاعاتی ارائه شده است.
- فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های ما.
 - در اکثر مواقع باید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید تا داروهای تحت پوشش را دریافت نمایید. داروخانه های شبکه، داروخانه هایی هستند که برای همکاری با ما موافقت کرده اند.
 - در فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها، لیستی از داروخانه های شبکه ارائه شده است. می توانید اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه های شبکه را در فصل 5 مطالعه کنید.



فهرست مطالب

99.....	A. توصیف مزایا (EOB).....
99.....	B. نحوه پیگیری حساب هزینه‌های دارویی شما.....
100.....	C. دریافت ذخیره دارویی یک ماهه یا بلند مدت برای شما هزینه‌ای ندارد.....
100.....	C1. دسته‌بندی‌های ما.....
100.....	C2. انتخاب داروخانه.....
101.....	C3. دریافت ذخیره دارویی بلند مدت.....
101.....	C4. آنچه شما پرداخت می‌کنید.....
101.....	D. واکسیناسیون.....
102.....	D1. پیش از واکسیناسیون لازم است از چه موضوعی آگاه باشید.....



A. توصیف مزایا (EOB)

طرح درمانی ما اطلاعات مربوط به حساب داروهای نسخه ای شما را ثبت می کند. ما دو نوع هزینه را پیگیری می کنیم:

- **هزینه های مشارکتی اعضا**. این هزینه ها شامل مبلغ پرداختی توسط شما یا سایرین برای نسخه های شما است.
- **کل هزینه های دارویی شما**. این هزینه ها شامل مجموع مبلغ پرداختی توسط شما یا سایرین برای نسخه های و مبلغ پرداختی توسط ما است.

هنگامی که داروهای نسخه ای را از طریق طرح ما دریافت می کنید، ما یک خلاصه به نام **توصیف مزایا** برای شما ارسال خواهیم کرد. ما به اختصار به آن **EOB** می گوئیم. در **EOB** اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می کنید ارائه شده است. **EOB** شامل موارد زیر است:

- **اطلاعات برای ماه**. در این خلاصه عنوان شده است که چه داروهای نسخه ای را دریافت کرده اید. کل هزینه داروها، مبلغ پرداختی توسط ما و مبلغ پرداختی توسط شما یا سایرین در آن نشان داده می شود.
- **اطلاعات "سال جاری تا امروز"**. این مبلغ شامل کل هزینه داروهای شما و مجموع پرداخت ها از 1 ژانویه است.
- **اطلاعات قیمت دارو** این اطلاعات شامل قیمت کل دارو و درصد تغییر قیمت دارو از اولین تجویز است.
- **گزینه های کم هزینه** در صورت موجود بودن، آنها در خلاصه داروهای فعلی شما ظاهر می شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با پزشک خود صحبت کنید.

ما داروهایی را تحت پوشش قرار می دهیم که توسط **Medicare** تحت پوشش قرار نمی گیرد.

- **مبالغ پرداختی برای این داروها** در مقدار کل هزینه سهم مشارکت استفاده کننده از خدمات درمانی منظور خواهد شد.
- **به منظور اطلاع از اینکه کدام داروها در طرح ما پوشش داده می شود**، به لیست دارو مراجعه کنید.

B. نحوه پیگیری حساب هزینه های دارویی شما

جهت پیگیری هزینه داروها و پرداخت هایی که انجام می دهید، ما از سوابق دریافتی از شما و داروخانه استفاده می کنیم. در اینجا عنوان شده است که چطور می توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضویت استفاده کنید.

هر بار که نسخه ای را درخواست می کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید. با این کار به ما کمک می شود بدانیم که چه نسخه هایی را درخواست می کنید و چه مبلغی را می پردازید.

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

کپی رسیدهای مبالغ پرداختی برای داروهای خود را در اختیار ما قرار دهید. شما می توانید از ما درخواست کنید سهم خود از مبلغ پرداختی برای دارو را 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 می کنید یا از کارت تخفیفی استفاده می کنید که بخشی از مزایای طرح ما نیست
 - هنگامی که هزینه فرانشیز را برای داروهایی پرداخت می کنید که تحت طرح امداد بیمار از سوی تولید کننده دارو دریافت می کنید
 - هنگامی که داروهای تحت پوشش را از داروخانه ای که تحت پوشش نیست خریداری می کنید
 - هنگامی که هزینه کامل داروی تحت پوشش را پرداخت می کنید
- به منظور اطلاع درباره نحوه درخواست بازپرداخت هزینه دارو از ما، به بخش 7 مراجعه کنید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



3. اطلاعات مربوط به مبالغی که سایرین از جانب شما پرداخت می کنند را برای ما ارسال کنید.

مبالغ پرداختی توسط بعضی از افراد خاص و سازمان ها نیز به عنوان بخشی از سهم مشارکت استفاده کننده از خدمات درمانی لحاظ می شود. برای مثال، مبالغی که توسط طرح امداد دارویی ایدز، خدمات بهداشتی سرخپوستان و بیشتر خیریه ها پرداخت شود به عنوان سهم مشارکت شما محسوب می شود.

4. گزارش EOB که برای شما ارسال می کنیم را مطالعه کنید

وقتی EOB را از طریق پستی دریافت کردید، لطفاً از کامل و صحیح بودن آن اطمینان حاصل کنید. اگر فکر می کنید که موردی اشتباه یا ناقص است یا اگر سؤالی داشتید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. این EOB ها را نزد خود نگهدارید. این گزارش ها سوابق مهمی از هزینه های دارویی شما است.

C. دریافت ذخیره دارویی یک ماهه یا بلند مدت برای شما هزینه ای ندارد

با Molina Dual Options، تا زمانی که قوانین طرح را دنبال کنید، هیچ هزینه ای برای داروهای تحت پوشش پرداخت نخواهید کرد.

C1. دسته بندی های ما

دسته بندی ها به گروه های دارویی در لیست داروی ما اطلاق می شود هر دارویی در لیست داروهای طرح در یکی از سه (3) دسته بندی قرار می گیرد. در شما نیازی به پرداخت فرانشیز برای داروهای نسخه ای یا داروهای OTC موجود در لیست داروی Molina Dual Options ندارید. جهت اطلاع از دسته بندی داروهای خود، می توانید به لیست دارو مراجعه کنید.

- داروهای دسته 1، داروهای ژنریک است. شما هزینه ای برای داروهای دسته 1 پرداخت نمی کنید.
- داروهای دسته 2، داروهای برند است شما هزینه ای برای داروهای دسته 2 پرداخت نمی کنید.
- داروهای دسته 3، داروهای Non-Medicare Rx/بدون نسخه (OTC) است. شما هزینه ای برای داروهای دسته 3 پرداخت نمی کنید.

C2. انتخاب داروخانه

مبلغ پرداختی توسط شما برای داروها به این امر بستگی دارد که آیا دارو را از مکان های زیر دریافت کرده اید یا خیر:

- داروخانه شبکه، یا
- داروخانه خارج از شبکه.

در موارد محدود، ما هزینه داروهای نسخه ای که از داروخانه های خارج از شبکه تهیه شده است را تحت پوشش قرار می دهیم. به منظور کسب اطلاعات در این مورد به فصل 5 مراجعه کنید.

به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره این انتخاب های داروخانه، به فصل 5 در این دفترچه مراجعه کنید و فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های ما را بررسی کنید.



C3. دریافت ذخیره دارویی بلند مدت

برای برخی داروهای نسخه ای، می توانید ذخیره بلند مدت درخواست کنید ("ذخیره تمدید یافته" نیز خوانده می شود). ذخیره بلند مدت داروها حداکثر 90 روزه است. دریافت ذخیره دارویی بلند مدت هزینه ای برای شما به همراه نخواهد داشت.

به منظور اطلاع از جزئیات درباره مکان و نحوه دریافت ذخیره دارویی بلند مدت، به بخش 5 یا به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها مراجعه کنید.

C4. آنچه شما پرداخت می کنید

داروخانه خارج از شبکه ارائه ذخیره حداکثر 31 روزه پوشش دهی محدود به برخی موارد خاص است. به منظور اطلاع از جزئیات به فصل 5 مراجعه کنید.	داروخانه مرکز مراقبت بلند مدت شبکه ارائه ذخیره حداکثر 31 روزه	خدمات ارسال دارو از طریق پست ارائه ذخیره یک ماهه تا حداکثر 90 روز	داروخانه شبکه ارائه ذخیره یک ماهه تا حداکثر 90 روز	
\$0	\$0	\$0	\$0	دسته 1 پرداخت مشارکتی (داروهای تزریقی)
\$0	\$0	\$0	\$0	دسته 2 پرداخت مشارکتی (داروهای برند)
\$0	\$0	\$0	\$0	دسته 3 پرداخت مشارکتی (داروهای نسخه ای خارج از Medicare / بدون نسخه (OTC))

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره این که از چه داروخانه هایی می توانید ذخیره دارویی بلند مدت داروها دریافت کنید، به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های طرح مراجعه کنید.

D. واکسیناسیون

ما واکسن های بخش D از Medicare را تحت پوشش قرار می دهیم. دو بخش برای پوشش دهی واکسن های بخش D از Medicare وجود دارد.

1. نخستین بخش، پوشش دهی شامل هزینه مربوط به واکسن . واکسن یک داروی نسخه ای است.
2. دومین بخش پوشش دهی شامل هزینه تزریق واکسن است. به عنوان مثال، ممکن است گاهی اوقات واکسن پزشک شما تزریق شود.



D1. پیش از واکسیناسیون لازم است از چه موضوعی آگاه باشید

توصیه می کنیم پیش از هر واکسیناسیون ابتدا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- ما اطلاعات مربوط به نحوه پوشش دهی واکسیناسیون شما را به شما اطلاع می دهیم.
- همچنین می توانیم به شما راهنمایی کنیم که با استفاده از ارائه دهندگان و داروخانه های شبکه ما، هزینه کمتری بپردازید. داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند که برای همکاری با ما موافقت کرده است. ارائه دهنده شبکه، ارائه دهنده ای است که با طرح درمانی همکاری می کند. ارائه دهنده شبکه باید با Molina Dual Options همکاری داشته باشد و اطمینان حاصل کند که شما هیچ هزینه ای برای واکسن های بخش D پرداخت نکنید.



فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورتحساب دریافتی برای خدمات یا داروهای تحت پوشش

معرفی

این فصل اطلاعاتی را در مورد نحوه و زمان ارسال صورتحساب برای ما جهت درخواست پرداخت هزینه در اختیار شما قرار می دهد. همچنین نحوه درخواست تجدیدنظر را در صورتیکه با تصمیم پوششی ما موافق نباشید به شما اطلاع می دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده است

فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما.....107
- B. ارسال درخواست برای پرداخت.....108
- C. تصمیم گیری درباره پوشش دهی.....109
- D. درخواست تجدید نظر.....109



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

ارائه دهندگان شبکه ما باید صورتحساب مربوط به خدمات و داروهای تحت پوششی که دریافت کرده اید را برای طرح ارسال کنند. ارائه دهنده شبکه، ارائه دهنده ای است که با طرح درمانی همکاری می کند.

اگر صورتحسابی برای خدمات مراقبت بهداشتی یا داروها دریافت کردید، آن را برای ما ارسال کنید. به منظور اطلاع از نحوه ارسال صورتحساب، به صفحه 146 مراجعه کنید.

- هزینه خدمات یا داروهای تحت پوشش مستقیماً به ارائه دهنده پرداخت خواهد شد.
 - اگر صورتحساب خدمات یا داروهای تحت پوشش را پرداخت کرده اید، بازپرداخت حق شماست.
 - اگر خدمات یا داروهای تحت پوشش نباشد، این امر را به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر سوالی داشتید با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید. در صورتی که نمی دانید با صورت حساب دریافتی چه کار کنید، ما می توانیم به شما کمک کنیم. همچنین چنانچه مایلید اطلاعاتی درباره درخواست برای بازپرداخت هزینه ای که ما ارسال کرده اید در اختیار ما قرار دهید، می توانید با ما تماس بگیرید.

در اینجا نمونه هایی از شرایطی عنوان شده است که می توانید از ما درخواست بازپرداخت یا پرداخت صورتحساب را داشته باشید:

1. هنگامی که خدمات مراقبت بهداشتی مورد نیاز و خدمات اورژانسی خود را از یک ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت می کنید

باید از ارائه دهنده درخواست کنید تا صورتحساب را برای ما ارسال کند.

- اگر هزینه کامل را در زمان دریافت این خدمات پرداخت کرده اید، از ما درخواست کنید تا هزینه را به شما عودت دهیم. صورتحساب و مدرک مربوط به هرگونه پرداختی که انجام داده اید را برای ما ارسال کنید.
- ممکن است صورتحسابی از طرف ارائه دهنده دریافت کنید که از نظر شما نباید پرداخت شود. صورتحساب و مدرک مربوط به هرگونه پرداختی که انجام داده اید را برای ما ارسال کنید.
 - اگر لازم باشد که هزینه ارائه دهنده را پرداخت کنید، ما مستقیماً هزینه را به او پرداخت خواهیم کرد.
 - در صورتی که هزینه خدمات خود را پرداخت کرده اید ما مبلغ مزبور را به شما عودت می دهیم.

2. هنگامی که یک ارائه دهنده برای شما صورتحساب ارسال می کند

ارائه دهندگان شبکه باید همیشه صورتحساب را برای ما ارسال کنند. کارت شناسایی عضویت Molina Dual Options خود را در هنگام دریافت هرگونه خدمات یا داروها نشان دهید. صدور صورتحساب بی مورد/نامناسب موقعیتی می باشد که ارائه دهنده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ سهم مشارکتی طرح برای خدمات از شما مطالبه می کند. در صورت دریافت هرگونه صورتحسابی، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- Molina Dual Options کل هزینه خدمات را پرداخت می کند، بنابراین شما مسئول پرداختی هیچ هزینه ای نیستید. ارائه دهندگان نباید برای این خدمات از شما مبلغی را مطالبه کنند.
- در صورت دریافت صورت حساب از یک ارائه دهنده شبکه، آن را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه دهنده تماس می گیریم و این مشکل را بررسی می کنیم.
- در صورتی که مبلغ صورتحساب دریافتی یک ارائه دهنده شبکه را پرداخت کرده اید، آن صورتحساب و مدرک هرگونه مبلغ پرداختی را برای ما ارسال کنید. ما هزینه خدمات تحت پوشش را به شما عودت خواهیم داد.



3. هنگامی که داروی نسخه ای خود را از داروخانه خارج از شبکه تهیه می کنید

اگر از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، باید هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید.

- فقط در مواردی محدود، ما داروهایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده است را تحت پوشش قرار می‌دهیم. هرگاه از ما درخواست برگشت هزینه را می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید.
- به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به فصل 5 مراجعه کنید.

4. هنگامی که هزینه کامل نسخه ها را پرداخت می کنید به دلیل اینکه کارت شناسایی عضویت را با خود به همراه ندارید

اگر کارت شناسایی عضویت را با خود به همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه درخواست کنید تا با ما تماس بگیرد یا اطلاعات عضویت شما در طرح را بررسی کند.

- اگر داروخانه نتواند اطلاعات مورد نیاز را در آن لحظه دریافت کند، ممکن است ناچار شوید کل هزینه نسخه را پرداخت کنید.
- هرگاه از ما درخواست برگشت هزینه را می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید.

5. هنگامی که کل هزینه نسخه را برای دارویی پرداخت می کنید که تحت پوشش نیست

ممکن است ناچار شوید کل هزینه نسخه خود را بپردازید زیرا داروی مزبور تحت پوشش طرح ما نیست.

- ممکن است دارو در لیست داروهای تحت پوشش ما (لیست داروها) نباشد یا اینکه شرایط یا محدودیتی باشد که درباره آن اطلاعاتی نداشته‌اید یا فکر می‌کردید که در مورد شما کاربرد دارد. اگر تصمیم بگیرید که داروی مزبور را دریافت کنید، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل آن را پرداخت کنید.

○ در صورتی که هزینه دارو را پرداخت نکنید اما فکر کنید که باید تحت پوشش باشد، می‌توانید یک درخواست پوشش دهی بدهید (به بخش 9 مراجعه کنید).

○ در صورتی که شما و پزشک شما یا دیگر تجویز کنندگان فکر می‌کنید که نیاز شما به دارو فوری است، می‌توانید درخواست یک تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش دهی دارو داشته باشید (به بخش 9 مراجعه کنید).

- هرگاه از ما درخواست برگشت هزینه را می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید. در برخی شرایط ممکن است ما نیاز به اطلاعات بیشتری از جانب پزشک یا دیگر تجویزکنندگان داشته باشیم تا بتوانیم هزینه داروی موردنظر را عودت دهیم.

هنگامی که درخواست پرداخت هزینه را برای ما ارسال می‌کنید، ما درخواست شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا داروی مزبور باید تحت پوشش قرار بگیرد یا خیر. به این امر "تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی" گفته می‌شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا داروی مزبور پوشش داده شود، هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر درخواست شما برای پرداخت را رد کنیم، می‌توانیم درخواست تجدیدنظر برای ما ارسال کنید.

به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه درخواست تجدیدنظر، به بخش 9 مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست برای پرداخت

صورت‌حساب و مدرک مربوط به هرگونه مبلغ پرداختی را برای ما ارسال کنید. مدرک پرداخت می‌تواند یک کپی از چک پرداخت هزینه یا رسید از طرف ارائه دهنده باشد. توصیه می‌شود کپی صورت‌حساب و رسیدها را نزد خود نگه دارید می‌توانید از مدیر پرونده خود، درخواست راهنمایی داشته باشید.

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

برای خدمات پزشکی:

Molina Dual Options
Attn: خدمات اعضای Molina Dual Options
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر



برای خدمات بخش D (Rx):

Molina Dual Options
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

شما 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. تصمیم گیری درباره پوشش دهی

هنگامی که درخواست شما برای پرداخت را دریافت کردیم، درباره پوشش دهی تصمیم اتخاذ می کنیم. این امر بدان معنا است که ما تصمیم می گیریم آیا خدمات بهداشت مراقبتی یا داروهای شما توسط طرح ما تحت پوشش قرار می گیرد یا خیر. همچنین درباره مبلغی (در صورت وجود) که باید برای خدمات بهداشتی یا داروی شما پرداخت کنیم، تصمیم گیری خواهیم کرد.

- اگر به اطلاعات بیشتری از جانب شما نیاز داشته باشیم، به شما اطلاع می دهیم.
- اگر تصمیم بگیریم که خدمات مراقبت بهداشتی یا داروی شما تحت پوشش قرار بگیرد و شما کلیه قوانین موجود برای دریافت این خدمات را رعایت کرده باشید، هزینه آن خدمات پرداخت خواهد شد. اگر از پیش هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، یک چک برای هزینه‌های پرداختی توسط شما برای شما پست خواهیم کرد. اگر هزینه خدمات یا داروها را هنوز پرداخت نکرده اید، ما مستقیماً این مبلغ را به ارائه دهنده پرداخت خواهیم کرد.
- در بخش 3 درباره قوانین مربوط به دریافت خدمات تحت پوشش توضیح داده شده است. در بخش 5 درباره قوانین مربوط به دریافت داروهای نسخه ای تحت پوشش در بخش D از Medicare توضیح داده شده است.
- اگر تصمیم بگیریم که هزینه خدمات یا دارو را پرداخت نکنیم، یک نامه برای شما ارسال می کنیم و علت این تصمیم را توضیح می دهیم. در این نامه حقوق شما برای درخواست تجدیدنظر نیز توضیح داده می شود.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص تصمیم گیری‌های انجام شده درباره پوشش طرح، به بخش 9 مراجعه کنید.

D. درخواست تجدید نظر

اگر فکر می کنید در رد درخواست شما برای پرداخت اشتباه کرده ایم، می توانید از ما درخواست کنید که تصمیم خود را تغییر دهیم. به این امر درخواست بررسی گفته می شود. همچنین اگر با مبلغی که ما پرداخت می کنیم موافق نیستید، می توانید درخواست تجدید نظر بدهید داشته باشید.

- درخواست تجدیدنظر یک درخواست رسمی است که مستلزم طی مراحل دقیق در تاریخ‌های معین است. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های تجدیدنظر، به فصل 9 مراجعه کنید.
- در صورت تمایل به درخواست تجدیدنظر در مورد عودت هزینه خدمات بهداشتی، به صفحه 146 مراجعه کنید.
- در صورت تمایل به درخواست تجدیدنظر در مورد عودت هزینه دارو، به صفحه 147 مراجعه کنید.



فصل 8: حقوق قانونی و مسئولیت‌های شما

معرفی

این فصل حاوی حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان عضو طرح است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده است.

فهرست مطالب

- A. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد 108
- B. مسئولیت ما برای تضمین دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش 115
- C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI) شما 116
- C1. نحوه محافظت از PHI شما 116
- C2. شما از این حق برخوردار هستید تا سوابق پزشکی خود را ببینید 116
- D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات در مورد طرح درمانی ما، شبکه ارائه دهندگان ما و خدمات تحت پوشش شما 122
- E. ارائه دهندگان شبکه نمی‌توانند به طور مستقیم برای شما صورتحساب بفرستند 123
- F. حق شما در ترک Cal MediConnect Plan 123
- G. حق شما در تصمیم‌گیری در مورد خدمات درمانی خود 124
- G1. حق شما در آگاهی از گزینه‌های درمانی و تصمیم‌گیری درباره خدمات درمانی از سلامت 124
- G2. حق شما برای این که به ما اطلاع دهید چنانچه نتوانید تصمیم‌های مرتبط به مراقبت بهداشتی خود را شخصاً اتخاذ کنید، چه انتظاراتی از ما دارید 124
- G3. اگر دستورالعمل‌های شما دنبال نشوند چه کاری باید انجام دهید 125
- H. حق شما برای شکایت و درخواست تجدیدنظر درباره تصمیمی که گرفته ایم 125
- H1. اگر فکر می‌کنید که برخورد ما با شما غیرمنصفانه است یا مایلید اطلاعات بیشتری را در مورد حقوق خود دریافت کنید، باید چکار کنید 126
- I. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو در این طرح 126



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

- باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح 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، حقوق مربوطه را به شما خاطرنشان کنیم.
- جهت دریافت اطلاعات به گونه‌ای که برای شما قابل درک باشد، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما افرادی در اختیار دارد که به سؤالات به زبان‌های مختلف پاسخ می‌دهند.
 - همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌های اسپانیایی، ارمنی، کامبوج، چینی، فارسی، کره‌ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی، عربی و در قالب‌هایی مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. 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، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.
 - می‌توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم. به این امر درخواست دائمی گفته می‌شود. ما درخواست دائمی شما را ثبت می‌کنیم تا لازم نباشد که برای هر بار ارسال اطلاعات به طور جداگانه درخواست کنید. جهت دریافت این نوشتار به زبانی به غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت به این شماره (800) 541-5555، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی) به منظور به روز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید. جهت دریافت این نوشتار در قالب متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید. یک نماینده می‌تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند. همچنین می‌توانید با مدیر پرونده خود برای دریافت کمک و راهنمایی در مورد درخواست های دائمی تماس بگیرید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات در مورد طرح درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را اقامه کنید، با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید توسط تماس با Cal MediConnect Ombudsman به شماره 1-855-501-3077، شکایتی را تسلیم کنید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

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

Debemos informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en español, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, ruso, tagalo, vietnamita, árabe y en formatos como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Para solicitar materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



- Usted puede pedir que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesite. Esto se conoce como una solicitud permanente. Realizaremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Estado al (800) 541-5555, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m., hora local) para actualizar su registro con el idioma que usted prefiere. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora local. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su administrador de casos para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente.

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 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. También puede presentar una queja con Medi-Cal llamando al mediador de Cal MediConnect al 1-855-501-3077. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

A. May karapatan kayong kumuha ng impormasyon sa paraang matutugunan ang inyong mga pangangailangan

Dapat naming ipaalam sa inyo ang mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paraang inyong mauunawaan. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay miyembro ng aming plano.

- Upang kumuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga taong makasasagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makakapagbigay rin sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa wikang Espanyol, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, Arabe at sa mga format gaya ng malaking print, braille, o audio. Upang gumawa ng pangmatagalang kahilingang makuha ang mga materyales sa isang wikang hindi Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras .
- Maaari ninyong hilingin na ipadala namin palagi sa inyo ang impormasyon sa wika o format na gusto ninyo. Tinatawag itong palagiang kahilingan. Susubaybayan namin ang inyong palagiang kahilingan para hindi na ninyo kailanganing gumawa ng mga hiwalay na kahilingan sa bawat pagkakataong may ipapadala kaming impormasyon sa inyo. Upang makakuha ng dokumentong ito sa ibang wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Estado sa (800) 541-5555, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras upang ma-update ang inyong rekord sa gustong wika. Upang makakuha ng dokumentong ito sa alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Matutulungan kayo ng isang kinatawag gawin o baguhin ang palagiang kahilingan. Maaari din kayong makipag-ugnayan sa inyong Tagapamahala ng Kaso para sa tulong sa mga palagiang kahilingan.

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). Matatawagan ninyo ito 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari din kayong maghain ng reklamo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa Cal MediConnect Ombudsman sa 1-855-501-3077. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

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

Chúng tôi 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 Dịch vụ Thành viên. Nhân viên trong chương trình của chúng tôi có thể trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Ả Rập và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để đưa ra yêu cầu nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện giờ hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi thông tin bằng ngôn ngữ hoặc ở định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu cụ thể. Chúng tôi sẽ luôn theo dõi yêu cầu cụ thể của quý vị. Như vậy, quý vị sẽ không cần tạo yêu cầu riêng mỗi lần chúng tôi gửi thông tin cho quý vị nữa. Để nhận tài liệu này ở một ngôn ngữ khác Tiếng Anh, vui lòng liên hệ với Tiểu Bang theo số (800) 541-5555, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, giờ địa phương để cập nhật hồ sơ của quý vị bằng ngôn ngữ ưu tiên. Để nhận tài liệu này ở định dạng khác, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ 2 – Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Nhân viên đại diện có thể giúp quý vị tạo hoặc thay đổi yêu cầu cụ thể. Quý vị cũng có thể liên hệ với Người Phụ Trách Hồ Sơ để được trợ giúp về yêu cầu cụ thể.

Nếu quý vị gặp rắc rối về việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc khuyết tật và muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal bằng cách gọi cho Cal MediConnect Ombudsman theo số 1-855-501-3077. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 정보를 얻을 권리

당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사는 플랜 가입 기간 중 매년 회원님의 권리에 대해 회원님께 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공 받으려면 회원 서비스에 전화하십시오. 본 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 직원이 있습니다.
- 본 플랜에서는 또한 스페인어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 아랍어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 음성 자료를 제공해 드릴 수 있습니다. 현재나 향후에 영어 이외의 언어로 된 문서 또는 다른 형식의 문서를 요청하시려면 (855) 665-4627, TTY: 711, 월요일~금요일, 현지 시간으로 오전 8시~오후 8시에 . 회원 서비스로 연락 하십시오.



- 항상 필요한 언어 또는 형식으로 정보를 보내 달라고 요청할 수 있습니다. 이를 상시 요청이라고 합니다. 당사는 정보를 전송할 때마다 귀하가 별도의 요청을 할 필요가 없도록 귀하의 상시 요청을 계속 추적합니다. 이 문서를 영어 이외의 언어본으로 받으시려면 (800) 541-5555(TTY: 711) 번 으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간)에 주 정부에 연락하여 원하는 언어로 기록을 업데이트하시기 바랍니다. 이 문서를 다른 형식으로 받으시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)로 연락해서 최신 의약품 목록을 확인합니다. 담당자가 귀하의 상시 요청 신청 또는 변경을 도와드립니다. 케이스 관리자에게 문의하여 상시 요청에 대한 도움을 받을 수도 있습니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있으셔서 불만을 제기하고자 하시는 경우 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화해 주십시오. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 또한 Medi-Cal과 관련한 불만을 제기하시려면 Cal MediConnect Ombusman에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.

A. Вы имеете право получать информацию любым удобным вам способом

Мы должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах понятным для вас способом. 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 в отдел обслуживания участников. В рамках нашего плана работают специалисты, которые могут предоставить информацию на различных языках.
- Материалы по нашему плану также доступны на испанском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, корейском, русском, тагальском, вьетнамском, арабском языках и в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиоформат. Чтобы подать запрос о предоставлении вам материалов на языке, отличном от английского, или в другом формате (в данный момент или в будущем), свяжитесь с отделом обслуживания участников по телефону (855) 665-4627, номер TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00 по местному времени.

Вы можете попросить о том, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на выбранном языке • или в нужном формате. Это называется «постоянный запрос». Мы внесем такой постоянный запрос в систему, и вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы будем направлять вам информацию. Чтобы получить данный документ на языке, отличном от английского, позвоните по тел. (800) 541-5555, TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 17:00 по местному времени, и попросите внести в свою карту предпочитаемый язык. Чтобы получить данный документ в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников до 20:00 по местному времени. Представитель компании поможет создать или изменить постоянный запрос. Также за помощью в работе с постоянными запросами вы можете обращаться к координатору медицинских услуг.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языковых проблем или нарушения здоровья и вы захотите подать жалобу, позвоните в Medicare по телефону: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели.



. Подать жалобу на Medi-Cal بگيريدماس Телефон для пользователей телетайпа (TTY): 1-877-486-2048
 можно, позвонив представителю программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077. Номер TTY
 для лиц с нарушениями слуха: 711

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得資訊

我們必須以您可以理解的方式，告知您有關計劃福利和您的權利的資訊。我們必須每年告知您，關於您在我們的計劃中擁有的權利。

- 如果您想以自己能理解的方式獲得資訊，請致電會員服務部。我們計劃內的人員可以用不同語言回答您的問題。
- 我們的計劃也可以為您提供西班牙文、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯文、韓文、俄文、塔加洛語、越南文和阿拉伯文版本的資料，以及大字體、點字或音訊格式。如果要求現在和以後接收非英文版本或其他格式的資料，請致電會員服務部(855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：週一至週五上午8點至晚上8點（當地時間）。
- 我們提供您所需語言或格式版本的資訊，歡迎隨時索取。此為長期要求。我們會持續追蹤您的長期要求，這樣您就無需每次在寄送資訊時另外提出要求。如需此文件的非英文版本，請致電聯絡州辦公室，電話：(800) 541-5555，TTY：711，週一至週五上午8:00 至下午5:00（當地時間），以更新您偏好語言的記錄。如需此文件的其他版本，請致電聯絡會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：週一至週五上午8:00 至晚上8:00（當地時間）。會有代表人員協助您提出長期要求或進行變更。您也可以聯絡案例經理，取得長期要求的相關協助。

如果您由於語言問題或殘障而無法獲得我們計劃的相關資訊，並且您想要提出上訴，請致電Medicare，電話號碼為1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。我們24小時全天候接聽您的電話。TTY使用者應致電1-877-486-2048。您還可以透過以下方式向Medi-Cal提出投訴：致電Cal MediConnect Ombudsman，電話號碼為1-855-501-3077。TTY使用者請撥711。

أ- حقاك في الحصول على المعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك

- يتعين علينا إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخططنا.
- للحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها، اتصل بقسم خدمات الأعضاء، فخطتنا تضم أفرادًا بمقدورهم الإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد باللغات الإسبانية والألمانية والكمبودية والصينية والفارسية والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية والعربية وبتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. لتقديم طلب دائم 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، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائمًا باللغة أو بالتنسيق الذي تحتاجه. ويسمى هذا طلبًا مستمرًا. وسوف نتبع طلبك المستمر لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم (800) 541-5555، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي لتحديث السجل الخاص بك باللغة المفضلة. للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. ويمكن لأحد المندوبين مساعدتك في تقديم طلب مستمر أو تغييره. كما يمكنك الاتصال بمدير حالتك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید:

www.MolinaHealthcare.com/Duals



إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو إعاقة ما وتود تقديم شكوى بهذا الشأن، فالرجاء الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227. يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048 كما يمكنك التقدم بشكواك إلى برنامج Medi-Cal عن طريق الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombudsman على الرقم 1-855-501-3077. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية، يتعين عليهم الاتصال على رقم 711.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែ ប្រាប់ លោកអ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក ក្នុងមួយឆ្នាំ។ ដោយសារលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងខ្ញុំ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមវិធីដែលធ្វើឲ្យលោកអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់សេវាកម្មបម្រើសមាជិក ។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សជាច្រើនដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗបាន។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាអេស្ប៉ាញ អាមេនីខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន រុស្ស៊ីតាកាឡុក វៀតណាម អាវ៉ាប់ ហើយមានទ្រង់ទ្រាយជាការបោះពុម្ពជំអក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសម្លេង។ ដើម្បីស្នើសុំដើម្បីទទួលបានឯកសារ ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៅពេលនេះ និងពេលអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាកម្មសមាជិក (855) 665-4627, TTY: 711 ពីថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ម៉ោងក្នុងស្រុក។
- អ្នកអាចស្នើសុំអោយពួកយើងផ្ញើអោយអ្នកជានិច្ចនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។ ត្រង់នេះគេហៅថាការសំណូមពរជាអចិន្ត្រៃយ៍។ ពួកយើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់បង្កើតសំណើដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដែលយើងផ្ញើព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋតាមលេខ(800) 541-5555, TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង8 ព្រឹក ដល់5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក) ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទិន្នន័យរបស់អ្នកជាមួយភាសាដែលចង់បាន។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាទម្រង់ផ្សេងនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ(855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកតំណាងម្នាក់អាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើដែលមានជាអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងសំនុំរឿងរបស់អ្នកដើម្បីជួយជាមួយនឹងការដាក់សំណើ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាពហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់Medi-Cal បានផងដែរ ដោយទូរសព្ទទៅ Cal MediConnect Ombudsman តាមរយៈលេខ1-855-501-3077 ។ អ្នកប្រើប្រាស់TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។



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

باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح 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، حقوق مربوطه را به شما خاطر نشان کنیم.

- جهت دریافت اطلاعات به گونه‌ای که برای شما قابل درک باشد، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما افرادی در اختیار دارد که به سوالات به زبان‌های مختلف پاسخ می‌دهند.
 - همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌های اسپانیایی، ارمنی، کامبوج، چینی، فارسی، کره‌ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی، عربی و در قالب‌هایی مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. 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 TTY: 711، 665-4627 (855)، دوشنبه الی جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.
 - می‌توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم. به این امر درخواست دائمی گفته می‌شود. ما درخواست دائمی شما را ثبت می‌کنیم تا لازم نباشد که برای هر بار ارسال اطلاعات به طور جداگانه درخواست کنید. جهت دریافت این نوشتار به زبانی به غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت به شماره 541-5555 (800)، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 5 p.m. به وقت محلی به منظور به روز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید. جهت دریافت این نوشتار در قالب متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره TTY: 711، 665-4627 (855)، دوشنبه الی جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی. یک نماینده می‌تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند. همچنین می‌توانید با مدیر پرونده خود برای دریافت کمک و راهنمایی در مورد درخواست‌های دائمی تماس بگیرید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات در مورد طرح درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را اقامه کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید توسط تماس با Cal MediConnect Ombudsman به شماره 1-855-501-3077، شکایتی را تسلیم کنید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

A. Դուք իրավունք ունեք ստանալ տեղեկությունն այն եղանակովով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պարտավոր ենք հայտնել ձեզ պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին այն ձևով, որն ընկալելի է ձեզ համար: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ դուք գտնվում եք մեր պլանում:

- Ձեզ համար ընկալելի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Մեր պլանում կան մասնագետներ, ովքեր կարող են պատասխանել հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մեր պլանը կարող է նաև տրամադրել նյութեր իսպաներեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, ֆարսի, կորեերեն, ռուսերեն, թագալերեն, վիետնամերեն, արաբերեն լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տառատեսակը, Բրեյլի տառատեսակը կամ աուդիո ձևաչափը: Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և հետագայում ստանալու նպատակով մշտական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن 665-4627 (855)، TTY: 711 در روزه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



- هنگامی که برای اولین بار به طرح ما ملحق می شوید، اگر از شرایط خاصی برخوردار باشید، از این حق برخوردار هستید تا ارائه دهندگان فعلی تان و تأییدیه‌های خدمات را برای مدت زمان 12 ماه حفظ کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد نگه داشتن ارائه دهندگان و تأییدیه‌های خدماتی خود، به فصل 1 مراجعه کنید.
 - شما از این حق برخوردار هستید تا طرح خدمات درمانی خود را با کمک تیم خدمات و مدیر پرونده خود تنظیم کنید.
- فصل 9، اطلاعات لازم در مورد اقدامات مورد نیاز در صورتی که فکر می کنید خدمات یا داروهای طی یک مدت زمان معقول به شما ارائه نشده است را در اختیار شما قرار می دهد. در بخش 9 توضیح داده شده است که اگر درخواست شما برای پوشش دهی 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 می کنیم.

PHI شما شامل اطلاعاتی است که در هنگام عضویت در این طرح در اختیار ما قرار می دهید. همچنین شامل سوابق پزشکی و دیگر اطلاعات پزشکی و بهداشتی شما است.

شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات مربوطه در اختیار شما قرار داده شود و نیز در مورد نحوه استفاده ما از PHI شما تصمیم گیری کنید. ما اطلاعات مربوط به حقوق شما و نیز نحوه محافظت از حریم خصوصی PHI شما را به صورت یک اعلامیه کتبی اختیار شما قرار می دهیم. این اعلامیه، "اعلامیه حفظ حریم خصوصی" گفته می شود.

C1. نحوه محافظت از PHI شما

ما اطمینان حاصل می‌کنیم که افراد غیرمجاز به سوابق شما دسترسی نخواهند داشت، یا آن را تغییر نمی دهند.

در اکثر شرایط، ما PHI شما را در اختیار فردی که به شما خدمات ارائه نمی کند یا هزینه خدمات دریافتی شما را پرداخت نمی کند، قرار نمی دهیم. اگر این کار را انجام دهیم، ملزم هستیم که ابتدا از شما رضایت کتبی بگیریم. مجوز کتبی تنها از شما یا فردی اخذ می شود که وکالت قانونی برای تصمیم گیری از جانب شما دارد.

برخی شرایط خاص وجود دارد که ما ملزم به دریافت مجوز کتبی از شما نیستیم. این موارد استثنا طبق قانون مجاز یا الزامی است.

- ما ملزم هستیم که PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی ناظر بر کیفیت خدمات ما قرار دهیم.
- در صورت صدور حکم از دادگاه، ما ملزم به ارائه PHI هستیم.
- ما ملزم هستیم PHI شما را در اختیار Medicare دهیم. اگر Medicare برای موارد تحقیقاتی یا سایر موارد مورد نیاز اقدام به انتشار PHI شما کند، این کار با توجه به قوانین فدرال انجام می گیرد.

C2. شما از این حق برخوردار هستید تا سوابق پزشکی خود را ببینید.

- شما از این حق برخوردار هستید تا سوابق پزشکی خود را ملاحظه و یک نسخه از آن را در اختیار داشته باشید. ما مجاز هستیم که هزینه کپی برداری از این سوابق پزشکی را از شما دریافت کنیم.
- شما از این حق برخوردار هستید که از ما درخواست کنید سوابق پزشکی شما را به روز رسانی یا آن را تصحیح کنیم. اگر از ما درخواست چنین کاری را داشته باشید، ما با همکاری ارائه دهنده خدمات مراقبت بهداشتی شما در مورد اعمال تغییرات مزبور تصمیم گیری می کنیم.
- شما از این حق برخوردار هستید تا بدانید که آیا PHI شما با دیگران به اشتراک گذاشته شده است یا خیر و نحوه این اشتراک گذاری به چه صورت بوده است.

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



حریم خصوصی شما

حریم خصوصی شما برای ما مهم است. ما به حریم خصوصی شما احترام می گذاریم و از آن محافظت می کنیم. Molina در راستای ارائه مزایای بهداشتی به شما از اطلاعات شما استفاده می کند و آن را به اشتراک می گذارد. Molina می خواهد شما را از نحوه استفاده یا به اشتراک گذاری اطلاعات شما آگاه کند.

PHI به معنی "اطلاعات بهداشتی محافظت شده" است. PHI شامل نام، شماره عضویت، نژاد، قومیت، نیازهای زبانی یا سایر اطلاعات هویتی شما است. Molina می خواهد از نحوه استفاده یا واگذاری PHI شما آگاه باشید.

دلیل استفاده یا به اشتراک گذاری PHI اعضای ما چیست؟

- جهت ارائه خدمات درمانی
 - جهت پرداخت هزینه های خدمات درمانی
 - جهت بررسی کیفیت خدمات درمانی که دریافت می کنید
 - جهت اطلاع رسانی به شما درباره این که چه گزینه های خدمات درمانی برای انتخاب دارید
 - جهت اداره طرح درمانی
 - جهت استفاده یا به اشتراک گذاری PHI در راستای اهداف مجاز یا الزامات قانونی
- Molina چه زمان به اجازه کتبی (مجوز) شما نیاز دارد تا بتواند از PHI استفاده کند یا آن را به اشتراک بگذارد؟** Molina برای استفاده یا اشتراک گذاری PHI برای اهدافی که در بالا لیست نشده است، به مجوز کتبی شما نیاز دارد.

حقوق حریم خصوصی شما چیست؟

- به اطلاعات PHI خود دسترسی داشته باشید
- یک کپی از PHI خود را دریافت کنید
- PHI خود را اصلاح کنید
- از ما درخواست کنید بخواهید تا از به کارگیری یا به اشتراک گذاری PHI شما به روش های خاص خودداری کنیم
- دریافت لیستی از افراد یا مکان هایی خاص که ما PHI شما را با آن ها به اشتراک گذاشته ایم

Molina چگونه از PHI من محافظت می کند؟

- Molina از روش های زیادی برای محافظت از PHI در طرح های بهداشتی ما استفاده می کند. این روش ها عبارت است از محافظت اطلاعات کتبی، شفاهی یا داده های کامپیوتری PHI شما. در زیر روش هایی ذکر شده است که Molina برای محافظت از PHI اتخاذ می کند:
- Molina سیاست ها و قوانینی برای محافظت از PHI دارد.
 - Molina محدودیت هایی در مورد دسترسی افراد به PHI اعمال می کند. فقط کارکنان Molina که نیاز دارند از PHI شما استفاده کنند به آن دسترسی خواهند داشت.
 - کارکنان Molina درباره نحوه محافظت و حفظ ایمنی PHI آموزش دیده اند.
 - کارکنان Molina باید به صورت کتبی موافقت کنند که از قوانین و سیاست های محافظت از PHI تبعیت کنند.
 - Molina از PHI در کامپیوترهای ما محافظت می کند PHI در کامپیوترهای ما با استفاده از فایروال و رمزهای عبور به صورت خصوصی نگهداری می شود.

Molina ملزم به رعایت چه موارد قانونی است؟

- PHI شما را به صورت خصوصی حفظ کند.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



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

اگر فکر می کنید که حقوق حریم خصوصی شما محافظت نمی شود، چه کاری می توانید انجام دهید؟

- با ارسال نامه یا تماس با Molina شکایت کنید.
- به وزارت بهداشت و خدمات انسانی شکایت کنید.

ما هرگز به این علت که شکایت کرده اید به ضرر شما عمل نمی کنیم. اقدام شما سبب ایجاد تغییر در طرح درمانی شما نمی شود.

مطالب عنوان شده در بالا فقط یک خلاصه است. اعلامیه اصول حفظ حریم خصوصی ما دارای اطلاعات بیشتری درباره نحوه استفاده و به اشتراک گذاری PHI اعضای ما است اعلامیه اصول حفظ حریم خصوصی ما در قسمت بعدی این دفترچه اعضا ارائه شده است. این اعلامیه در وب سایت ما به آدرس www.molinahealthcare.com موجود است. همچنین از طریق تماس با بخش خدمات اعضا در روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی با شماره (855) 665-4627، می توانید نسخه ای از اصول حفظ حریم خصوصی را دریافت کنید. کاربران TTY لطفاً با شماره 711 تماس بگیرند.

اعلامیه اصول حفظ حریم خصوصی

MOLINA HEALTHCARE در کالیفرنیا

در این اعلامیه، درباره نحوه استفاده از اطلاعات پزشکی شما و ارائه آن به دیگران و نحوه دسترسی شما به این اطلاعات توضیحاتی ارائه شده است. لطفاً به دقت آن را مطالعه کنید.

Molina Healthcare of California Partner Plan, Inc. ("Molina"، "Molina Healthcare"، "ما" یا "مال ما") از اطلاعات درمانی مربوط به شما محافظت و از آن ها برای ارائه مزایای درمانی به عنوان عضو Molina Duals Options استفاده می کند. ما از اطلاعات شما برای درمان، پرداخت و عملکردهای مربوط به مراقبت بهداشتی استفاده و به اشتراک می گذاریم. همچنین ما اطلاعات شما را در راستای اهداف مجاز و الزامات قانونی استفاده و به اشتراک می گذاریم. ما موظفیم که اطلاعات بهداشتی شما را به صورت خصوصی محافظت و از شرایط این اعلامیه پیروی کنیم. تاریخ اعمال این اعلامیه، 1 مارس 2014 است.

PHI به معنی "اطلاعات بهداشتی محافظت شده" است. PHI به اطلاعات بهداشتی گفته می شود که شامل نام، شماره عضویت و دیگر اطلاعات شناسایی شما است و Molina آن را مورد استفاده قرار می دهد یا به اشتراک می گذارد.

چرا Molina از PHI شما استفاده می کند یا آن را به اشتراک می گذارد؟

ما در راستای ارائه مزایای بهداشتی به شما از اطلاعات شما استفاده و آن را به اشتراک می گذاریم PHI شما در راستای اهداف درمانی، پرداخت و اجرای عملکردهای مرتبط با خدمات مراقبت بهداشتی استفاده و به اشتراک گذاشته می شود.

برای درمان

Molina از PHI شما جهت ارائه یا انجام مقدمات مورد نیاز در این زمینه استفاده و آن را به اشتراک می گذارد. همچنین این درمان شامل موارد ارجاع بین شما و پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی است. به عنوان مثال، ممکن است ما اطلاعات مربوط به وضعیت درمانی شما را با یک متخصص به اشتراک بگذاریم. این امر به متخصص کمک می کند تا درباره درمان شما با پزشک شما گفتگو کند.

برای پرداخت

Molina ممکن است PHI شما را به منظور اتخاذ تصمیم درباره پرداخت مورد استفاده قرار دهد یا به اشتراک بگذارد. این امر شامل موارد دعوی، درخواست تجدیدنظر درباره درمان و تصمیم گیری های مربوط به نیازهای پزشکی است. امکان دارد نام شما، وضعیت پزشکی شما، درمان شما و اقلامی که در اختیار شما قرار در صورتحساب 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 می دهیم.

برای عملکردهای مرتبط با مراقبت بهداشتی

Molina ممکن است PHI شما را در راستای اجرای طرح درمانی ما مورد ما استفاده قرار دهد یا به اشتراک بگذارد. 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 ما ممکن

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



است با استفاده از PHI شما یا به اشتراک گذاری آن جهت رفع مشکلات اعضا استفاده کنیم. PHI شما همچنین به ما کمک می کند 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 می شود اما محدود به این موارد نیست:

- بهبود کیفیت؛
- برنامه های بهداشتی برای کمک به اعضای مبتلا به بیماری های خاص (به عنوان مثال، بیماری آسم)؛
- اجرا یا تنظیم جلسات بررسی پزشکی؛
- خدمات حقوقی از جمله کلاهبرداری و سوء استفاده و طرح های مربوط به پیگرد؛
- اقدامات لازم برای پیروی از قوانین؛
- پاسخگویی به نیازهای اعضا، از جمله حل شکایات و نارضایتی ها.

ما PHI شما را با سایر شرکت های ("همکاران تجاری") مجری برنامه های مختلف برای طرح درمانی ما به اشتراک می گذاریم. همچنین ممکن است که ما از PHI شما جهت ارسال یادآور قرارهای ملاقات شما استفاده کنیم. ممکن است ما از PHI شما برای ارائه اطلاعات مربوط به سایر درمان ها، مزایا و خدمات بهداشتی استفاده کنیم.

Molina چه زمان می تواند از PHI شما بدون دریافت رضایت نامه کتبی (تاییدیه) 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 می گذاریم. ما PHI شما را زمانی به اشتراک می گذاریم 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 بررسی های حقوقی یا اعمال قانون انجام شود.

بهداشت عمومی

PHI شما ممکن است جهت اجرای فعالیت های مرتبط با بهداشت عمومی مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود این امر ممکن است شامل کمک به سازمان های بهداشت عمومی برای پیشگیری از بروز بیماری یا کنترل آن باشد.

نظارت بر خدمات بهداشتی

ممکن است PHI شما توسط سازمان های دولتی استفاده شود یا با آن ها به اشتراک گذاشته شود. این سازمان ها ممکن است جهت انجام ارزیابیها، به PHI شما نیاز داشته باشد.

تحقیق

PHI شما ممکن است در راستای اهداف تحقیقاتی خاص از قبیل تحقیقات مورد تأیید هیئت محرماتگی یا بررسی سازمانی مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

مراحل قانونی یا اجرایی

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

اعمال قانون

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



ایمنی و بهداشت

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

عملکردهای دولتی

ممکن است PHI شما در راستای اهداف عملکردهایی خاص با دولت به اشتراک گذاشته شود.

قربانیان موارد سوء استفاده، غفلت یا خشونت خانگی

اگر ما معتقد باشیم که فردی قربانی موارد سوء استفاده یا غفلت شده است، ممکن است PHI شما با مقامات قضایی به اشتراک گذاشته شود.

جبران خسارت کارگران

ممکن است PHI شما در راستای پیروی از قوانین جبران خسارت کارگری مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

سایر موارد به اشتراک گذاری اطلاعات

ممکن است PHI شما با مسئولین کفن و دفن یا مسئولین پزشکی قانونی به اشتراک گذاشته شود تا بتوانند مسئولیت خودشان را ایفاء کنند.

Molina چه زمان به اجازه کتبی (مجوز) شما نیاز دارد تا بتواند از PHI استفاده کند یا آن را به اشتراک بگذارد؟

Molina جهت استفاده از PHI شما و به اشتراک گذاری آن در راستای اهدافی بجز موارد مذکور در این اعلامیه، به اجازه کتبی شما نیاز دارد. Molina پیش از به اشتراک گذاری PHI شما در راستای اهداف زیر، به اجازه شما نیاز دارد: (1) اکثر موارد استفاده و اشتراک گذاری اطلاعات روانشناسی؛ (2) استفاده از اطلاعات و ارائه آن به سایر افراد در راستای اهداف بازاریابی؛ و (3) موارد استفاده و به اشتراک گذاری اطلاعات که شامل فروش PHI است. شما می توانید رضایت کتبی که در اختیار ما گذاشته اید را لغو کنید. لغو رضایت نامه در مورد اقدامات پیشین ما کاربرد ندارد، زیرا پیش از انجام اقدامات مذکور رضایت خود را اعلام کرده بودید.

حقوق مربوط به اطلاعات بهداشتی شما چیست؟

شما از این حقوق برخوردار هستید:

• درخواست اعمال محدودیت درباره موارد استفاده با به اشتراک گذاری PHI (اشتراک گذاری PHI)

می توانید از ما درخواست کنید تا برای انجام درمان، پرداخت یا سایر عملکردهای مراقبت بهداشتی، PHI شما را با دیگران به اشتراک نگذاریم. همچنین می توانید از ما درخواست کنید تا PHI شما را با خانواده، دوستان یا سایر افرادی که نام می برید و در مراحل مراقبت بهداشتی شما حضور دارند، به اشتراک نگذاریم. اما ما ملزم نیستیم تا با این درخواست شما موافقت کنیم. لازم است که به صورت کتبی از ما درخواست کنید. می توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

• درخواست ارتباطات محرمانه PHI

می توانید از Molina درخواست کنید تا به شیوه ای خاص یا در مکانی خاص PHI شما را در اختیار شما قرار دهد تا PHI شما خصوصی بماند. ما درخواست های منطقی را پیگیری می کنیم، یعنی شما برای ما توضیح دهید که چگونه به اشتراک گذاری بخشی یا کل PHI می تواند زندگی شما را به خطر بیندازد. لازم است که به صورت کتبی از ما درخواست کنید. می توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

بررسی و کپی 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 تصمیم گیری به عنوان عضوی از Molina استفاده می کنید. لازم است که به صورت کتبی از ما درخواست کنید. می توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. ممکن است برای کپی برداری یا پست سوابق، هزینه ای 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.



ایجاد تغییرات در PHI

می توانید 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 داشته ایم. لازم است که به صورت کتبی از ما درخواست کنید. می توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. اگر درخواست شما را رد کنیم، می توانید نامه ای مبنی بر عدم موافقت خود با این تصمیم برای ما ارسال کنید.

دریافت گزارش درباره موارد اشتراک گذاری PHI (اشتراک گذاری PHI)

می توانید از ما درخواست کنید تا لیست اشخاص خاصی که PHI شما ظرف مدت شش سال پیش از تاریخ درخواست شما با آن ها به اشتراک گذاشته شده است را در اختیار شما قرار دهیم. این مورد شامل به اشتراک گذاری PHI به دلایل زیر نمی باشد:

- برای درمان، پرداخت یا عملکردهای مراقبت بهداشتی؛
- به اشتراک گذاری PHI افراد با خود آن ها؛
- اشتراک گذاری که با تأییدیه شما انجام شود؛
- موارد استفاده یا به اشتراک گذاری مجاز یا در راستای الزامات قانونی؛
- انتشار PHI جهت حفظ امنیت ملی یا در راستای اهداف اطلاعاتی؛ یا
- به عنوان بخشی از یک مجموعه محدود از داده ها با توجه به قانون مربوطه.

اگر شما این لیست را بیشتر از یک بار در طول مدت 12 ماه درخواست کنید، ما هزینه ای معقول را برای هر بار درخواست در نظر می گیریم. لازم است که به صورت کتبی از ما درخواست کنید. می توانید از فرم Molina برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

ممکن است هرکدام از درخواست های فوق را داشته باشید یا یک نسخه کاغذی از این اعلامیه را دریافت کنید. روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی با خدمات اعضا Molina به شماره (855) 665-4627 تماس بگیرید. کاربران TTY لطفاً با شماره 711 تماس بگیرند.

اگر از حقوق شما محافظت نمی شود، چه کاری می توانید انجام دهید؟

اگر فکر می کنید که حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می توانید به Molina یا وزارت بهداشت و خدمات انسانی شکایت کنید. در صورت ارائه شکایت، ما هیچ اقدامی بر علیه شما انجام نخواهیم داد. خدمات مراقبتی و مزایای شما به هیچ شکل تغییری نخواهد کرد.

شکایت خود را می توانید به آدرس زیر ارسال کنید:

Molina Healthcare of California

توجه: مدیر خدمات اعضاء

200 OceanGate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

تلفن: شماره (855) 665-4627 روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند.

می توانید 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) 1019-368؛ (800) 537-7697 (TTY)؛

(202) 3818-619 (فکس)



وظایف Molina چیست؟

Molina ملزم به انجام کارهای زیر 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؛
- در صورت افشای PHI محافظت نشده شما، با ارسال یک نامه شما را از این امر مطلع کند؛
- اطلاعات ژنتیکی شما را در اختیار شرکت‌های بیمه قرار ندهد؛
- شرایط این اعلامیه را دنبال کند.

این اعلامیه ممکن است تغییر کند.

Molina از این حق برخوردار است تا اصول مربوط به اطلاعات و شرایط این اعلامیه را در هر زمانی تغییر دهد. در صورت هرگونه تغییر، شرایط و اصول جدید در مورد تمام موارد PHI اعمال می‌شود. در صورت اعمال تغییرات اساسی، Molina اعلامیه اصلاح شده را در وب سایت ما پست خواهد کرد. همچنین، اعلامیه اصلاح شده یا اطلاعات مرتبط با این تغییرات اساسی و نحوه دسترسی به اعلامیه اصلاح شده را در موارد پستی سالیانه بعدی برای اعضای تحت پوشش Molina می‌گنجاند. این اطلاعیه در وب سایت ما به آدرس www.molinahealthcare.com/duals وجود دارد.

اطلاعات تماس

اگر پرسشی دارید، با دفتر زیر تماس بگیرید:

Molina Healthcare of California

توجه: مدیر خدمات اعضاء

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA90802

تلفن: (855) 4627-665، دوشنبه تا جمعه - 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند.

D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات در مورد طرح درمانی ما، شبکه ارائه دهندگان ما و خدمات تحت پوشش شما

شما به عنوان یکی از اعضای Molina Dual Options از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات را از جانب ما دریافت کنید. اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما یک مترجم شفاهی در اختیار شما قرار می‌دهیم تا پاسخگوی هرگونه پرسش شما درباره طرح درمانی ما باشد. جهت استفاده از خدمات مترجم شفاهی، کافی است با ما به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید. این خدمات رایگان است. همچنین می‌توانیم مطالب و/یا اطلاعات را به صورت کتبی به زبان‌های اسپانیایی، ارمنی، عربی، ویتنامی، خمر، کامبوجی، چینی، روسی، فارسی، تاگالوگ و کره ای در اختیار شما قرار دهیم. ما همچنین این اطلاعات را به صورت صوتی، خط بریل یا خط درشت در اختیار شما قرار می‌دهیم. جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا یک قالب دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضاء به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.

اگر به اطلاعاتی در مورد هر کدام از موارد زیر نیاز داشتید، با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- نحوه انتخاب یا تغییر طرح‌ها
- طرح درمانی ما، شامل:
 - اطلاعات مالی
 - میزان رضایت اعضای طرح

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



- تعداد درخواست‌های تجدیدنظر اعضا
- نحوه خروج از طرح
- ارائه دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما، از جمله:
 - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه
 - مشخصات ارائه دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما
 - نحوه پرداخت هزینه ارائه دهندگان در شبکه ما
- خدمات و داروهای تحت پوشش و قوانینی که باید رعایت کنید، از جمله:
 - خدمات و داروهای تحت پوشش طرح ما
 - محدودیت‌های موجود در پوشش و داروها
 - قوانینی که باید جهت دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید
- چرا موردی تحت پوشش قرار نمی‌گیرد و اقداماتی که در چنین مواقعی می‌توانید باید انجام دهید، از جمله درخواست:
 - توضیح کتبی در رابطه با این که چرا موردی تحت پوشش قرار نمی‌گیرد
 - تغییر تصمیمی که گرفته ایم
 - پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده اید

E. ارائه دهندگان شبکه نمی‌توانند به طور مستقیم برای شما صورتحساب بفرستند

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه دهندگان در شبکه ما نمی‌توانند شما را ملزم به پرداخت هزینه برای خدمات تحت پوشش کنند. همچنین اگر ما مبلغی کمتر از هزینه درخواستی توسط ارائه دهنده پرداخت کنیم، آن‌ها نمی‌توانند شما را ملزم به پرداخت هزینه کنند. به منظور کسب اطلاعات درباره این که اگر زمانی یک ارائه دهنده شبکه تلاش کند هزینه خدمات تحت پوشش را از شما دریافت کند چه اقداماتی باید انجام دهید، به بخش 7 مراجعه کنید.

F. حق شما در ترک Cal MediConnect Plan

اگر تمایلی نداشته باشید، هیچکس نمی‌تواند شما را ملزم به ادامه عضویت در طرح کند.

- شما از این حق برخوردار هستید تا از طریق Original Medicare یا طرح Medicare Advantage، از بیشترین خدمات درمانی برخوردار شوید.
- شما می‌توانید مزایای داروی نسخه‌ای بخش D از Medicare را از طرح داروی نسخه‌ای یا طرح Medicare Advantage دریافت کنید.
- به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد این که چه زمانی می‌توانید در طرح Medicare Advantage یا طرح مزایای داروی نسخه‌ای جدیدی عضو شوید، به فصل 10 مراجعه کنید.
- مزایای Medi-Cal شما از طریق طرح خدمات درمانی مدیریت شده Medi-Cal انتخابی شما ارائه می‌شود.



G. حق شما در تصمیم‌گیری در مورد خدمات درمانی خود

G1. حق شما در آگاهی از گزینه‌های درمانی و تصمیم‌گیری درباره خدمات درمانی از سلامت

در هنگام دریافت خدمات، شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات کاملی درباره پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت بهداشتی در اختیار شما قرار گیرد. ارائه‌دهندگان شما باید مشکل پزشکی شما و انتخاب‌های درمانی را به روشی قابل درک برای شما توضیح دهد. شما از این حقوق برخوردار هستید:

- از انتخاب‌های خود مطلع باشید. شما از این حق برخوردار هستید تا درباره درمان‌های مختلف به شما اطلاع داده شود.
- از خطرهای احتمالی آگاه باشید. شما از این حق برخوردار هستید تا از خطرهای احتمالی موجود آگاه شوید. اگر خدمات یا درمانی بخشی از یک تجربه تحقیقاتی است، باید از پیش به شما اطلاع داده شود. شما از این حق برخوردار هستید تا از شرکت در درمان‌های تجربی خودداری کنید.
- دریافت نظر ثانوی. شما حق دارید که پیش از اتخاذ تصمیم در مورد مداوا پزشک دیگری را ببینید.
- "نه" بگویید. شما از این حق برخوردار هستید که از قبول هر درمانی خودداری کنید. این مورد شامل حق شما درباره ترک بیمارستان یا دیگر مراکز پزشکی است حتی اگر پزشک به شما توصیه کند که چنین کاری را انجام ندهید. همچنین از این حق برخوردار هستید تا مصرف دارویی که تجویز شده است را متوقف کنید. اما اگر درمانی را رد کنید یا مصرف دارویی را متوقف کنید، مسئولیت کامل عواقب آن به عهده خود شما است.
- می‌توانید از ما درخواست کنید برای شما توضیح دهیم که چرا یک ارائه‌دهنده از ارائه خدمات به شما خودداری کرده است. شما حق دارید چنانچه ارائه‌دهنده ای از ارائه خدمات به شما خودداری کرد، در صورتی که شما عقیده دارید باید خدمات مربوطه به شما ارائه شود، از ما توضیح بخواهید.
- از ما درخواست کنید تا خدمات یا دارویی که رد شده است یا معمولاً تحت پوشش قرار نمی‌گیرد را پوشش دهیم. به این امر "تصمیم درباره پوشش دهی" گفته می‌شود. در بخش 9 درباره نحوه درخواست تصمیم درباره پوشش دهی در طرح توضیح داده شده است.

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

شما می‌توانید با Molina Dual Options تماس بگیرید و اطلاعاتی درباره قوانین ایالتی درباره بیانیه‌های پیش‌رونده و تغییرات در قوانین پیش‌رونده دریافت کنید. Molina Dual Options اطلاعات مربوط به بیانیه‌های پیش‌رونده را ظرف کمتر از نود (90) روز پس از دریافت اعلامیه مربوط به تغییر در قوانین ایالتی به روزسانی خواهد کرد.

جهت کسب اطلاعات بیشتر، روزهای دوشنبه تا -جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی به صورت رایگان با شماره 665-4627 (855) با خدمات اعضای Molina Dual Options تماس بگیرید. اگر ناشنوا هستید یا اینکه مشکل گفتاری دارید، برای California Relay Service 711: TTY برای Molina Dual Options تماس بگیرید.

بعضی مواقع افراد نمی‌توانند شخصاً درباره امور مراقبت بهداشتی خود تصمیم‌گیری کنند. پیش از اینکه در چنین شرایطی قرار بگیرید، می‌توانید اقدامات زیر را انجام دهید:

- یک فرم کتبی پر کنید و این حق را به فرد دیگری اعطا کنید که از طرف شما در رابطه با خدمات مراقبت بهداشتی شما تصمیم‌گیری کند.
- خود دستورالعمل‌های کتبی در اختیار پزشک خود قرار دهید تا وی بتواند زمانی که شما قادر به تصمیم‌گیری نیستید اقدامات لازم را انجام دهد.

سند حقوقی که دستورالعمل‌های خود را در آن ذکر کنید، بیانیه پیش‌رونده نام دارد. انواع مختلفی از بیانیه‌های پیش‌رونده با نام‌های مختلف وجود دارد. نمونه‌هایی از این بیانیه‌ها عبارت است از وصیت‌نامه ای که طی آن شخص بیمار وصیت می‌کند، در صورت ابتلا به بیماری شدید، وی را با روش‌های مصنوعی نگه ندارند، و وکالت‌نامه جهت تعیین وکیل برای مراقبت‌های بهداشتی.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627, TTY: 711 در روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



شما ملزم به استفاده از بیانیه پیش رونده ندارید اما می توانید این کار را انجام دهید. در اینجا نحوه انجام این کار عنوان شده است:

- **فرم مربوطه را دریافت کنید.** می توانید فرم مربوطه را از پزشک، وکیل یا سازمان خدمات حقوقی و یا مددکار اجتماعی خود دریافت کنید. سازمان هایی که اطلاعات مربوط به Medicare یا Medi-Cal را در اختیار افراد قرار می دهد، از قبیل HICAP، نیز ممکن است فرم های بیانیه پیش رونده را داشته باشد.
- **فرم را پر کرده و آن را امضا کنید.** این فرم یک سند حقوقی است. در نظر داشته باشید که یک وکیل می تواند در تهیه این اسناد به شما کمک کند.
- **نسخه ها را در اختیار افرادی قرار دهید که لازم است درباره آن اطلاع داشته باشند.** باید یک نسخه از فرم را به پزشک خود بدهید. باید یک نسخه از آن را نیز به فردی بدهید که او را به عنوان تصمیم گیرنده از جانب خود انتخاب کرده اید. همچنین می توانید نسخه هایی از آن را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده خود بدهید. حتماً یک نسخه از آن را در منزل نگه دارید.
- اگر می خواهید در بیمارستان بستری شود و یک بیانیه پیش رونده را امضا کرده اید، **یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.**
 - در بیمارستان از شما سؤال می شود که آیا بیانیه پیش رونده را امضا کرده اید و آیا آن را با خود به همراه دارید یا خیر.
 - اگر فرم بیانیه پیش رونده را امضا نکرده اید، در بیمارستان این فرم موجود است و از شما خواسته می شود تا آن را امضا کنید. فراموش نکنید که تصمیم گیری در مورد امضای بیانیه پیش رونده به عهده خود شما است.

G3. اگر دستورالعمل های شما دنبال نشوند چه کاری باید انجام دهید

اگر یک بیانیه پیش رونده را امضا کرده اید و فکر می کنید که پزشک یا بیمارستان دستورالعمل های موجود در آن را دنبال نمی کند، می توانید شکایتی را برای طرح Cal MediConnect Ombuds ارسال کنید.

طرح بازرس کل Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077. برقراری تماس رایگان است.

TTY: 1-855-847-7914 تماس بگیرید. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید تلفن شما تجهیزات خاصی داشته باشد.

به این آدرس نامه ارسال کنید: سازمان خدمات درمانی از سلامت

1501 Capitol Avenue

PO Box 997413

Sacramento, Ca 95814

وبسایت: <http://calduals.org/background/cci/archive/policy/cal-medicconnect-ombudsman/>

H. حق شما برای شکایت و درخواست تجدیدنظر درباره تصمیمی که گرفته ایم

اقدامات مربوط به زمانی که مشکل یا نگرانی درباره خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود دارید در فصل 9 ذکر شده است به عنوان مثال، می توانید از ما درخواست کنید تا درباره پوشش دهی تصمیم گیری کنیم، در مورد تغییر در تصمیم گیری مربوط به پوشش دهی درخواست تجدیدنظر کنید یا این که شکایتی ارائه کنید.

شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات مربوط به درخواست های تجدیدنظر و شکایات سایر اعضا نسبت به طرح ما را در اختیار داشته باشید. جهت کسب این اطلاعات، با خدمات اعضا تماس بگیرید.



H1. اگر فکر می‌کنید که برخورد ما با شما غیرمنصفانه است یا مایلید اطلاعات بیشتری را در مورد حقوق خود دریافت کنید، باید چکار کنید

اگر فکر می‌کنید که به صورت غیرمنصفانه با شما برخورد شده است—این امر با توجه به موارد مذکور در فصل 11، تبعیض به حساب نمی‌آید—یا جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود، می‌توانید توسط تماس با این شماره کمک و راهنمایی دریافت کنید:

- خدمات اعضا.
- طرح مشاوره و مدافعه بیمه بهداشتی (HICAP). به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد این سازمان و نحوه تماس با آن، به فصل 2 مراجعه کنید.
- طرح بازرس کل Cal MediConnect. به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد این سازمان و نحوه تماس با آن، به فصل 2 مراجعه کنید.
- 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 "Medicare Rights & Protections" (حقوق و محافظت‌های Medicare) را که در وب سایت Medicare به آدرس www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf در دسترس می‌باشد را مطالعه یا دانلود کنید.)

1. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو در این طرح

شما به عنوان یک عضو از طرح، مسئول هستید که موارد زیر را انجام دهید. اگر پرسشی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید

- **دفترچه راهنمای اعضا را مطالعه** و درباره آن چه تحت پوشش قرار می‌گیرد و قوانین مربوط به دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش اطلاعاتی کسب کنید. جهت اطلاع از جزئیات در مورد:
 - برای خدمات تحت پوشش، به فصل 3 و 4 مراجعه کنید. موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیست، مقررات مربوطه و نیز مبلغ پرداختی در این فصل‌ها توضیح داده شده است.
 - برای داروهای تحت پوشش، به فصل‌های 5 و 6 مراجعه کنید.
- **هرگونه پوشش درمانی یا داروی نسخه ای دیگری که دارید را به اطلاع ما برسانید.** ما باید اطمینان حاصل کنیم که شما از تمام گزینه‌های پوشش دهی خود در زمان دریافت خدمات مراقبت درمانی استفاده می‌کنید. اگر پوشش‌های دیگری دارید لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- **به پزشک و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت بهداشتی اطلاع دهید** که در طرح ما ثبت نام کرده اید. هنگامی که برای دریافت خدمات یا داروها مراجعه می‌کنید، کارت شناسایی عضویت را نشان دهید.
- **به پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبتی کمک کنید** تا بهترین خدمات درمانی را در اختیار شما قرار دهند.
 - اطلاعات مورد نیاز آن‌ها درباره خود و وضعیت سلامت خود را در اختیارشان قرار دهید. تا جایی که ممکن است درباره مشکلات پزشکی خود اطلاعات کسب کنید. طرح‌ها و دستورالعمل‌های درمانی که شما و ارائه دهنده شما در مورد آن‌ها توافق دارید را دنبال کنید.
 - مطمئن شوید که پزشکان و سایر ارائه دهندگان، از کلیه داروهای مصرفی شما اطلاع داشته باشند. این امر شامل داروهای نسخه ای، داروهای غیرنسخه ای، ویتامین‌ها و مکمل‌ها می‌شود.
 - پرسش‌های خود را مطرح کنید. پزشکان و سایر ارائه دهندگان باید مسائل را به گونه ای توضیح دهند که برای شما قابل درک باشد. اگر سؤالی کردید و پاسخ آن را متوجه نشدید، مجدداً پرسش خود را مطرح کنید.
- **ملاحظه کار باشید.** ما انتظار داریم که کلیه اعضا به حقوق سایر بیماران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم که شما در مطب پزشک، بیمارستان و سایر مراکز ارائه دهنده خدمات، رفتاری محترمانه داشته باشید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



- **سهم خود از هزینه‌های درمانی را پردازید.** شما به عنوان یکی از اعضای طرح، مسئول هستید این هزینه‌ها را پرداخت کنید:
 - حق بیمه Medicare بخش A و Medicare بخش B برای اکثر اعضای Molina Dual Options، حق بیمه بخش B و Medicare بخش A و توسط Medi-Cal پرداخت می‌شود.
 - اگر هرگونه خدمات یا دارویی را دریافت می‌کنید که تحت پوشش طرح ما نیست، باید هزینه کامل آن را پرداخت کنید.
 - اگر با تصمیم ما نسبت به عدم پوشش دهی خدمات یا داروها موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه درخواست تجدیدنظر، به بخش 9 مراجعه کنید.
- **اگر محل سکونت شما تغییر کرد، فوراً به ما اطلاع دهید.** چنانچه قرار است محل سکونت شما تغییر کند، مهم است که فوراً به ما اطلاع دهید. با خدمات اعضا تماس بگیرید.
 - اگر به خارج از منطقه خدماتی نقل مکان کنید، نمی‌توانید در این طرح بمانید. فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند Molina Dual Options دریافت کنند. فصل 1 اطلاعاتی را در مورد منطقه خدماتی ما ارائه می‌کند.
 - ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا متوجه شوید که آیا به خارج از منطقه خدمات دهی ما نقل مکان کرده اید یا خیر. طی یک دوره خاص از زمان ثبت نام خود می‌توانید در Original Medicare یا در یک طرح درمانی یا طرح داروی نسخه ای Medicare در محل زندگی جدید خود ثبت نام کنید. ما به شما اطلاع می‌دهیم که آیا در منطقه جدید شما طرحی داریم یا خیر.
 - همچنین حتماً آدرس محل سکونت جدید خود را به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. به منظور اطلاع از شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal، به فصل 2 مراجعه کنید.
 - اگر به محلی واقع در حوزه منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید، همچنان باید به ما اطلاع دهید. لازم است که سوابق مربوط به عضویت و نحوه تماس با شما را به روز رسانی کنیم.
- اگر پرسش یا دغدغه ای دارید، برای دریافت راهنمایی با خدمات اعضا تماس بگیرید.



فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری انجام دهید (درباره تصمیم گیری درباره پوشش دهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت)

معرفی

در این فصل درباره حقوق شما اطلاعاتی ارائه شده است. این فصل را مطالعه کنید تا از اقدامات لازم در موارد زیر مطلع شود:

- زمانی که مشکل یا شکایتی در رابطه با طرح خود دارید.
- در صورت نیاز به خدمات، اقلام یا داروهای تحت پوشش طرح نیست.
- اگر با تصمیم طرح درباره خدمات مراقبتی خود موافق نیستید.
- اگر فکر می کنید که خدمات تحت پوشش، به زودی خاتمه می یابد.
- اگر مشکل یا شکایتی درباره خدمات و پشتیبانی های بلند مدت مربوط به خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS)، و امکانات پرستاری (NF) دارید.
- اگر مشکل یا نگرانی داشتید، فقط کافی است قسمت هایی از این بخش که به مشکل شما مرتبط است را مطالعه کنید. این بخش به چند قسمت مختلف تقسیم شده است که به شما کمک می کند به سهولت اطلاعات مورد نیاز خود پیدا کنید.

اگر در رابطه با خدمات و پشتیبانی بلند مدت یا امور بهداشتی خود با مشکلی مواجه هستید

باید خدمات مراقبت بهداشتی، داروها و خدمات و پشتیبانی بلند مدتی که پزشک شما یا دیگر ارائه دهندگان خدمات برایتان ضروری دانسته اند را به عنوان بخشی از طرح درمانی خود دریافت کنید. اگر مشکلی در رابطه با خدمات مراقبتی خود دارید، می توانید از طریق شماره **1-855-501-3077** با **Cal MediConnect Ombuds** تماس بگیرید و راهنمایی دریافت کنید. در این فصل درباره راه های مختلف جهت حل با مشکلات و شکایت های مختلف شما توضیح داده شده است اما همیشه می توانید از **Cal MediConnect Ombuds** نیز جهت حل مشکل خود درخواست راهنمایی کنید. به منظور آگاهی از سایر منابع اطلاعاتی که به دل نگرانی های شما می پردازند و روش های تماس با آن ها، به بخش مربوط به برنامه های بازرسی کل در فصل 2 مراجعه کنید.



فهرست مطالب

- A. اگر مشکلی داشتید چه کاری باید انجام دهید..... 131
- A1. درباره عبارات حقوقی 131
- B. برای دریافت کمک با کجا باید تماس گرفت 131
- B1. اطلاعات و راهنمایی را از کجا کسب کنید..... 131
- C. مشکلات مرتبط با مزایای شما..... 133
- C1. استفاده از روند مربوط به تصمیم گیری درباره پوشش دهی خدمات، و درخواست تجدید نظر، یا طرح شکایت 133
- D. تصمیم ها و درخواست های تجدید نظر مرتبط با پوششدهی..... 133
- D1. نگاه کلی به تصمیم گیری های مربوط به پوشش دهی طرح و درخواست های تجدیدنظر 133
- D2. دریافت راهنمایی در رابطه با تصمیم گیری های مربوط به پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر 133
- D3. کدام بخش از این فصل به شما کمک می کند 134
- E. مشکلات مربوط به خدمات، اقلام و داروها (بغیر از داروهای بخش D) 135
- E1. چه زمانی باید از این قسمت استفاده کنید 135
- E2. درخواست تصمیم گیری نسبت به پوشش دهی خدمات 136
- E3. درخواست تجدید نظر مرحله 1 مربوط به خدمات، اقلام و داروها (به جز داروهای بخش D) 138
- E4. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 مربوط به خدمات، اقلام و داروها (به جز داروهای بخش D) 141
- E5. مشکلات مربوط به پرداخت 146
- F. داروهای بخش D 147
- F1. اگر مشکلی در رابطه با دریافت داروهای بخش D داشتید یا اگر از ما بخواهید که هزینه داروهای بخش D را برگردانیم، چه کاری انجام دهید..... 147
- F2. استثنا به چه معنی است 148
- F3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست اعمال استثنا از آنها مطلع باشید 149
- F4. نحوه درخواست تصمیم گیری پوشش دهی درباره داروهای بخش D یا بازپرداخت هزینه برای داروهای بخش D، از جمله موارد استثنا 150
- F5. مرحله 1 تجدیدنظر برای داروهای بخش D 152
- F6. مرحله 2 تجدیدنظر برای داروهای بخش D 154



- G. درخواست پوشش دهی مدت زمان بیشتر بستری شدن در بیمارستان..... 155
- G1. کسب اطلاعاتی درباره حقوق Medicare..... 155
- G2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان..... 156
- G3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان..... 158
- G4. اگر یک موعد مقرر ارائه درخواست تجدید نظر را از دست بدهم چه اتفاقی می افتد؟..... 159
- H. اگر فکر می کنید که خدمات درمانی از سلامت، خدمات پرستاری حرفه ای یا خدمات توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) شما به زودی تمام شود، چه کار باید انجام دهید..... 161
- H1. پیش از اینکه پوشش دهی خدمات را تمام کنیم، از پیش به شما اطلاع خواهیم داد..... 161
- H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 برای ادامه خدمات درمانی..... 161
- H3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای ادامه خدمات درمانی..... 163
- H4. اگر تاریخ تعیین شده برای درخواست تجدید نظر مرحله 1 را از دست بدهید چه اتفاقی رخ می دهد..... 164
- I. درخواست بررسی فراتر از مرحله 2..... 166
- I1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare..... 166
- I2. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medi-Cal..... 166
- J. نحوه طرح شکایت..... 167
- J1. در رابطه با چه مشکلاتی باید شکایت کرد؟..... 167
- J2. شکایتهای داخلی..... 168
- J3. شکایتهای خارجی..... 169



A. اگر مشکلی داشتید چه کاری باید انجام دهید

در این بخش اطلاعات مربوط به اقدامات مورد نیاز هنگام بروز مشکلی در رابطه با طرح یا ارائه خدمات و نحوه پرداخت توضیح داده شده است. Medicare و Medi-Cal این فرایندها را تأیید کرده اند. هر فرایند شامل مجموعه ای از قوانین، مراحل و تاریخ‌های معین است که باید ما و شما رعایت کنیم.

A1. درباره عبارات حقوقی

برای برخی از قوانین و مواعده‌های معین مذکور در این بخش عبارات حقوقی مشکلی وجود دارد. بسیاری از این عبارات حقوقی ممکن است به سختی قابل درک باشد، بنابراین ما از کلمات ساده تر به جای واژه‌های دقیق حقوقی استفاده کرده ایم. ما تا جایی که امکان داشته باشد کمتر از اختصارها استفاده کرده ایم.

به عنوان مثال، ممکن است بگوییم:

- "شکایت کنید" به جای اینکه "دعوی خود را مطرح کنید"
 - "تصمیم درباره پوشش دهی" به جای "تصمیم سازمانی"، "معین سازی مزایا"، "ریسک شناسی" یا "معین سازی پوشش"
 - "تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی" به جای "تعیین تسریع یافته"
- اطلاع از واژه‌های مناسب حقوقی به شما کمک می کند تا بتوانید ارتباط شفاف تری داشته باشید، بنابراین ما این واژگان را نیز ارائه کرده ایم.

B. برای دریافت کمک با کجا باید تماس گرفت

B1. اطلاعات و راهنمایی را از کجا کسب کنید

بعضی مواقع آغاز یا پیگیری مراحل رسیدگی به یک مشکل ممکن است گیج کننده باشد. زمانی که احساس سلامتی نمی کنید یا انرژی کافی ندارید، این امر بیشتر محسوس است. برخی مواقع ممکن است دانش کافی جهت طی مراحل مورد نیاز نداشته باشید.

می توانید از **Cal MediConnect Ombuds** راهنمایی دریافت کنید

اگر به راهنمایی نیاز داشتید، همواره می توانید با **Cal MediConnect Ombuds** تماس بگیرید. **Cal MediConnect Ombuds** یک طرح بازرسی کل می باشد که می تواند پاسخگوی پرسش‌های شما باشد و به شما کمک کند جهت حل مشکل خود چه اقدامی باید انجام دهید. **Cal MediConnect Ombuds** با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا طرح‌های بیمه درمانی ارتباطی ندارد. این تیم می تواند به شما کمک کند تا مراحل مورد نیاز برای پیگیری مشکل خود را متوجه شوید. شماره تلفن **1-855-501-3077** برای تماس با **Cal MediConnect Ombuds** در نظر گرفته شده است. این خدمات به صورت رایگان ارائه می شوند. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره برنامه‌های **ombudsman** به فصل 2 مراجعه کنید.

می توانید از طرح مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه بهداشتی راهنمایی دریافت کنید.

همچنین می توانید از طرح مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه بهداشتی (**HICAP**) راهنمایی دریافت کنید. مشاوران **HICAP** می توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا در زمینه برطرف کردن مشکلاتتان تصمیم گیری کنید. **HICAP** با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح درمانی مرتبط نیست. **HICAP** دارای مشاورین آموزش دیده در هر کشور است و خدمات آن رایگان است. **HICAP** به شماره تلفن **1-800-434-0222** می باشد.

دریافت راهنمایی از Medicare

می توانید برای دریافت راهنمایی در رابطه با مشکلات خود مستقیماً با **Medicare** تماس بگیرید. در اینجا دو روش برای دریافت راهنمایی 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.
- **TTY: 1-877-486-2048**. برقراری تماس رایگان است.
- از وب سایت **Medicare** به آدرس www.medicare.gov بازدید کنید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن **(855) 665-4627**، **TTY: 711** در روزه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با **Molina Dual Options** تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



می توانید از بخش خدمات مراقبت بهداشتی مدیریت شده در کالیفرنیا راهنمایی دریافت کنید

در این پاراگراف، عبارت "نارضایتی" به معنای درخواست تجدیدنظر یا اقامه شکایت در مورد خدمات Medi-Cal، طرح درمانی یا یکی از ارائه دهندگان شما می باشد.

بخش خدمات مراقبت بهداشتی مدیریت شده مسئول سامان بخشی به طرح های خدمات درمانی است. در صورت هرگونه نارضایتی در رابطه با طرح درمانی خود، باید ابتدا با طرح خود به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید و پیش از تماس با اداره فوق، از فرآیند نارضایتی طرح درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این فرآیند دعوی باعث تضییع حقوق قانونی احتمالی یا ارائه درمان های در دسترس شما نخواهد شد. در صورت نارضایتی از خدمات اورژانس، نارضایتی که به طور رضایتبخش توسط طرح درمانی شما حل و فصل نشده است یا نارضایتی که برای بیش از 30 روز حل نشده باقی مانده است، می توانید برای دریافت کمک با این اداره تماس بگیرید. ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) هم باشید. اگر برای IMR واجد شرایط باشید، IMR یک بررسی بیطرفانه از تصمیم گیری های پزشکی توسط طرح بهداشتی در رابطه با ضرورت ارائه خدمات یا درمان ها، تصمیم گیری های مربوط به پوشش دهی برای موارد درمانی تجربی یا تحقیقاتی، و دعوی مربوط پرداخت برای خدمات اورژانسی یا خدمات پزشکی فوریتی انجام می دهد. سازمان همچنین یک شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) و یک خط TDD (1-877-688-9891)، برای افراد دارای مشکل شنوایی و گفتاری دارد. وب سایت اینترنتی این اداره به آدرس www.dmhca.gov حاوی فرم های شکایت، فرم های تقاضا برای IMR و دستورالعمل های آنلاین می باشد.

دریافت راهنمایی از طرف Medi-Cal

می توانید برای دریافت راهنمایی در مورد مشکلاتی که با Medi-Cal دارید مستقیماً با Cal MediConnect Ombuds تماس بگیرید. شماره تلفن 1-855-501-3077 است.

دریافت راهنمایی از سازمان بهبود کیفیت (QIO)

می توانید برای دریافت راهنمایی در رابطه با مشکلات خود مستقیماً با Livanta (QIO) تماس بگیرید. با Livanta به شماره 811-588-1123، (877) TTY: 887-6668 (855) تماس بگیرید.



C. مشکلات مرتبط با مزایای شما

C1. استفاده از روند مربوط به تصمیم گیری درباره پوشش دهی خدمات، و درخواست تجدید نظر، یا طرح شکایت

اگر مشکل یا نگرانی داشتید، فقط کافی است قسمت هایی از این بخش که به مشکل شما مرتبط است را مطالعه کنید. در جدول زیر به شما کمک می شود تا قسمت مرتبط با مشکلات یا شکایت های خود در این بخش را پیدا کنید.

آیا مشکل یا نگرانی شما درباره مزایای پوشش دهی طرح است؟	
(از جمله مشکلات مرتبط با خدمات مراقبت پزشکی خاص، این که خدمات و پشتیبانی بلند مدت یا داروهای نسخه ای پوشش داده می شود یا خیر، روش پوشش دهی این موارد و مشکلات مرتبط با پرداخت هزینه خدمات درمانی پزشکی یا داروهای نسخه ای.)	
بله. مشکل من در مورد مزایای پوشش دهی نیست.	خیر. مشکل من در مورد مزایای پوشش دهی نیست.
مراجعه به بخش E: "تصمیمات و درخواست های تجدیدنظر برای پوشش دهی" در صفحه 135.	به بخش L مراجعه کنید: "چگونگی تسلیم شکایت" در صفحه 167.

D. تصمیم ها و درخواست های تجدید نظر مرتبط با پوشش دهی

D1. نگاه کلی به تصمیم گیری های مربوط به پوشش دهی طرح و درخواست های تجدیدنظر

این فرآیند شامل درخواست تصمیم گیری درباره پوشش دهی طرح و درخواست های تجدیدنظر در رابطه با مشکلات مرتبط با مزایای پوشش دهی طرح است. همچنین شامل مشکلاتی در رابطه با پرداخت هزینه ها است. شما مسئولیتی در قبال هزینه های Medicare، بجز فرانشیز بخش D فرانشیز، ندارید.

تصمیم گیری درباره پوشش دهی طرح چیست؟

تصمیم گیری درباره پوشش دهی طرح یک تصمیم گیری اولیه درباره مزایای پوشش دهی شما، یا درباره مبلغی پرداختی توسط ما برای خدمات پزشکی، موارد مختلف یا داروهای شما است. تصمیم گیری درباره پوشش دهی به تصمیم هایی اطلاق می شود که ما درباره خدمات تحت پوشش برای شما و مبالغ پرداختی برای این خدمات اتخاذ می کنیم.

اگر شما یا پزشک شما مطمئن نیستید که خدمات، اقلام یا دارویی توسط Medicare یا Medi-Cal تحت پوشش قرار می گیرد یا خیر، شما یا پزشک شما می توانید پیش از ارائه/دریافت این خدمات، اقلام یا داروها یک درخواست تصمیم گیری درباره پوشش دهی طرح داشته باشید.

درخواست تجدیدنظر به چه معنا است؟

درخواست تجدیدنظر یک روش رسمی است که اگر فکر می کنید در تصمیم گیری خود اشتباه کرده ایم، طی آن ما درخواست می کنیم تصمیم مربوطه را بازبینی کنیم و تغییر دهیم. به عنوان مثال، ممکن است ما تصمیم بگیریم که خدمات، اقلام یا داروی مورد نظر شما تحت پوشش نباشد یا اینکه دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal قرار نگیرد. اگر شما یا پزشک شما با این تصمیم مخالف باشید، می توانید درخواست تجدیدنظر دهید.

D2. دریافت راهنمایی در رابطه با تصمیم گیری های مربوط به پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر

برای درخواست راهنمایی درباره تصمیم های پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر، باید به چه کسی مراجعه کنم؟



می توانید از یکی از این افراد درخواست راهنمایی داشته باشید:

- با خدمات اعضا، از طریق شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.
- برای دریافت راهنمایی رایگان با طرح Cal MediConnect Ombuds تماس بگیرید. Cal MediConnect Ombuds در زمینه مشکلات مربوط به خدمات یا صورتحساب به اعضای Cal MediConnect کمک می کند. شماره تلفن 1-855-501-3077 است.
- برای دریافت راهنمایی رایگان با طرح مشاوره و پشتیبانی در زمینه بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید. HICAP یک سازمان مستقل می باشد. این سازمان ربطی به این طرح درمانی ندارد. شماره تلفن 1-800-434-0222 است.
- برای دریافت راهنمایی رایگان، با مرکز راهنمایی بخش خدمات بهداشت مراقبتی مدیریت شده (DMHC) تماس بگیرید. DMHC برای کنترل و نظارت بر طرح های درمانی مسئول است. DMHC به اشخاص ثبت نام شده در Cal MediConnect در مورد درخواست تجدیدنظر مربوط به خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورتحساب کمک می کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. افرادی که ناشنوا هستند و مشکل شنوایی یا گفتاری دارند می توانند از شماره رایگان 1-877-688-9891 TDD استفاده کنند.
- با پزشک خود یا یک ارائه دهنده دیگر صحبت کنید. پزشک یا ارائه دهنده دیگری می تواند درخواست تصمیم گیری درباره پوشش دهی طرح یا درخواست تجدیدنظر از طرف شما ارائه کند.
- با یکی از دوستان یا اعضای خانواده خود صحبت کنید و از آنها بخواهید تا از طرف شما اقدام کنند. می توانید فرد دیگری را نام ببرید تا به عنوان "نماینده" از طرف شما درخواست تصمیم گیری نسبت به پوشش دهی طرح یا درخواست تجدیدنظر داشته باشد.
 - اگر می خواهید یکی از دوستان، اقوام یا فردی دیگر به عنوان نماینده شما اقدام کند، با خدمات اعضا تماس بگیرید و فرم "انتصاب نماینده" را درخواست کنید. شما همچنین از طریق سایت www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا در وب سایت ما به آدرس www.MolinaHealthcare.com/Duals می توانید این فرم را دریافت کنید. در این فرم به فرد اجازه داده می شود که از طرف شما اقدام کند. باید یک نسخه از فرم امضا شده را در اختیار ما قرار دهید.
- شما همچنین از این حق برخوردار هستید تا از یک وکیل بخواهید که از طرف شما اقدام کند. همچنین می توانید با وکیل خود تماس بگیرید یا نام وکیلی را از بین لیست وکلای مورد تأیید یا دیگر خدمات ارجاعی انتخاب کنید. بعضی از گروه های حقوقی در صورتی که واجد شرایط باشید خدمات حقوقی را به صورت رایگان در اختیار شما قرار می دهند. اگر می خواهید یک وکیل از طرف شما نمایندگی داشته باشد، لازم است که فرم "انتصاب نماینده" را پر کنید. می توانید از Health Consumer Alliance به شماره 1-888-804-3536 برای یک وکیل امداد حقوقی رایگان (legal aid) درخواست کنید.
 - با این حال، شما برای درخواست هر گونه تصمیم درباره پوشش دهی و یا هر گونه تجدیدنظر خواهی نیازی به وکیل ندارید.

D3. کدام بخش از این فصل به شما کمک می کند

- چهار شرایط مختلف وجود دارد که در رابطه با تصمیم گیری درباره پوشش دهی و درخواست بررسی است. هرکدام از این شرایط دارای قوانین و مواعید مقرر متفاوتی است ما این بخش را به دو قسمت مختلف تقسیم کرده ایم تا به شما کمک شود قوانین مورد نیاز را به سهولت پیدا کنید. فقط کافی است که قسمت مربوط به مشکل خود را بخوانید:
- اگر مشکلاتی در رابطه با خدمات، اقلام یا داروها (به جز داروهای بخش D) داشته باشید، در بخش E در صفحه 135 اطلاعاتی در این رابطه ارائه شده است. به عنوان مثال، در شرایط زیر از این بخش استفاده کنید:
 - خدمات درمانی مورد نیاز را دریافت نکرده اید و فکر می کنید که این خدمات درمانی تحت پوشش طرح ما است.
 - اگر ما خدمات، اقلام یا داروهایی که پزشک شما می خواهد در اختیار شما قرار دهد را تأیید نکرده ایم و فکر می کنید که این خدمات درمانی باید تحت پوشش قرار بگیرد.
 - توجه: فقط در صورتی از بخش E استفاده کنید که این داروها توسط بخش D تحت پوشش نباشد. داروهای موجود در لیست داروهای تحت پوشش که لیست دارو نیز خوانده می شود و با یک ستاره (*) مشخص شده است تحت پوشش بخش D نیست. جهت درخواست تجدیدنظر درباره داروهای بخش D، به قسمت F در صفحه 147 مراجعه کنید.



- اگر خدمات یا مراقبت پزشکی دریافت می کنید که معتقدید باید تحت پوشش قرار بگیرد اما ما هزینه آن را پرداخت نمی کنیم.
- اگر هزینه خدمات پزشکی یا اقلامی که فکر می کنید تحت پوشش بوده است را پرداخت کرده اید و از ما می خواهید که هزینه را به شما عودت دهیم.
- اگر به شما اعلام شده است که پوشش دهی مربوط به خدمات مراقبت پزشکی در حال کم شدن یا متوقف شدن است و شما با این تصمیم گیری مخالف هستید.
- توجه: اگر خدمات که متوقف می شود مربوط به پوشش خدمات بیمارستانی، خدمات مراقبت بهداشتی درون منزل، مراکز پرستاری حرفه ای یا امکانات جامع توانبخشی بیماران سرپایی (CORF) باشد، لازم است که قسمتی جداگانه از این فصل را بخوانید زیرا قوانینی خاص در مورد این نوع خدمات اعمال می شود. به بخش های G و H در صفحات 155 و 161 مراجعه کنید.
- در بخش F در صفحه 147 اطلاعاتی درباره داروهای بخش D در اختیار شما قرار خواهد گرفت. به عنوان مثال، در شرایط زیر از این بخش استفاده کنید:
 - درخواست جهت اعمال استثنا برای پوشش دهی داروی بخش D که در لیست دارو نیست.
 - درخواست لغو محدودیت های تعداد داروی دریافتی.
 - درخواست پوشش دهی دارویی که به دریافت تأییدیه قبلی نیاز دارد.
 - اگر ما درخواست شما برای پوشش دهی اعمال استثنا را نپذیریم و شما یا پزشک شما یا دیگر تجویز کنندگان فکر می کنید که ما باید این امر را بپذیریم.
 - درخواست کنید که هزینه داروی نسخه ای که از پیش خریداری کرده اید را پرداخت کنیم. (این مورد درخواست برای تصمیم گیری نسبت به پوشش دهی خدمات در رابطه با پرداخت هزینه ها است.)
- در بخش G در صفحه 155 اطلاعاتی درباره نحوه درخواست از ما برای پوشش دهی مدت زمان بیشتر بستری شدن در بیمارستان ارائه شده است، در صورتی که فکر می کنید پزشک زودتر از موعد مقرر شما را ترخیص کرده است. در شرایط زیر از این بخش استفاده کنید:
 - اگر در بیمارستان هستید و فکر می کنید که پزشک از شما خواسته است که بسیار زودتر از موعد مقرر بیمارستان را ترک کنید.
- در بخش H در صفحه 161 اطلاعاتی ارائه شده است که اگر فکر می کنید خدمات درمانی در منزل، مراکز پرستاری تخصصی و امکانات جامع بازپروری بیماران سرپایی (CORF) بسیار زود در حال اتمام هستند، می توانید به آنها مراجعه کنید.

اگر مطمئن نیستید که از کدام بخش باید استفاده کنید، از طریق شماره (855) 665-4627 یا TTY به شماره: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.

اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز داری، لطفاً با طرح Cal MediConnect Ombuds به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

E. مشکلات مربوط به خدمات، اقلام و داروها (بغیر از داروهای بخش D)

E1. چه زمانی باید از این قسمت استفاده کنید

این قسمت درباره اقدامات لازم برای حل مشکلات مرتبط با مزایای خدمات و پشتیبانی های پزشکی، سلامت رفتار و خدمات بلند مدت (LTSS) است. شما همچنین می توانید از این قسمت برای مشکلات مربوط به داروهایی که تحت پوشش بخش D نیست، از جمله داروهای Medicare بخش B، استفاده کنید. داروهای موجود در "لیست دارو" که با علامت ستاره (*) مشخص شده است، تحت پوشش بخش D نیست. از بخش F برای درخواست تجدید نظر برای داروهای بخش D استفاده کنید.



این قسمت درباره اقدامات مربوط به مشکلات زیر توضیح داده است:

1. زمانی که فکر می کنید خدمات و پشتیبانی بلند مدت (LTSS)، خدمات پزشکی یا سلامت رفتاری مورد نیاز شما را تحت پوشش قرار می دهیم اما این خدمات به شما ارائه نمی شود.
چه کاری می توانید انجام دهید: می توانید از ما درخواست کنید تا تصمیمی درباره پوشش دهی اتخاذ کنیم. به منظور کسب اطلاعات در مورد درخواست نسبت به تصمیم گیری درباره پوشش دهی طرح به قسمت E2 در صفحه 136 مراجعه کنید.
 2. ما خدمات درمانی که پزشک شما می خواهد به شما ارائه دهد را تأیید نکردیم و شما فکر می کنید که باید آن را تأیید می کردیم.
چه کاری می توانید انجام دهید: شما می توانید برای بررسی تصمیمی که مبنی بر عدم تأیید خدمات درمانی بوده است یک درخواست تجدیدنظر بدهید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدید نظر، به قسمت E3 در صفحه 138 مراجعه کنید.
 3. اگر خدمات یا اقلامی دریافت کرده اید که فکر می کنید تحت پوشش ما است اما ما هزینه آن را پرداخت نمی کنیم.
چه کاری می توانید انجام دهید: شما می توانید برای بررسی تصمیم ما که مبنی بر عدم پرداخت هزینه ها بوده است یک درخواست تجدیدنظر بدهید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدید نظر، به قسمت E3 در صفحه 138 مراجعه کنید.
 4. هزینه خدمات یا اقلامی که فکر می کنید تحت پوشش بوده است را پرداخت کرده اید و از ما می خواهید تا هزینه آن خدمات یا موارد را به شما عودت دهیم.
چه کاری می توانید انجام دهید: می توانید از ما بخواهید که آن هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. جهت اطلاعات بیشتر درباره درخواست پرداخت توسط ما، به بخش E5 در صفحه 146 مراجعه کنید.
 5. ما پوشش شما را برای خدمات تخصصی متوقف کرده یا کاهش داده ایم، و شما با تصمیم ما مخالف هستید.
چه کاری می توانید انجام دهید: می توانید درخواست بررسی تصمیم گیری ما نسبت به کم شدن یا توقف خدمات را داشته باشید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدید نظر، به قسمت E3 در صفحه 138 مراجعه کنید.
- توجه:** اگر پوششی که متوقف خواهد شد برای خدمات درمانی بیمارستانی، خدمات درمانی در خانه، خدمات درمانی مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) می باشد، ممکن است مقررات ویژه ای اعمال شوند. برای اطلاعات بیشتر به بخش های G یا H در صفحات 155 و 161 مراجعه کنید.

E2. درخواست تصمیم گیری نسبت به پوشش دهی خدمات

نحوه درخواست برای تصمیم گیری نسبت به پوشش دهی خدمات برای دریافت خدمات و پشتیبانی بلند مدت و خاص، سلامت رفتاری یا خدمات پزشکی (CBAS یا خدمات NG)

برای درخواست تصمیم گیری نسبت به پوشش دهی خدمات، با ما تماس بگیرید، نامه یا فکس ارسال کنید یا از نماینده خود یا پزشکتان بخواهید تا از ما درخواست تصمیم گیری داشته باشد.

- می توانید از طریق این شماره با ما تماس بگیرید: (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.
- می توانید به این شماره برای ما فکس ارسال کنید: (310) 507-6186
- می توانید به این آدرس برای ما نامه ارسال کنید: 200 OceanGate, Suite 100, Long Beach, CA 90802

چه مدت طول می کشد تا درباره پوشش دهی خدمات، تصمیم گیری شود؟

پس از اینکه درخواست کرده و ما همه اطلاعات مورد نیاز را دریافت کردیم، معمولاً 5 روز کاری طول می کشد تا ما تصمیم خود را اتخاذ کنیم مگر اینکه درخواست شما برای داروی نسخه ای Medicare بخش B باشد. اگر برای یک داروی نسخه ای Medicare بخش B درخواست کنید، ما در ظرف کمتر از 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما تصمیم خواهیم گرفت. اگر ظرف 14 روز (یا 72 ساعت برای داروی نسخه ای Medicare بخش B) تصمیممان را به اطلاع شما نرسانیم، می توانید درخواست تجدیدنظر نمایید.



بعضی مواقع ما به زمان بیشتری نیاز داریم و یک نامه برایتان ارسال می کنیم که در آن به شما گفته می شود 14 روز یا بیشتر ممکن است طول بکشد. این نامه توضیح می دهد که چرا به زمان بیشتری نیاز است. در صورتیکه درخواست شما برای یک داروی نسخه ای Medicare بخش B باشد، ما نمی توانیم برای ارائه تصمیم به شما وقت بیشتری صرف کنیم.

آیا می توانم تصمیم گیری درباره پوشش دهی خدمات سریع تری داشته باشم؟

بله. اگر به دلیل وضعیت سلامتتان به پاسخ سریعتری نیاز دارید، از ما بخواهید تا "تصمیم گیری سریع درباره پوشش طرح" داشته باشیم. اگر درخواست را قبول کنیم، تصمیم خود را در ظرف 72 ساعت (یا در ظرف 24 ساعت برای داروی نسخه ای Medicare بخش B) به شما اطلاع خواهیم داد.

اصطلاح حقوقی "تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی" عبارت است از "تشخیص تسریع شده".

اما بعضی مواقع ما به زمان بیشتری نیاز داریم و یک نامه برایتان ارسال می کنیم که در آن به شما گفته می شود 14 روز یا بیشتر ممکن است طول بکشد. این نامه توضیح می دهد که چرا به زمان بیشتری نیاز است. در صورتیکه درخواست شما برای یک داروی نسخه ای Medicare بخش B باشد، ما نمی توانیم برای ارائه تصمیم به شما وقت بیشتری صرف کنیم.

درخواست تصمیم گیری سریع نسبت به پوشش دهی خدمات

- توسط تماس یا ارسال فکس برای ما برای درخواست پوشش خدمات درمانی می خواهید شروع کنید.
 - با ما به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 بعداز ظهر به وقت محلی یا به شماره (310) 507-6186 برای ما فکس ارسال کنید.
 - جزئیات دیگر درباره نحوه تماس با ما را در فصل 2 بیابید.
- همچنین می توانید از ارائه دهنده یا نماینده خود درخواست کنید که برای یک تصمیم پوشش سریع برای شما اقدام کند.
- در اینجا قوانینی برای درخواست تصمیم گیری نسبت به پوشش دهی سریع ارائه شده است:**
- باید از دو شرط زیر تبعیت کنید تا بتوانید تصمیم گیری سریع نسبت به پوشش دهی خدمات را در اختیار داشته باشید.
1. تنها در صورتی می توانید از فرصت تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی خدمات برخوردار باشید که درخواست شما برای پوشش دهی خدمات یا موردی باشد که هنوز آن را دریافت نکرده اید. (اگر درخواست شما درباره پرداخت هزینه خدمات درمانی یا موردی باشد که قبلاً آن را دریافت کرده اید، نمی توانید برای تصمیم گیری سریع نسبت به پوشش دهی درخواستی داشته باشید.)
 2. تنها در صورتی می توانید از تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی برخوردار باشید که 14 روز تقویمی مهلت استاندارد (با 72 ساعت مهلت برای داروهای نسخه ای Medicare بخش B) سبب شود آسیب جدی به سلامت شما برسد یا بر توانایی شما در انجام امور تأثیر بدی بگذارد.
- اگر پزشکتان بگوید که به تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی نیاز دارید، ما فوراً این کار را انجام می دهیم.
 - اگر درخواست تصمیم گیری سریع نسبت به پوشش دهی را دارید اما پزشکتان از شما پشتیبانی نمی کند، ما تصمیم گیری می کنیم که آیا این مورد را دریافت کنید یا خیر.
 - اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما از شرایط موجود برای تصمیم گیری سریع نسبت به پوشش دهی برخوردار نیست، یک نامه برایتان ارسال می کنیم. ما نیز در عوض از 14 روز تقویمی مهلت استاندارد (با 72 ساعت مهلت برای داروهای نسخه ای Medicare بخش B) استفاده خواهیم کرد.
 - در این نامه به شما گفته می شود که اگر پزشکتان درخواست تصمیم گیری سریع نسبت به پوشش دهی را داشته باشد، ما به صورت خودکار این کار را انجام می دهیم.
 - همچنین در این نامه به شما گفته می شود که چطور می توانید یک "شکایت سریع" درباره تصمیم گیری ما برای انجام تصمیم گیری استاندارد درباره پوشش دهی به جای تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی داشته باشید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره مراحل ارائه شکایت، از جمله شکایت های سریع، به قسمت 10 در صفحه 167 مراجعه کنید.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعداز ظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



اگر پاسخ تصمیم گیری درباره پوشش دهی منفی باشد، چطور از این امر مطلع خواهیم شد؟

اگر پاسخ منفی باشد، ما یک نامه برایتان ارسال می کنیم و دلیل پاسخ منفی را در آن شرح می دهیم.

- اگر پاسخ ما منفی باشد، شما از این حق برخوردار هستید تا یک درخواست تجدیدنظر برای تغییر این تصمیم بدهید. درخواست تجدیدنظر به این معنا است که از ما می خواهید تصمیم خود نسبت به رد پوشش دهی را مورد تجدیدنظر قرار دهیم.
- اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دارید، این امر بدان معنا است که به مرحله 1 از فرآیند درخواست تجدیدنظر منتقل می شوید (برای اطلاعات بیشتر به بخش بعدی مراجعه کنید).

E3. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 مربوط به خدمات، اقامت و داروها (به جز داروهای بخش D)

درخواست تجدیدنظر به چه معنا است؟

درخواست تجدیدنظر یک روش رسمی است که اگر فکر می کنید در تصمیم گیری خود اشتباه کرده ایم، طی آن از ما درخواست می کنید تصمیم مربوطه را بازبینی کنیم و تغییر دهیم. اگر شما یا پزشک شما یا یک ارائه دهنده دیگر با تصمیم ما مخالف هستید، می توانید درخواست بررسی داشته باشید.

در اکثر مواقع، باید خود شما در مرحله 1 درخواست بررسی را شروع کنید. اگر نمی خواهید که برای خدمات ابتدا به طرح درمانی درخواست تجدیدنظر کنید، اگر مشکل درمانی شما فوری بوده یا مربوط به یک تهدید فوری و جدی به سلامتی شما می شود، یا اگر درد شدید دارید و به تصمیم فوری نیاز دارید، می توانید از اداره خدمات درمانی مدیریت شده به آدرس www.dmhc.ca.gov برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 166 مراجعه فرمایید.

اگر در طی مراحل درخواست تجدیدنظر به راهنمایی نیاز داشتید، می توانید از طریق شماره 1-855-501-3077 با Cal MediConnect Ombuds Program تماس بگیرید. Cal MediConnect Ombuds Program با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های بیمه درمانی ارتباطی ندارد.

درخواست تجدیدنظر مرحله 1 چیست؟

درخواست تجدیدنظر مرحله 1، نخستین درخواست تجدیدنظر به طرح ما است. ما صحت تصمیم گیری در خصوص پوشش دهی را مورد بررسی قرار خواهیم داد. مسئول بررسی فردی است که تصمیم گیری پوشش دهی اولیه را انجام نداده است. هنگامی که بررسی را انجام دادیم، تصمیم خود را به صورت کتبی به شما اطلاع می دهیم.

در صورتی که پس از بررسی به شما اعلام کنیم که اقامت یا خدمات مورد نظر تحت پوشش قرار نمی گیرد، پرونده شما ممکن است به مرحله 2 درخواست تجدیدنظر منتقل شود.

نگاه اجمالی: چطور می توانم درخواست تجدیدنظر مرحله

1 داشته باشم

شما، پزشکتان یا نماینده شما می توانید به صورت کتبی درخواستتان را برای ما ارسال کنید یا آن را فکس کنید. همچنین می توانید از طریق تماس تلفنی درخواست تجدیدنظرتان را عنوان کنید.

- درخواستتان را ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم گیری، ارائه کنید. اگر به دلیل موجهی نتوانستید در این موعد مقرر اقدام کنید، شما ممکن است همچنان بتوانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید (رجوع به صفحه 166).
- اگر شما به این دلیل درخواست کرده اید که ما اعلام کردیم سرویس دریافتی توسط شما تغییر پیدا کرده یا متوقف خواهد شد، در صورتی که می خواهید در طول فرآیند تجدیدنظر درخواست برای شکایت روزهای کمتری فرصت دارید (رجوع به صفحه 166).
- برای اطلاع درباره مدت زمان مربوط به درخواست شما به مطالعه این بخش ادامه دهید.



چطور می توانم درخواست بررسی مرحله 1 داشته باشم؟

- جهت آغاز مرحله درخواست تجدیدنظر، شما یا پزشک شما یا یک ارائه دهنده دیگر و یا نماینده شما باید با ما تماس بگیرید. شما می‌توانید برای درخواست تیم مراقبتی از طریق شماره 665-4627 (855)، TTY: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید. به منظور اطلاع از جزئیات بیشتر درباره نحوه تماس با ما در مورد درخواست تجدیدنظر، به فصل 2 مراجعه کنید.
- می‌توانید درخواست "تجدیدنظر استاندارد" یا "تجدیدنظر سریع" داشته باشید.
- اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد یا سریع را دارید، باید درخواست خود را به صورت کتبی ارائه کنید یا با ما تماس بگیرید.
 - می‌توانید درخواست کتبی را به آدرس زیر ارسال کنید: PO Box 22816, Long Beach, CA 90802
 - می‌توانید از طریق ایمیل زیر درخواست خود را ارسال کنید: Medicare.appealsandgrievances@molinahealthcare.com
 - برای درخواست تجدیدنظر می‌توانید به شماره 665-4627 (855)، TTY: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.

اصطلاح حقوقی برای "تجدید نظر سریع" عبارت است از "تسریع یافته".

- ما، ظرف 5 روز تقویمی از زمان دریافت تجدیدنظر، نامه ای مبنی بر دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای شما ارسال خواهیم کرد.

آیا فرد دیگری می تواند درخواست تجدیدنظر را برای من ارائه کند؟

بله. پزشک شما یا یک ارائه دهنده دیگر می تواند درخواست تجدیدنظر را برای شما ارائه کند. همچنین فردی بجز پزشک یا ارائه دهنده دیگر می تواند درخواست تجدیدنظر را از جانب شما ارائه کند اما ابتدا باید یک فرم تخصیص نماینده را پر کنید. در این فرم به آن فرد اجازه می دهید که از طرف شما اقدام کند.

جهت دریافت فرم تخصیص نماینده، درخواست خود را با خدمات اعضا مطرح کنید یا این که به وب سایت Medicare به آدرس www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf و یا به وب سایت www.MolinaHealthcare.com/Duals مراجعه کنید.

اگر درخواست تجدیدنظر از طرف فردی بجز خود شما، پزشک یا یک ارائه دهنده دیگر ارسال می شود، ما باید فرم تکمیل شده تخصیص نماینده را نیز دریافت کنیم تا بتوانیم درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنیم.

چه مدت زمان برای ارائه درخواست فرصت داریم؟

باید ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ ارسال نامه و اعلام تصمیم ما، نسبت به درخواست تجدیدنظر اقدام کنید.

اگر این موعد مقرر 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. نمونه هایی از دلایل موجه عبارت است از: ابتلا به یک بیماری جدی یا اشتباه از جانب ما در مورد موجد مقرر جهت ارائه درخواست تجدیدنظر. شما باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر در درخواست تجدید نظر خود را توضیح دهید.

توجه: اگر شما به این دلیل درخواست تجدیدنظر کرده‌اید که ما اعلام کرده ایم خدمات دریافتی ارائه شده به شما تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، در صورتی که می‌خواهید در طول فرآیند بررسی درخواست تجدیدنظر همچنان از خدمات مربوطه برخوردار شوید، روزهای کمتری جهت ارائه درخواست تجدیدنظر فرصت دارید. برای اطلاعات بیشتر به بخش «آیا مزایای من در طول درخواست‌های سطح 1 ادامه پیدا می‌کنند» در صفحه 161 مراجعه کنید.



آیا می توانم یک نسخه از پرونده خود داشته باشم؟

بله. برای دریافت یک نسخه رایگان یا بخش خدمات اعضا از طریق شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعداز ظهر به وقت محلی تماس بگیرید.

آیا پزشک من می تواند اطلاعاتی درباره درخواست تجدیدنظر من در اختیار شما قرار دهد؟

بله، شما و پزشک شما می توانید اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا درخواست تجدیدنظر شما معتبرتر باشد.

چگونه درباره درخواست تجدیدنظر تصمیم گیری می کنیم؟

ما کلیه اطلاعات دریافتی از شما درباره درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش دهی خدمات درمانی را به دقت بررسی می کنیم. سپس بررسی می کنیم که هنگامی که به درخواست شما پاسخ منفی داده ایم، از قوانین پیروی کرده ایم یا خیر. مسئول بررسی فردی است که تصمیم گیری اولیه را انجام نداده است.

اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم، ممکن است با شما یا پزشک شما تماس بگیریم.

چه زمانی نتیجه تصمیم گیری مربوط به درخواست تجدیدنظر "استاندارد" را دریافت خواهیم کرد؟

ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما (یا ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای داروی نسخه ای Medicare بخش B) به شما پاسخ دهیم. اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند، ما نتیجه این تصمیم گیری را سریع تر به شما اطلاع می دهیم.

- اگر ظرف 30 روز تقویمی (یا ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای داروی نسخه ای Medicare بخش B) به درخواست شما پاسخ ندهیم و مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقامت Medicare باشد، ما پرونده شما را به طور خودکار به مرحله تجدیدنظر 2 ارسال خواهیم کرد. در صورت بروز این حالت، به شما اطلاع می دهیم. اگر مشکل شما مرتبط به پوشش دهی خدمات یا اقامت مربوط به Medi-Cal است، لازم است که درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را شخصاً خود شما ارائه کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر مرحله 2، به قسمت E4 در صفحه 141 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی از یا کل موارد درخواست شما مثبت باشد، باید پوشش دهی را با در ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما (یا در ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای داروی نسخه ای Medicare بخش B)، پوشش مورد نظر را تأیید کنیم یا ارائه دهیم.

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما منفی باشد، نامه ای برای شما ارسال می کنیم. اگر مشکل شما درباره پوشش دهی خدمات یا اقامت مربوط به Medicare است، در نامه ارسالی به شما اطلاع می دهیم که پرونده شما برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 به "واحد بررسی مستقل" ارسال شده است. اگر مشکل شما مرتبط به پوشش دهی خدمات یا اقامت مربوط به Medi-Cal است، در این نامه به شما اطلاع داده می شود که چگونه شخصاً برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 اقدام کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر مرحله 2، به قسمت E4 در صفحه 141 مراجعه کنید.

چه زمان نتیجه تصمیم گیری مربوط به درخواست "سریع" را دریافت خواهیم کرد؟

اگر درخواست تجدیدنظر سریع داشته باشید، ما ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ می دهیم. چنانچه وضعیت سلامت شما ایجاب کند، ما سریع تر به شما پاسخ می دهیم.

- اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم و مشکل شما مرتبط به خدمات یا اقامت مربوط به Medicare باشد، به صورت خودکار پرونده شما به مرحله تجدیدنظر 2 ارسال می شود. در صورت بروز این حالت، به شما اطلاع می دهیم.
- اگر مشکل شما مرتبط به پوشش دهی خدمات یا اقامت مربوط به Medi-Cal است، لازم است که درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را شخصاً خود شما ارائه کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر مرحله 2، به قسمت E4 در صفحه 141 مراجعه کنید.

اگر پاسخ های ما به بخشی از یا کل موارد درخواست شما مثبت باشد، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، آن را تأیید یا به شما ارائه کنیم.



اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما منفی باشد، نامه ای برای شما ارسال می کنیم. اگر مشکل شما درباره پوشش دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medicare است، در نامه ارسالی به شما اطلاع می دهیم که پرونده شما برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 به "واحد بررسی مستقل" ارسال شده است. اگر مشکل شما مرتبط به پوشش دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medi-Cal است، در این نامه به شما اطلاع داده می شود که چگونه شخصاً برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 اقدام کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر مرحله 2، به قسمت E4 در صفحه 141 مراجعه کنید.

آیا مزایای من در طول درخواست تجدیدنظر مرحله 1 ادامه پیدا می کند

اگر ما تصمیم بگیریم پوشش خدمات یا اقلامی که پیش از این مورد تأیید بوده است را تغییر دهیم یا متوقف کنیم، اطلاعیه را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مخالف این اقدام هستید، می توانید یک درخواست تجدید نظر مرحله 1 ارائه دهید و از ما تقاضا کنید مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام مورد نظر را ادامه دهیم. شما باید درخواست را در یکی از موارد زیر یا پیش از آن تسلیم کنید تا همچنان از مزایای خود برخوردار شوید:

- طی 10 روز پس از تاریخ پست اطلاعیه ما درباره اقدام؛ یا
 - تاریخ موثر مورد نظر برای اقدام.
- اگر طی این مدت اقدام کنید، می توانید خدمات مورد بحث یا مورد مربوطه را طی بررسی درخواست تجدیدنظر خود دریافت کنید.

E4. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 مربوط به خدمات، اقلام و داروها (به جز داروهای بخش D)

اگر پاسخ طرح در مرحله 1 منفی باشد، پس از آن چه اتفاقی می افتد؟

- اگر ما به بخشی یا به تمام موارد درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ منفی بدهیم، یک نامه برای شما ارسال می کنیم. در این نامه به شما اطلاع داده می شود که آیا خدمات یا اقلام موجود معمولاً توسط Medicare یا Medi-Cal تحت پوشش قرار می گیرد یا خیر.
- اگر مشکل شما مرتبط به خدمات یا اقلام مربوط به Medicare است، ما به صورت خودکار و به محض تکمیل مرحله 1 درخواست تجدیدنظر، پرونده شما را به مرحله تجدیدنظر 2 ارسال می کنیم.
- اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقلام مربوط به Medi-Cal است، می توانید خود شما درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را شخصاً ارائه کنید. در این نامه درباره نحوه انجام این کار به شما اطلاع داده شده است. این اطلاعات در زیر نیز ارائه شده است.

درخواست تجدیدنظر مرحله 2 چیست؟

درخواست تجدیدنظر مرحله 2، دومین درخواست تجدیدنظر است که توسط یک سازمان مستقل که به طرح ما وابسته و مرتبط نیست انجام می گیرد.

مشکل من در مورد خدمات یا اقلام Medi-Cal می باشد. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 چیست؟

دو روش برای ارائه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای خدمات و اقلام مرتبط با Medi-Cal وجود دارد: (1) تسلیم شکایت یا بررسی مستقل پزشکی یا (2) دادرسی ایالتی.

(1) بررسی پزشکی مستقل

می توانید شکایت یا بررسی پزشکی (IMR) را به سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care, DMHC) تسلیم کنید. پس از تسلیم شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی می کند و نتیجه آن را بررسی اعلام خواهد کرد. IMR برای هرگونه خدمات یا اقلام پزشکی تحت پوشش Medi-Cal است. IMR یک بررسی درباره پرونده شما توسط پزشکی است که بخشی از طرح ما یا بخشی از DMHC نیست. اگر تصمیم گیری IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را در اختیار شما قرار دهیم. IMR رایگان است.



در موارد زیر می توانید شکایت کنید یا برای IMR درخواست دهید:

- رد، ایجاد تغییرات یا وجود تأخیر در خدمات یا درمان Medi-Cal به دلیل اینکه طرح تصمیم گرفته باشد که آن خدمات یا درمان ها از نظر پزشکی ضرورتی ندارد.
- اگر درمان تجربی یا تحقیقاتی Medi-Cal مرتبط به یک مشکل پزشکی حاد و جدی را تحت پوشش قرار ندهد.
- هزینه خدمات اورژانس یا فوریت‌های پزشکی Medi-Cal که پیش از این دریافت کرده اید را پرداخت نکند.
- درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما درباره خدمات Medi-Cal را طی 30 روز تقویمی برای درخواست تجدیدنظر استاندارد، و 72 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع، پاسخگو نبوده باشد.

توجه: اگر ارائه دهنده شما درخواست تجدیدنظر را برای شما ارائه دهد ولی فرم انتصاب نماینده را دریافت نکنیم، شما باید پیش از تسلیم IMR مرحله 2 به اداره خدمات مراقبت بهداشتی مدیریت شده درخواست تجدیدنظر خود را ارائه کنید.

اگر قبلاً درخواست دادرسی ایالتی را در مورد همان موضوع داده اید، شما برای IMR و دادرسی ایالتی واجد شرایط می باشید.

در اکثر موارد، پیش از درخواست IMR باید درخواست تجدیدنظر خود را برای ما ارسال کنید. به منظور کسب اطلاعات درباره مراحل درخواست تجدیدنظر مرحله 1، به صفحه 161 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می توانید به DMHC شکایت کنید یا از مرکز راهنمایی DMHC درخواست IMR نمایید.

اگر درمان شما رد شده باشد به این دلیل که تجربی یا تحقیقاتی بوده است، نباید پیش از درخواست برای IMR نسبت به ارائه درخواست تجدیدنظر خود اقدام کنید.

اگر مشکل شما فوریت پزشکی دارد یا تهدیدی فوری و جدی نسبت به سلامت شما باشد یا اگر درد شدید دارید، باید فوراً این مسئله را به اطلاع DMHC برسانید بدون اینکه ابتدا روال درخواست تجدیدنظر ما را دنبال کنید.

باید ظرف 6 ماه پس از دریافت نتیجه کتبی تصمیم‌گیری درباره درخواست تجدیدنظر خود، برای IMR اقدام کنید. DMHC ممکن است درخواست شما را پس از 6 ماه به دلیل موجه قبول کند از قبیل زمانی که به علت ابتلا به یک عارضه پزشکی قادر به ارائه درخواست برای IMR ظرف 6 ماه نبودید یا اعلامیه لازم و کافی را در مورد روال IMR از ما دریافت نکرده باشید.

جهت درخواست IMR:

- فرم درخواست/شکایت بررسی مستقل پزشکی را در www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedialreviewcomplaintform.aspx پر کنید یا با مرکز راهنمایی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TDD باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- کپی نامه ها یا دیگر اسناد مربوط به خدمات یا اقلامی که ما رد کرده ایم (در صورتی که موجود است) را پیوست کنید. این کار ممکن است روند مراحل IMR را تسریع کند. کپی مدارک را ارسال کنید، نه مدارک اصلی. مرکز راهنمایی نمی تواند مدارک را به شما عودت دهد.
- اگر فرد دیگری در زمینه IMR به شما کمک می کند، "فرم دستیار مورد تأیید" را پر کنید. از طریق آدرس www.dmhc.ca.gov/FileaCompliant/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx یا تماس با مرکز راهنمایی این اداره به شماره 1-888-466-2219 می توانید این فرم را دریافت کنید. کاربران TDD باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.



- فرم یا هر پیوستی را به آدرس زیر پست یا فکس کنید:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
فکس: 916-255-5241

اگر واجد شرایط استفاده از IMR باشید، DMHC پرونده شما را بررسی می کند و ظرف 7 روز تقویمی نامه ای برای شما ارسال می کند و به شما اطلاع می دهد 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. شما باید تصمیم IMR را در ظرف 45 روز تقویمی از تاریخ تسلیم درخواست کامل شده دریافت کنید.

اگر مشکل شما فوری است و صلاحیت استفاده از IMR را دارید، DMHC پرونده شما را بررسی می کند و ظرف 2 روز تقویمی نامه ای برای شما ارسال می کند و به شما اطلاع می دهد که صلاحیت استفاده از IMR را دارید. پس از اینکه درخواست و مدارک پشتیبانی از طرح درمانی ما دریافت شدند، تصمیم IMR در ظرف 3 روز اتخاذ خواهد شد. شما باید تصمیم IMR را در ظرف 7 روز تقویمی از تاریخ تسلیم درخواست کامل شده دریافت کنید. اگر از نتایج IMR راضی نیستید، می توانید همچنان درخواست برگزاری دادرسی ایالتی را داشته باشید.

اگر DMHC همه سوابق پزشکی مورد نیاز را از طرف شما یا پزشک معالج دریافت نکند، IMR ممکن است بیشتر طول بکشد. اگر از پزشکی استفاده می کنید که در شبکه طرح سلامتتان نیست، مهم است که سوابق پزشکی را از آن پزشک دریافت کنید و برای ما ارسال کنید. لازم است نسخه هایی از سوابق پزشکی دریافتی از پزشکان حاضر در شبکه را در اختیار طرح سلامتتان قرار دهید.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما برای IMR واجد شرایط نیست، DMHC پرونده شما را از طریق روال شکایات عادی مصرف کنندگان بررسی خواهد کرد. به شکایت شما باید در ظرف 30 روز تقویمی از زمان تسلیم درخواست نامه پر شده رسیدگی شود. اگر شکایت شما جنبه فوری دارد، به آن زودتر رسیدگی خواهد شد.

(2) دادرسی ایالتی

می توانید برای خدمات و اقامت تحت پوشش Medi-Cal درخواست جلسه دادرسی کنید. در صورتی که پزشک یا ارائه دهنده شما تقاضای خدمات یا اقلامی که مورد تأیید ما نیست را داده باشد، یا ما هزینه خدمات یا موردی که از پیش داشته اید را دیگر پرداخت نکنیم و به تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ منفی بدهیم، حق دارید درخواست رسیدگی ایالتی بدهید.

در اکثر موارد، پس از پست شدن اطلاعیه "حقوق شما در رابطه با دادرسی" به شما 120 روز فرصت دارید درخواست دادرسی ایالتی بدهید.

توجه: اگر شما درخواست دادرسی ایالتی کردید، زیرا به شما گفته ایم که سرویس دریافتی توسط شما تغییر پیدا کرده یا متوقف خواهد شد، در صورتی که می خواهید به دریافت آن خدمات در طی فرآیند دادرسی ایالتی ادامه دهید، برای ارسال درخواست روزهای کمتری فرصت دارید. برای اطلاعات بیشتر به بخش «آیا مزایای من در طول درخواست های سطح 2 ادامه پیدا می کنند» در صفحه 163 مراجعه کنید.

دو روش برای درخواست دادرسی ایالتی وجود دارد:

1. می توانید "درخواست برای دادرسی ایالتی" را در پشت اعلامیه 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 می گیرد، برنامه (های) کمکی شما و دلیلی کامل مبنی بر اینکه چرا می خواهید دادرسی برگزار شود. سپس می توانید درخواست خود را به یکی از این روش ها ارسال کنید:

- به بخش خدمات رفاهی ایالت به آدرس عنوان شده در اعلامیه.

- به بخش خدمات اجتماعی ایالت کالیفرنیا:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- به شماره فکس بخش دادرسی ایالتی: 916-651-5210 یا 916-651-2789.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



2. از طریق شماره 1-800-952-5253 می‌توانید با بخش خدمات اجتماعی ایالت کالیفرنیا تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر می‌خواهید درخواست دادرسی ایالتی را از طریق تلفن اعلام کنید، توجه داشته باشید که خطوط تلفن اکثر مواقع اشغال هستند.

مشکل من در مورد خدمات یا اقلام Medicare می‌باشد. در مرحله 2 درخواست بررسی چه اتفاقی می‌افتد؟

- واحد بررسی مستقل (IRE) یک بررسی دقیق درباره تصمیم‌گیری مرحله 1 انجام می‌دهد و تصمیم می‌گیرد که آیا باید تغییر کند یا خیر.
- نیازی به درخواست تجدیدنظر مرحله 2 نیست. ما به صورت خودکار هرگونه مورد رد شده (به طور جزئی یا کلی) را برای IRE ارسال می‌کنیم. در صورت بروز این حالت، به شما اطلاع می‌دهیم.
- IRE، توسط Medicare استخدام شده و با این طرح ارتباطی ندارد.
- می‌توانید برای یک نسخه از فایل از طریق شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.

IRE باید در ظرف 30 روز تقویمی از زمان دریافت تجدیدنظر شما (یا در ظرف 7 روز تقویمی از زمان دریافت تجدیدنظر شما برای داروی نسخه ای Medicare بخش B) به تجدیدنظر مرحله 2 شما پاسخ دهد. این قانون در صورتی اعمال می‌شود که شما تجدیدنظر را پیش از دریافت خدمات یا اقلام پزشکی ارسال کرده باشید.

- ولی اگر IRE نیاز دارد تا اطلاعات بیشتری جمع‌آوری کند که ممکن است برایتان مفید باشد، این کار ممکن است حداکثر 14 روز تقویمی طول بکشد. اگر IRE به تعداد روزهای بیشتری برای تصمیم‌گیری نیاز داشت، از طریق نامه به شما اطلاع می‌دهد. در صورتیکه تجدیدنظر شما برای یک داروی نسخه ای Medicare بخش B باشد، IRE نمی‌تواند برای ارائه تصمیم به شما وقت بیشتری صرف کند.
- اگر "تجدیدنظر سریع" در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر سریع در مرحله 2 خواهید داشت. سازمان مسئول بررسی، ظرف 72 ساعت از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخگو خواهد بود.
- ولی اگر IRE نیاز دارد تا اطلاعات بیشتری جمع‌آوری کند که ممکن است برایتان مفید باشد، این کار ممکن است حداکثر 14 روز تقویمی طول بکشد. اگر IRE به تعداد روزهای بیشتری برای تصمیم‌گیری نیاز داشت، از طریق نامه به شما اطلاع می‌دهد. در صورتیکه تجدیدنظر شما برای یک داروی نسخه ای Medicare بخش B باشد، IRE نمی‌تواند برای ارائه تصمیم به شما وقت بیشتری صرف کند.

آیا مزایای من در طول درخواست تجدیدنظر مرحله 2 ادامه پیدا می‌کند

اگر مشکلاتان درباره خدمات یا اقلامی است که توسط Medicare پوشش داده می‌شود، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام در طول مراحل درخواست تجدیدنظر مرحله 2 با واحد بررسی مستقل، ادامه خواهد داشت.

اگر مشکلاتان درباره خدمات یا اقلام تحت پوشش Medi-Cal است و درخواست دادرسی ایالتی را دارید، مزایای Medi-Cal شما برای آن خدمات یا اقلام تا زمانی که این جلسه برگزار شود، ممکن است ادامه داشته باشد. باید برای یک دادرسی در تاریخ زیر یا پیش از آن به منظور ادامه مزایای خود درخواست بدهید:

- در ظرف 10 روز از تاریخ ارسال اعلامیه برای شما که تصمیم مزایای ناسازگار تأیید شده است (تصمیم تجدیدنظر مرحله 1)؛ یا
- تاریخ موثر مورد نظر برای اقدام.

اگر در طول این مدت زمان اقدام کنید، می‌توانید خدمات مورد بحث یا مورد مربوطه را در طول زمان انجام فرآیند بررسی دریافت کنید.



چطور می توانم درباره تصمیم گرفته شده مطلع شوم؟

- اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما بررسی پزشکی مستقل بود، بخش خدمات درمانی مدیریت شده نامه ای برایتان ارسال می کند و تصمیمی که توسط پزشکان مسئول بررسی پرونده شما اتخاذ شده است را در آن توضیح می دهد.
- اگر تصمیم بررسی پزشکی مستقل در مورد بخشی یا تمام آنچه که درخواست کرده بودید مثبت باشد، ما باید خدمات یا درمان را ارائه کنیم.
 - اگر تصمیم بررسی پزشکی مستقل در مورد بخشی یا تمام آنچه که درخواست کرده بودید منفی باشد، به این معنی است که آنها با تصمیم اتخاذ شده در مرحله 1 موافقت کرده اند. شما همچنان می توانید درخواست دادرسی ایالتی داشته باشید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست دادرسی ایالتی، به صفحه 166 مراجعه کنید.
- اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما برای دادرسی ایالتی بوده است، بخش خدمات اجتماعی ایالت کالیفرنیا نامه ای برایتان ارسال می کند و تصمیم خود را در آن توضیح می دهد.
- اگر تصمیم دادرسی ایالتی در مورد بخشی یا تمام آنچه که درخواست کرده بودید مثبت باشد، ما باید از این تصمیم گیری پیروی کنیم. ما باید عملکرد(های) توصیف شده را ظرف 30 روز از تاریخ دریافت نسخه تصمیم گیری انجام شده، اجرا کنیم.
 - اگر تصمیم دادرسی ایالتی در مورد بخشی یا تمام آنچه که درخواست کرده بودید منفی باشد، به این معنی است که آنها با تصمیم اتخاذ شده در مرحله 1 موافقت کرده اند. ممکن است کمک هزینه در حال تعلیقی که دریافت می کنید را متوقف کنیم.
- اگر درخواست بررسی مرحله 2 به واحد بررسی مستقل پزشکی (IRE) منتقل شود، نامه ای برایتان ارسال می شود و در آن درباره تصمیم گرفته شده توضیح داده خواهد شد.
- اگر واحد بررسی مستقل به بخشی یا تمام آنچه که در درخواست استاندارد خود درخواست کرده اید پاسخ مثبت بدهد، ما باید پوشش خدمات درمانی پزشکی را تا 72 ساعت تأیید کرده یا اینکه خدمات یا اقلام را ظرف 14 روز تقویمی از تاریخ دریافت تصمیم IRE، به شما ارائه کنیم. اگر یک درخواست سریع انجام داده اید، ما باید پوشش خدمات درمانی پزشکی مربوطه را تأیید کنیم، یا به شما خدمات یا مورد مربوطه را در طول 72 ساعت از تاریخ دریافت تصمیم IRE ارائه دهیم.
 - اگر IRE به بخشی یا همه آنچه در تجدیدنظر استاندارد شما برای داروی نسخه ای Medicare بخش B درخواست کردید پاسخ مثبت بدهد، ما باید داروی نسخه ای Medicare بخش B را در ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم IRE، تصویب نماییم. اگر یک تجدیدنظر سریع داشته اید، ما باید داروی نسخه ای Medicare بخش B را در ظرف 24 ساعت از تاریخ دریافت تصمیم IRE، تصویب یا ارائه کنیم.
 - اگر تصمیم واحد بررسی مستقل در مورد بخشی یا تمام آنچه که درخواست کرده بودید منفی باشد، به این معنی است که آنها با تصمیم اتخاذ شده در مرحله 1 موافقت کرده اند. به این حالت "پشنیایی از تصمیم" گفته می شود. همچنین به آن "لغو درخواست بررسی" گفته می شود.

اگر تصمیم گرفته شده درباره بخشی یا تمام آنچه که درخواست کرده ام منفی باشد، آیا می توانم درخواست دیگری ارائه کنم؟

- اگر درخواست بررسی مرحله 2 شما یک بررسی پزشکی مستقل بوده است، می توانید درخواست دادرسی ایالتی داشته باشید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست دادرسی ایالتی، به صفحه 166 مراجعه کنید.
- اگر درخواست بررسی مرحله 2 شما از نوع دادرسی ایالتی بوده است، ممکن است بتوانید پس از 30 روز از دریافت تصمیم، دوباره درخواست دادرسی ایالتی داشته باشید. شما می توانید با پر کردن فرم شکایت در یک دادگاه عالی (تحت قانون مراحل مدنی بخش 1094.5) ظرف یک سال پس از دریافت حکم، درخواست بررسی دادگاهی نسبت به رد درخواستان در دادرسی ایالتی را داشته باشید. اگر قبلاً در رابطه با موضوع مشابهی درخواست دادرسی ایالتی داشته اید، نتوانید IMR درخواست کنید.
- اگر درخواست بررسی مرحله 2 شما به واحد بررسی مستقل (IRE) Medicare منتقل شده است، تنها در صورتی می توانید دوباره درخواست بررسی داشته باشید که ارزش دلاری خدمات یا اقلام مورد نیازتان یک مقدار حداقل خاص باشد. در نامه ای که از طرف IRE دریافت می کنید، درباره حقوق دیگر شما در زمینه درخواست تجدیدنظر توضیح داده شده است.
- به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره سایر سطوح درخواست تجدیدنظر، به بخش I در صفحه 169 مراجعه کنید.



E5. مشکلات مربوط به پرداخت

ما به ارائه دهندگان شبکه مان تأییدیه نمی دهیم 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 ارائه دهنده بپردازیم، این مسئله صدق می کند. در صورت دریافت صورتحساب، هرگز لازم نیست آن را پرداخت نکنید.

اگر صورتحسابی برای خدمات یا موارد تحت پوشش دریافت کردید، آن را برای ما ارسال کنید. **نباید خود شما قبض را پرداخت کنید.** ما مستقیماً با ارائه دهنده تماس می گیریم و این مشکل را بررسی می کنیم.

جهت کسب اطلاعات بیشتر، با خواندن بخش 7 شروع کنید: "درخواست از ما برای پرداخت سهممان از صورتحساب دریافتی برای خدمات یا داروهای تحت پوشش" در بخش 7 شرایطی توضیح داده شده است که تحت آنها ممکن است بتوانید درخواست برگرداندن هزینه یا پرداخت صورتحسابی را داشته باشید که از طرف یک ارائه دهنده دریافت کرده اید. همچنین درباره نحوه ارسال اسناد برای ما و درخواست برای پرداخت، توضیحاتی ارائه شده است.

می توانم از شما درخواست کنم هزینه ای که برای خدمات یا موارد پرداخت کرده ام را به من بازگردانید؟

به یاد داشته باشید، اگر برای خدمات یا اقلام تحت پوشش صورتحسابی دریافت کردید، خود شما به صورت شخصی نباید اقدام به پرداخت آن کنید. اما اگر صورتحساب را پرداخت کردید، می توانید مبلغ مربوطه را با توجه به قوانین مربوط به دریافت خدمات و اقلام تحت پوشش دریافت کنید.

اگر درخواست برگرداندن هزینه را دارید، در حقیقت درخواست تصمیم گیری درباره پوشش دهی خدمات را دارید. ما بررسی می کنیم که آیا خدمات یا اقلامی که شما هزینه آنها را پرداخت کرده اید، تحت پوشش بوده است یا خیر و بررسی می کنیم که آیا شما از تمام قوانین مربوط به استفاده از خدمات تحت پوشش پیروی کرده اید.

- اگر خدمات یا مواردی که هزینه آن را پرداخت کرده اید تحت پوشش بوده است و شما از تمام قوانین پیروی کرده اید، ما هزینه را ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای خدمات یا موارد پرداخت خواهیم کرد. ارائه دهنده شما سپس هزینه را برای شما ارسال خواهد کرد.

- اگر هنوز هزینه آن خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده اید، ما این هزینه را مستقیماً برای ارائه دهنده ارسال خواهیم کرد. هنگامی که هزینه را پرداخت می کنیم، مانند این است که به درخواست شما درباره تصمیم گیری مربوط به پوشش دهی، پاسخ مثبت داده باشیم.

- اگر خدمات یا موارد تحت پوشش نباشند یا اگر شما از تمام قوانین پیروی نکرده باشید، نامه ای برایتان ارسال می کنیم و در آن توضیح می دهیم که به چه دلیل هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نخواهیم کرد.

اگر ما پاسخ بگوییم که هزینه را پرداخت نمی کنیم، چه کاری باید انجام دهید؟

اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می توانید درخواست بررسی داشته باشید. مراحل تجدید نظر توصیف شده در قسمت E3 در صفحه 138 را دنبال کنید. هنگامی که این دستورالعمل ها را دنبال می کنید، لطفاً توجه کنید:

- اگر برای بازپرداخت هزینه ها درخواست تجدیدنظر ارائه می کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست شما، پاسخگو باشیم.

- اگر درخواست بازپرداخت هزینه برای خدمات یا مواردی را دارید که قبلاً آنها را دریافت کرده و هزینه آن را نیز پرداخت کرده اید، شما نمی توانید درخواست تجدیدنظر سریع بدهید.

اگر پاسخ به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد و خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش Medicare باشند، ما به صورت خودکار پرونده شما را به واحد بررسی مستقل (IRE) ارسال می کنیم. در صورت بروز چنین حالتی، از طریق نامه به شما اطلاع می دهیم.

- اگر IRE تصمیمی برخلاف نظر ما داشته باشد و بگوید که باید هزینه را پرداخت کنیم، ما ظرف 30 روز تقویمی هزینه را برای شما یا برای ارائه دهنده تان ارسال می کنیم. اگر پاسخ به درخواست شما در هر مرحله از بررسی پس از مرحله 2 مثبت باشد، باید هزینه درخواستی را ظرف 60 روز تقویمی برای شما یا ارائه دهنده تان ارسال کنیم.



- اگر نظر IRE درباره درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد، به این معنی است که با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش درخواست شما موافقت کرده است. (به این حالت "پشتیبانی از تصمیم" گفته می شود. همچنین به آن "لغو درخواست تجدیدنظر" نیز می گویند.) در نامه ای که دریافت می کنید، درباره حقوق دیگر شما در زمینه درخواست تجدیدنظر توضیح داده شده است. تنها در صورتی می توانید مجدداً درخواست تجدیدنظر داشته باشید که مقدار ارزش دلاری خدمات یا اقلامی که درخواست کرده اید یک مقدار حداقل خاص باشد. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره سایر سطوح درخواست تجدیدنظر، به بخش A در صفحه 166 مراجعه کنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست شما منفی باشد و خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش Medi-Cal باشند، می توانید شخصاً یک درخواست تجدید نظر مرحله 2 داشته باشید (به قسمت E4، در صفحه 141 مراجعه کنید).

F. داروهای بخش D

F.1. اگر مشکلی در رابطه با دریافت داروهای بخش D داشتید یا اگر از ما بخواهید که هزینه داروهای بخش D را برگردانیم، چه کاری انجام دهید

مزایای شما به عنوان یک عضو از طرح ما شامل پوشش دهی بسیاری از داروهای نسخه ای است بسیاری از این داروها، "داروهای بخش D" هستند. تعداد کمی از داروها هستند که در Medicare بخش D تحت پوشش قرار نمی گیرند اما Medi-Cal آنها را پوشش می دهد. این بخش فقط به تجدیدنظر داروی های بخش D مربوط می شود.

برخی داروها در لیست دارو با (*) مشخص شده اند. این داروها جزء داروهای بخش D نیستند. تصمیم گیری در مورد درخواست های تجدید نظر یا پوشش بیمه برای داروهایی که با علامت ستاره (*) مشخص شده اند، بر اساس روند توصیف شده در بخش E در صفحه 135 انجام می گیرد.

آیا میتوانم درباره داروهای نسخه ای بخش D درخواست تصمیم گیری پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر داشته باشم؟

بله. چند مثال درباره تصمیم گیری های پوشش دهی که می توانید برای داروهای بخش D، از ما درخواست کنید:

- اگر از ما درخواست اعمال موارد استثنا را داشته باشید، مانند:
 - درخواست از ما برای پوشش دهی داروی بخش D که در لیست دارویی نباشد.
 - درخواست از ما برای لغو یک محدودیت در رابطه با پوشش طرح درباره یک دارو (مانند محدودیت درباره مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید)
 - از ما سؤال کنید که آیا دارویی برای شما تحت پوشش قرار می گیرد یا خیر (مثلاً زمانی که دارو در لیست داروی طرح نیست اما از شما می خواهیم که پیش از پوشش دهی آن، از ما تأییدیه دریافت کنید).
- توجه:** اگر داروخانه به شما بگوید که نمی تواند نسخه شما را بپیچد، اطلاعیه ای را از سوی ما دریافت خواهید کرد که نحوه تماس با ما برای درخواست تصمیم مربوط به پوشش را برایتان توضیح می دهد.

اصطلاح حقوقی برای تصمیم گیری پوشش دهی درباره داروهای بخش D، "تعیین پوشش دهی" است.

- اگر از ما درخواست کنید که هزینه داروی نسخه ای که از پیش خریداری کرده اید را پرداخت کنیم. این مورد درخواست برای تصمیم گیری نسبت به پوشش دهی خدمات در رابطه با پرداخت هزینه ها است.
- اگر با تصمیم مربوط به پوشش دهی از طرف ما موافق نیستید، می توانید درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم ما داشته باشید. در این بخش به شما گفته می شود که چطور می توانید درخواست تصمیم گیری پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر داشته باشید.
- از جدول زیر استفاده کنید تا بتوانید تصمیم بگیرید که کدام بخش از اطلاعات مربوط به شرایط شما است:



شما در کدام یک از این شرایط هستید؟			
آیا ما قبلاً به شما گفته ایم که موردی را پوشش نمی دهیم یا آنطور که شما می خواهید هزینه دارو را پرداخت نمی کنیم؟	آیا می خواهید ما هزینه دارویی را به شما برگردانیم که از پیش آن را دریافت کرده و هزینه آن را نیز پرداخت کرده اید؟	آیا می خواهید ما دارویی را در لیست دارو پوشش دهیم و فکر می کنید که از قوانین و محدودیت های موجود برای دریافت داروی مورد نیاز (مانند دریافت تأییدیه قبلی) تبعیت کرده اید؟	آیا به دارویی نیاز دارید که در لیست داروی ما نیست یا اینکه می خواهید ما قانون یا محدودیتی را درباره پوشش دهی دارویمان لغو کنیم؟
می توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید. (این بدان معنی است که درخواست تجدیدنظر مجدد را از ما دارید.) به قسمت F5 در صفحه 152 مراجعه کنید.	می توانید از ما بخواهید که آن هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. (این نوعی تصمیم گیری پوشش دهی است.) به قسمت F4 در صفحه 150 مراجعه کنید.	می توانید از ما درخواست تصمیم گیری پوشش دهی داشته باشید. به قسمت F4 در صفحه 150 مراجعه کنید.	می توانید از ما درخواست اعمال یک مورد استثنا را داشته باشید. (این نوعی تصمیم گیری پوشش دهی است.) کار را با بخش F2، در صفحه 148 شروع کنید. همچنین به بخشهای F3 و F4 در صفحات 149 و 150 مراجعه کنید.

F2. استثنا به چه معنی است

استثنا به معنای مجوزی برای پوشش دهی دارویی است که معمولاً در لیست دارویی ما نیست یا استفاده از دارویی بدون پیروی قوانین و محدودیت های خاص آن. اگر دارویی در لیست دارویی ما نیست یا اگر به روشی که می خواهید پوشش دهی نمی شود، می توانید از ما درخواست اعمال مورد "استثنا" داشته باشید.

هنگامی که درخواست مورد استثنا می کنید، پزشک شما یا دیگر تجویز کنندگان ممکن است لازم باشد که دلایل پزشکی مبنی بر نیاز شما به این مورد استثنا را توضیح دهند.

در اینجا چند نمونه از موارد استثنا عنوان شده است که شما یا پزشکتان یا یک تجویز کننده دیگر می توانید از ما درخواست کنید:

1. پوشش دهی یک داروی بخش D که در لیست دارویی ما نیست.
 - شما نمی توانید درباره سهم بیمه یا سهم هزینه ای که باید برای دارو پرداخت کنید درخواست اعمال استثنا داشته باشید.
2. حذف یک محدودیت در رابطه با پوشش دهی. قوانین یا محدودیت های دیگری نیز وجود دارند که در مورد برخی از داروهای خاص در لیست داروی ما اعمال می شوند (به منظور کسب اطلاعات بیشتر به بخش 5 مراجعه کنید).
 - قوانین و محدودیت های بیشتر درباره پوشش دهی برخی از داروهای خاص عبارتند از:
 - لزوم استفاده از نوع ژنریک دارو به جای نوع مارک دار آن دارو.
 - دریافت تأییدیه قبلی پیش از موافقت ما با پوشش دهی داروی شما. (به این مورد "تأییدیه قبلی" گفته می شود.)
 - لزوم استفاده از یک داروی دیگر پیش از اینکه ما با پوشش دهی داروی مورد نظرمان موافقت کنیم. (به این حالت برخی مواقع "درمان مرحله ای" گفته می شود.)
 - محدودیت در مقدار. برای بعضی از داروها، مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید را محدود کرده ایم.

اصطلاح حقوقی مربوط به درخواست حذف یک محدودیت از پوشش دهی دارو گاهی درخواست "اعمال استثنا" نامیده می شود.



F3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست اعمال استثنا از آنها مطلع باشید

پزشک شما یا هر تجویز کننده دیگری باید درباره دلایل پزشکی به ما توضیح دهد

پزشک شما یا هر تجویز کننده دیگری باید توضیح دهد که به چه دلایل پزشکی، مورد استثنایی را درخواست کرده است. در صورت ارائه اطلاعاتی از جانب پزشک شما یا سایر تجویز کنندگان در هنگام درخواست استثنا، روند تصمیم گیری ما درباره یک مورد استثنا را سریع تر می کند.

معمولاً لیست داروی ما شامل بیش از یک دارو برای درمان یک شرایط خاص است. به این موارد داروهای «جایگزین» گفته می شود. اگر یک داروی جایگزین تأثیری دقیقاً مشابه دارویی را داشته باشد که شما درخواست کرده اید و عوارض جانبی بیشتری نیز ایجاد نکند یا مشکلات سلامتی ایجاد نکند، ما معمولاً درخواست شما برای اعمال مورد استثنا را نمی پذیریم.

ما یا به درخواست شما برای اعمال استثنا پاسخ مثبت می دهیم یا منفی

- اگر پاسخمان به درخواست اعمال استثنای شما مثبت باشد، این مورد استثنا معمولاً تا پایان همان سال بر قوت خود باقی است. این امر تا زمانی صحت دارد که پزشک شما همچنان همان دارو را تجویز کند و آن دارو همچنان ایمن باشد و برای شرایط فعلی شما مؤثر باشد.
- اگر پاسخ ما به درخواست شما برای اعمال استثنا منفی باشد، می توانید درخواست بررسی نسبت به تصمیم گیری ما را داشته باشید. در بخش F5 در صفحه 152 توضیح داده شده است که اگر پاسخ ما منفی بود چطور باید درخواست تجدیدنظر بدهید. در بخش بعدی به شما گفته می شود که چطور درخواست تصمیم گیری پوشش دهی را داشته باشید، از جمله اعمال موارد استثنا.



F4. نحوه درخواست تصمیم گیری پوشش دهی درباره داروهای بخش D یا بازپرداخت هزینه برای داروهای بخش D، از جمله موارد استثنا

چه کاری انجام دهید

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تصمیم گیری پوشش دهی درباره یک دارو یا پرداخت هزینه

با ما تماس بگیرید، نامه بنویسید یا اینکه فکس ارسال کنید یا از نماینده یا پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر بخواهید تا از ما درخواست کند. ما ظرف 72 ساعت در مورد تصمیم گیری پوشش دهی استاندارد به شما پاسخ می دهیم. درباره بازپرداخت هزینه داروهای بخش D که قبلاً هزینه آنها را پرداخت کرده اید ظرف 14 روز تقویمی پاسخگو خواهیم بود.

- اگر درخواست اعمال استثنا را دارید، توضیحات پشتیبانی را از طرف پزشک یا دیگر تجویزکنندگان اضافه کنید.

- شما یا پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر می توانید درخواست تصمیم گیری سریع را داشته باشید. (تصمیم گیری سریع معمولاً ظرف 24 ساعت انجام می شود.)

- برای اطمینان از اینکه آیا شرایط مناسب برای درخواست تصمیم گیری سریع را دارید یا خیر، این بخش را بخوانید! همچنین با مطالعه آن می توانید اطلاعات بیشتری درباره مهلت تصمیم گیری ها کسب کنید.

- نوع تصمیم گیری پوشش دهی مورد نظرتان را درخواست کنید. برای درخواست از ما، تماس بگیرید، نامه بنویسید یا فکس ارسال کنید. شما یا نماینده خود و یا پزشک (یا تجویزکننده ای دیگر) می تواند این کار را انجام دهد. شما می توانید برای درخواست تیم مراقبتی از طریق شماره 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید. TTY: (855) 665-4627، 711، دوشنبه تا جمعه از

- شما یا پزشکتان (یا تجویزکننده ای دیگر) یا فردی که از طرف شما اقدام می کند می تواند درخواست تصمیم گیری پوشش دهی را داشته باشد. همچنین می توانید از یک وکیل درخواست کنید تا از طرف شما اقدام کند.

- برای اطلاع از نحوه ارائه مجوز به فردی دیگر برای اقدام از جانب شما به عنوان نماینده، به بخش D در صفحه 136 مراجعه کنید.

- نیازی نیست به پزشکتان یا تجویزکننده ای دیگر مجوز کتبی بدهید تا درباره تصمیم گیری پوشش دهی از طرف شما اقدام کنند.

- اگر می خواهید درباره بازپرداخت هزینه دارو توسط ما درخواست بدهید، فصل 7 این دفترچه را مطالعه کنید. در فصل 7 توضیح داده شده است که در چه زمان هایی می توانید درخواست بازگرداندن هزینه را داشته باشید. همچنین درباره نحوه ارسال اسناد برای ما در رابطه با بازپرداخت سهممان از هزینه دارویی که مبلغ آن را شخصاً پرداخت کرده اید، اطلاعاتی ارائه شده است.

- اگر برای یک مورد استثنا درخواست می کنید، "توضیحات پشتیبانی" را اضافه کنید. پزشک شما یا تجویزکننده ای دیگر باید دلایل پزشکی ارائه کند که داروی مورد استثنا لازم است. ما به این توضیحات، "اظهاریه پشتیبانی" می گوئیم.

- پزشک شما یا تجویزکننده ای دیگر می تواند این توضیحات را برای ما فکس کرده یا از طریق پست ارسال کند. یا پزشک شما و یا تجویزکننده ای دیگر می تواند از طریق تلفن با ما تماس بگیرد و سپس توضیحات را فکس کرده یا پست کند.

اگر به دلیل وضعیت سلامت شما این مورد لازم است، از ما درخواست "تصمیم گیری پوشش دهی سریع" داشته باشید.

ما از "موعدای مقرر استاندارد" استفاده می کنیم مگر اینکه موافقت کرده باشید از "موعدای مقرر سریع" استفاده کنیم.

- تصمیم گیری پوشش دهی استاندارد به این معنی است که شما ظرف 72 ساعت پس از اینکه ما توضیحات پزشک را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت خواهید کرد.

- تصمیم گیری پوشش دهی سریع به این معنی است که شما ظرف 24 ساعت پس از اینکه ما توضیحات پزشک را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت خواهید کرد.

اصطلاح حقوقی برای "تصمیم گیری پوشش دهی سریع" عبارت است از "تعیین پوشش تسریع شده".



شما تنها در صورتی می توانید تصمیم سریعی در رابطه با پوشش دهی را دریافت کنید که داروی مورد درخواستتان را هنوز دریافت نکرده باشید. (اگر درخواست برگرداندن هزینه دارویی را دارید که قبلاً هزینه آن را خود شما پرداخت کرده اید، نمی توانید درخواست تصمیم گیری پوشش دهی سریع داشته باشید.)

تنها در صورتی می توانید از تصمیم سریعی در رابطه با پوشش دهی را دریافت کنید که موعد مقرر استاندارد سبب شود آسیب جدی به سلامت شما برسد یا بر توانایی شما در انجام امور تأثیر بدی بگذارد.

اگر پزشک یا یک تجویزکننده دیگر به ما بگوید که به دلیل وضعیت سلامت شما به "تصمیم گیری پوشش دهی سریع" نیاز است، ما به صورت خودکار موافقت می کنیم که تصمیم گیری پوشش دهی سریع را انجام دهیم و در نامه نیز این امر به اطلاع شما خواهد رسید.

- اگر شخصاً درخواست تصمیم گیری سریع نسبت به پوشش دهی را دارید (بدون پشتیبانی پزشک یا یک تجویزکننده دیگر)، ما تصمیم گیری می کنیم که آیا این تصمیم را دریافت کنید یا خیر.
- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما از شرایط موجود برای تصمیم گیری سریع نسبت به پوشش دهی برخوردار نیست، به جای آن از یک مهلت زمانی استاندارد استفاده خواهیم کرد.
- با ارسال نامه ای این موضوع را به شما اطلاع می دهیم. در این نامه به شما گفته می شود که چطور درباره تصمیم ما نسبت به انجام تصمیم گیری استاندارد شکایت کنید.
- می توانید یک "شکایت سریع" تسلیم کرده و ظرف 24 ساعت از پاسخ شکایت خود مطلع شوید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره مراحل ارائه شکایت، از جمله شکایتهای سریع، به قسمت L در صفحه 167 مراجعه کنید.

موعدهای مقرر برای "تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی"

- اگر ما از موعدهای مقرر سریع استفاده می کنیم، باید ظرف 24 ساعت به شما پاسخگو باشیم. این امر بدان معنی است که ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما این کار انجام می گیرد. یا اگر درخواست اعمال استثنا را دارید، به این معناست که 24 ساعت پس از اینکه توضیحات پشتیبانی کننده درخواستتان را از طرف پزشک یا یک تجویزکننده دیگر دریافت کردیم. اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می دهیم.
- اگر در این مهلت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می کنیم. در مرحله 2، یک واحد بررسی مستقل، درخواست شما را بررسی می کند.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا به تمام آنچه که درخواست کرده اید مثبت باشد، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا توضیحات پشتیبانی پزشک یا تجویز کننده دیگر، پوشش دهی را ارائه کنیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، یک نامه برایتان ارسال می کنیم و در آن دلیل منفی بودن تصمیممان را بیان می کنیم. همچنین توضیح خواهیم داد که چطور می توانید درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم گیری ما را داشته باشید.

موعدهای مقرر برای "تصمیم گیری استاندارد درباره پوشش دهی" برای دارویی که هنوز دریافت نکرده اید

- اگر ما از موعدهای مقرر استاندارد استفاده می کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما به شما پاسخگو باشیم. یا اگر درخواست اعمال استثنا را دارید، این بدین معناست که ظرف 72 ساعت پس از اینکه توضیحات پشتیبانی کننده درخواستتان را از طرف پزشک یا یک تجویزکننده دیگر دریافت کردیم. اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می دهیم.
- اگر در این مهلت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می کنیم. در مرحله 2، یک واحد بررسی مستقل، درخواست شما را بررسی می کند.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا به تمام آنچه که درخواست کرده اید مثبت باشد، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما، یا اگر درخواست اعمال استثنا دارید، اظهاریه پشتیبانی پزشک یا تجویز کننده، پوشش دهی را ارائه کنیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، یک نامه برایتان ارسال می کنیم و در آن دلیل منفی بودن تصمیممان را بیان می کنیم. همچنین توضیح خواهیم داد که چطور می توانید درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم گیری ما را داشته باشید.



موعدهای مقرر برای "تصمیم گیری استاندارد درباره پوشش دهی" برای هزینه دارویی که قبلاً آن را خریداری کرده اید.

- ما ظرف 14 روز پس از دریافت درخواست شما، پاسخ خواهیم داد.
- اگر در این مهلت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می کنیم. در مرحله 2، یک واحد بررسی مستقل، درخواست شما را بررسی می کند.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما مثبت باشد، ظرف 14 روز تقویمی هزینه را پرداخت می کنیم
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، یک نامه برایتان ارسال می کنیم و در آن دلیل منفی بودن تصمیممان را بیان می کنیم. همچنین توضیح خواهیم داد که چطور می توانید درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم گیری ما را داشته باشید.

F5. مرحله 1 تجدیدنظر برای داروهای بخش D

نگاه اجمالی: چطور می توانم درخواست تجدیدنظر مرحله 1 داشته باشم

شما، پزشکتان یا تجویزکننده و یا نماینده شما می توانید به صورت کتبی درخواستتان را برای ما ارسال کنید یا آن را فکس کنید. همچنین می توانید از طریق تماس تلفنی درخواست تجدیدنظرتان را عنوان کنید.

- درخواستتان را ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم گیری، ارائه کنید. اگر به دلیل موجهی نتوانستید در این موعد مقرر اقدام کنید، شما ممکن است هنوز بتوانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید.
- شما، پزشکتان یا تجویزکننده و یا نماینده شما می توانید درخواست تجدیدنظر سریع داشته باشید.
- برای اطمینان از اینکه آیا شرایط مناسب برای درخواست تصمیم گیری سریع را دارید یا خیر، این بخش را بخوانید! همچنین با مطالعه آن می توانید اطلاعات بیشتری درباره مهلت تصمیم گیری ها کسب کنید.

- برای شروع درخواست تجدیدنظر، شما یا پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر و یا نماینده خود باید با ما تماس بگیرید.
- اگر شما درخواست تجدیدنظر استاندارد را دارید، می توانید با ارسال درخواستتان به صورت کتبی این مورد را به ما اطلاع دهید. برای درخواست تجدیدنظر می توانید به شماره 855-665-4627، TTY: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.
- اگر درخواست تجدیدنظر سریع را دارید، می توانید درخواستتان را به صورت کتبی ارائه کرده یا با ما تماس بگیرید.
- درخواست تجدید نظر را در مدت 60 روز تقویمی پس از تاریخ اعلامیه ای که برایتان ارسال کردیم و تصمیممان را عنوان کردیم، ارائه کنید. اگر این مهلت را از دست دادید و دلیل موجهی برای این امر داشتید، ممکن است ما زمان بیشتری در اختیار شما قرار دهیم تا درخواست تجدیدنظرتان را ارائه کنید. به عنوان مثال یک دلیل موجه برای از دست دادن مهلت این است که بیماری شدیدی داشته اید که مانع از تماس شما با ما شده است یا اگر ما اطلاعات اشتباه یا ناقصی درباره این مهلت درخواست تجدیدنظر به شما داده باشیم.

اصطلاح حقوقی برای درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم گیری درباره پوشش دهی داروی بخش D، "تعیین مجدد" است.

- شما حق دارید که از ما برای رونوشتی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. برای دریافت نسخه ای از آن، از طریق شماره 855-665-4627 یا TTY به شماره: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.

اگر بخواهید می توانید خود شما یا پزشک و یا تجویزکننده ای دیگر، اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا از درخواستتان پشتیبانی شود.



اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می توانید درخواست "بررسی سریع" داشته باشید.

- اگر شما در حال درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم گیری ما در رابطه با دارویی هستید که هنوز آن را دریافت نکرده اید، شما و پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر لازم است تصمیم گیری کنند که آیا به "تجدیدنظر سریع" نیاز است یا خیر.

اصطلاح حقوقی "تجدیدنظر سریع" عبارت است از "تجدیدنظر مجدد تسریع شده".

- شرایط لازم برای دریافت "تجدید نظر سریع" مشابه "تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی" است که در قسمت E4 در صفحه 153 توضیح داده شد.

طرح ما درخواست تجدیدنظر شما مورد بازبینی قرارداد و تصمیممان را به اطلاعاتان می رسانیم.

- ما مجدداً اطلاعاتی که درباره درخواست پوشش دهی در اختیارمان قرار داده اید را به دقت بررسی می کنیم. بررسی می کنیم، که آیا هنگامی که به درخواست شما پاسخ منفی داده ایم، از قوانین پیروی کرده ایم یا خیر. ممکن است با شما یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر تماس بگیریم و اطلاعات بیشتری درخواست کنیم. مسئول بررسی فردی است که تصمیم گیری پوشش دهی اولیه را انجام نداده است.

موعدای مقرر برای "درخواست بررسی سریع"

- اگر از موعدای مقرر سریع استفاده کنیم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما پاسخگو هستیم یا اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، سریع تر این کار را انجام می دهیم.
- اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می کنیم. در مرحله 2، یک واحد بررسی مستقل، درخواست شما را بررسی می کند.
- اگر پاسخ های ما به بخشی از یا تمام درخواست شما مثبت باشد، باید ظرف 72 ساعت پس از درخواست شما، پوشش دهی را ارائه کنیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، یک نامه برایتان ارسال می کنیم و درباره دلیل منفی بودن تصمیممان توضیح می دهیم.

مهلت های "درخواست بررسی استاندارد"

- اگر از مهلت های استاندارد استفاده می کنیم، باید در ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت تجدیدنظر شما، یا زودتر اگر وضعیت سلامتی شما اقتضا می کند به شما پاسخ دهیم، مگر اینکه از ما درخواست می کنید که هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده اید را بازپرداخت کنیم. اگر از ما درخواست می کنید که هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده اید را بازپرداخت کنیم، باید در ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت تجدیدنظر شما پاسخ دهیم. اگر فکر می کنید بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می توانید درخواست "تجدیدنظر سریع" داشته باشید.
- اگر در مدت 7 روز تقویمی، یا 14 روز تقویمی در صورتی که از ما درخواست می کنید که هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده اید را بازپرداخت کنیم، تصمیمی را اتخاذ نکنیم، درخواست شما را به مرحله 2 تجدید نظر ارجاع خواهیم کرد. در مرحله 2، یک واحد بررسی مستقل، درخواست شما را بررسی می کند.



نگاه اجمالی: چطور می توانم درخواست تجدیدنظر مرحله 2 داشته باشم

اگر بخواهید واحد بررسی مستقل، پرونده شما را مورد بررسی قرار دهد، درخواست تجدیدنظر شما باید به صورت کتبی باشد.

- درخواستتان را ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم گیری، ارائه کنید. اگر به دلیل موجهی نتوانستید در این موعد مقرر اقدام کنید، شما ممکن است هنوز بتوانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید.
- شما یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر می توانید درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را داشته باشید.
- برای اطمینان از اینکه آیا شرایط مناسب برای درخواست تصمیم گیری سریع را دارید یا خیر، این بخش را بخوانید! همچنین با مطالعه آن می توانید اطلاعات بیشتری درباره مهلت تصمیم گیری ها کسب کنید.

- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام آنچه درخواست کرده اید مثبت باشد:

- اگر درخواست پوشش را تصویب کنیم، باید هر چه زودتر که وضعیت سلامتی شما اقتضا کند پوشش را ارائه کنیم ولی بیش از 7 روز تقویمی از زمان دریافت تجدیدنظر شما یا 14 روز در صورتیکه از ما درخواست می کنید که هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده اید را بازپرداخت کنیم، نخواهد بود.
- اگر درخواستی را برای بازگرداندن هزینه دارویی که قبلاً خریده اید را بپذیریم، این هزینه را ظرف 30 روز پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پرداخت می کنیم.

- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، نامه ای برایتان ارسال می کنیم و در آن درباره دلیل منفی بودن تصمیممان توضیح می دهیم و می گوئیم که چطور می توانید درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم گیری ما را داشته باشید.

F6. مرحله 2 تجدیدنظر برای داروهای بخش D

- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل درخواست شما منفی باشد، می توانید این تصمیم را بپذیرید یا اینکه یک درخواست تجدیدنظر دیگر ارائه کنید. اگر تصمیم گرفته اید درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را ارائه کنید، واحد بررسی مستقل (IRE)، تصمیم ما را مورد بررسی قرار می دهد.
- اگر بخواهید واحد بررسی مستقل، پرونده شما را مورد بررسی قرار دهد، درخواست تجدیدنظر شما باید به صورت کتبی باشد. در نامه ای که درباره تصمیممان در مرحله 1 تجدیدنظر برایتان ارسال کردیم توضیح داده ایم که چطور می توانید برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 درخواست دهید.
- هنگامی که درخواست تجدیدنظر را برای واحد بررسی مستقل ارسال می کنید، ما پرونده خود را برای آنها ارسال خواهیم کرد. شما حق دارید از طریق تماس با خدمات اعضا به شماره 665-4627 (855)، TTY: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید.
- شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات دیگری نیز برای پشتیبانی از درخواستتان در اختیار واحد بررسی مستقل قرار دهید.
- واحد بررسی مستقل، یک سازمان مستقل است که توسط Medicare به کار گرفته می شود. این سازمان با این طرح مرتبط نیست و یک سازمان دولتی نیز نیست.

اصطلاح حقوقی برای درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم گیری درباره داروی بخش D، "تعیین مجدد" است.

- مسئولین بررسی در واحد بررسی مستقل به دقت اطلاعات مرتبط با درخواست شما را مورد بررسی قرار می دهند. این سازمان یک نامه برایتان ارسال می کند و تصمیم خود را در آن توضیح می دهد.



موعدهای مقرر برای "بررسی سریع" در مرحله 2

- اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می توانید درخواست "تجدیدنظر سریع" از طرف واحد بررسی مستقل (IRE) داشته باشید.
- اگر IRE موافقت کند که "تجدیدنظر سریع" انجام دهد، باید پاسخ به تجدیدنظر مرحله 2 شما را ظرف 72 ساعت پس از درخواست تجدیدنظر شما ارائه کند.
- اگر IRE پاسخ مثبت به بخشی یا تمام آنچه که درخواست کرده اید بدهد، ما دارو را تأیید می کنیم یا اینکه ظرف 24 ساعت پس از دریافت تصمیم گیری، آن را تحت پوشش قرار می دهیم.

موعدهای مقرر برای "تجدیدنظر استاندارد" در مرحله 2

- اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2 داشته باشید، واحد بررسی مستقل (IRE) باید ظرف 7 روز پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، به درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما پاسخ دهد، یا 14 روز اگر برای بازپرداخت دارویی که قبلاً خریداری کرده اید درخواست کنید.
- اگر IRE پاسخ مثبت به بخشی یا تمام آنچه که درخواست کرده اید بدهد، ما دارو را تأیید می کنیم یا اینکه ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم گیری، آن را تحت پوشش قرار می دهیم.
- اگر واحد بررسی مستقل (IRE) درخواستی را برای بازگرداندن هزینه دارویی که قبلاً خریده اید را بپذیرد، این هزینه را ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت این تصمیم، پرداخت می کنیم.

اگر واحد بررسی مستقل به درخواست بررسی مرحله 2 شما پاسخ منفی بدهد چه اتفاقی می افتد؟

- پاسخ منفی به این معنی است که واحد بررسی مستقل (IRE) با تصمیم گیری ما مبنی بر عدم تأیید درخواست شما موافقت کرده است. به این حالت "پشتیبانی از تصمیم" گفته می شود. همچنین به آن "لغو درخواست بررسی" گفته می شود.
- اگر می خواهید به سطح 3 از فرآیند درخواست مراجعه کنید، داروهای مورد درخواست شما باید حداقل ارزش دلاری خاصی داشته باشند. اگر ارزش دلاری کمتر از حداقل باشد، دیگر نمی توانید درخواست بررسی ارائه کنید. اگر مقدار دلاری به اندازه کافی بالا باشد، می توانید از درخواست دادرسی سطح 3 بدهید. در نامه ای که از طرف واحد بررسی مستقل دریافت می کنید گفته می شود که مقدار دلاری مورد نیاز برای ادامه مراحل بررسی چقدر است.

G. درخواست پوشش دهی مدت زمان بیشتر بستری شدن در بیمارستان

- هنگامی که در بیمارستان بستری می شوید از این حق برخوردار هستید تا تمام خدمات بیمارستانی که ما تحت پوشش قرار می دهیم و برای تشخیص بیماری و درمان بیماری یا جراحی شما لازم است را دریافت کنید.
 - در طول مدتی که در بیمارستان تحت پوشش هستید، پزشک شما و پرسنل بیمارستان با شما همکاری می کنند تا برای روز ترخیص از بیمارستان آماده شوید. آنها همچنین هرگونه خدمات درمانی مورد نیاز پس از خروج از بیمارستان را تنظیم می کنند.
 - روزی که از بیمارستان خارج می شوید "تاریخ ترخیص" است.
 - پزشک شما یا پرسنل بیمارستان به شما می گویند که تاریخ ترخیص شما چه زمان است.
- اگر فکر می کنید که از شما خواسته شده است بسیار زود بیمارستان را ترک کنید، می توانید درخواست کنید که مدت بیشتری در آنجا بمانید. در این بخش درباره نحوه ارائه این درخواست توضیح داده شده است.

G1. کسب اطلاعاتی درباره حقوق Medicare

- ظرف دو روز پس از اینکه در بیمارستان بستری شدید، یک مسئول پرونده یا پرستار یک اعلامیه در اختیار شما قرار می دهد با عنوان "پیامی مهم از طرف Medicare درباره حقوق شما." اگر این اعلامیه را دریافت نکردید، از هرکدام از پرسنل بیمارستان بخواهید تا آن را در اختیار شما قرار دهد. اگر به راهنمایی احتیاج دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید. شما می توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) Medicare (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزهایی دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



این اعلامیه را به دقت مطالعه کنید و اگر سؤالی دارید یا موردی را متوجه نمی شوید، بپرسید. در "پیام مهم"، درباره حقوق شما به عنوان یک بیمار در بیمارستان توضیح داده شده است، از جمله حق دارید تا:

- خدمات تحت پوشش Medicare و پس از بستری شدن در بیمارستان را دریافت کنید. شما از این حق برخوردار هستید تا بدانید که چه خدماتی وجود دارد، چه کسی هزینه آنها را پرداخت می کند و در کجا می توانید به آنها دسترسی داشته باشید.
 - بخشی از هر تصمیم گیری باشید که درباره طول مدت بستری شدن در بیمارستان اتخاذ می شود.
 - بدانید مشکلاتتان درباره کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان را به کجا گزارش کنید.
 - اگر فکر می کنید که بسیار زود از بیمارستان ترخیص شده اید، درخواست تجدیدنظر بدهید.
 - شما باید اعلامیه Medicare را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده اید و حقوقتان را می دانید. امضای این اعلامیه به این معنی نیست که شما با تاریخ ترخیص اعلام شده از طرف پزشک یا پرسنل بیمارستان موافقت کرده اید.
- نسخه امضا شده اعلامیه را نزد خود شما نگهدارید تا در صورت نیاز اطلاعات را داشته باشید.
- جهت مشاهده نسخه ای از این اعلامیه از پیش، می توانید با خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید. شما می توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-633-4227 (800-1) MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برقراری تماس رایگان است.
 - همچنین می توانید اعلامیه را به صورت آنلاین در آدرس www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مشاهده کنید.
 - اگر به کمک احتیاج دارید، لطفاً با استفاده از شماره هایی که در فوق اعلام شده است با خدمات مشتریان یا Medicare تماس بگیرید.

G2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

اگر می خواهید خدمات بستری شدن در بیمارستان را برای مدت زمان بیشتری تحت پوشش قرار دهیم، باید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید. یک سازمان بهبود کیفیت مسئول بررسی درخواست در مرحله 1 است تا بفهمد که آیا ترخیص طرح ریزی شده از بیمارستان برای شما از نظر پزشکی مناسب بوده است یا خیر. در کالیفرنیا، سازمان ارتقا کیفیت Livanta نامیده می شود.

برای ارائه درخواست مبنی بر تغییر تاریخ ترخیص، از طریق شماره زیر با Livanta تماس بگیرید: (877) 588-1123، TTY: (855) 887-6668 تماس بگیرید.

همین حالا زنگ بزنید!



پیش از ترک بیمارستان و پیش از تاریخ ترخیص خود با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید. "پیام مهم از طرف Medicare درباره حقوق شما" دارای اطلاعاتی درباره نحوه دسترسی به سازمان بهبود کیفیت است.

نگاه اجمالی: نحوه ارائه درخواست تجدید نظر مرحله 1 برای تغییر تاریخ ترخیص

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره
887-6668 :TTY (855) 588-1123 (877)،
تماس بگیرید و درخواست "بررسی سریع" را ارائه کنید.
پیش از خروج از بیمارستان و تاریخ ترخیص تعیین شده،
تماس بگیرید.

- اگر پیش از ترخیص تماس بگیرید، می توانید بدون پرداخت هزینه پس از تاریخ ترخیص در نظر گرفته شده همچنان در بیمارستان بمانید و منتظر تصمیم گیری مربوطه از طرف سازمان بهبود کیفیت باشید.
- اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید و تصمیم بگیرید که پس از تاریخ ترخیص همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم باشد که تمام هزینه های بیمارستان برای خدمات درمانی دریافت شده پس از تاریخ ترخیص تعیین شده را خود شما پرداخت کنید.
- اگر تاریخ تعیین شده برای تماس با سازمان بهبود کیفیت درباره درخواست تجدیدنظر را از دست بدهید، می توانید به جای آن، درخواست تجدیدنظر را مستقیماً به طرح ما ارائه کنید. جهت اطلاعات بیشتر، به بخش G4 در صفحه 159 مراجعه کنید.

- چون اقامت های بیمارستانی تحت پوشش Medicare و Medi-Cal می باشند، اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما برای ادامه اقامت در بیمارستان را بررسی نکند یا شما عقیده دارید که وضعیت شما فوریت، یک تهدید فوری و جدی به سلامتی شماست یا درد شدید دارید، می توانید یک شکایت را تسلیم کرده و از اداره خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. جهت آگاهی از نحوه تسلیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش 5.4 در صفحه 141 مراجعه کنید.

ما می خواهیم اطمینان حاصل کنیم که شما متوجه هستید به چه چیزی نیاز دارید و موعدهای مقرر را نیز می دانید.

- در صورت نیاز، برای راهنمایی درخواست کنید. اگر سوالی دارید یا به راهنمایی احتیاج دارید، از طریق شماره 887-6668 (855) یا TTY به شماره: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید. همچنین می توانید با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) از طریق شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. همچنین می توانید از طریق شماره 1-855-501-3077 با طرح بازرسی کل Cal MediConnect تماس بگیرید.

سازمان بهبود کیفیت چیست؟

گروهی از پزشکان و سایر متخصصین امور سلامت که حقوق خود را از طرف دولت فدرال دریافت می کنند. این متخصصین بخشی از طرح ما نیستند. آنها از طرف Medicare مبلغی دریافت می کنند تا خدمات درمانی افراد در Medicare را بررسی کرده و کیفیت آنها را بهبود ببخشند.

موعدهای مقرر برای "بازبینی سریع"

اصطلاح حقوقی برای "بازبینی سریع"، "بازبینی فوری" است.

برای "بازبینی سریع" نسبت به ترخیص از بیمارستان، باید از سازمان بهبود کیفیت درخواست کنید. درخواست "بازبینی سریع" به این معنی است که شما از سازمان می خواهید تا از موعدهای مقرر سریع برای درخواست بررسی به جای موعدهای مقرر استاندارد استفاده کند.



در طول بازبینی سریع چه اتفاقی می افتد؟

- مسئولین بازبینی در سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده خود سوال می کنند که چرا فکر می کنید پوشش دهی باید پس از تاریخ ترخیص تعیین شده همچنان ادامه داشته باشد. لازم نیست که چیزی را به صورت کتبی آماده کنید، اما در صورت تمایل می توانید این کار را انجام دهید.
- مسئول بازبینی به سوابق پزشکی شما نگاه می کند، با پزشکتان صحبت می کند و تمام اطلاعات مرتبط با بستری شدن در بیمارستان را بررسی می کند.
- تا ظهر روز پس از زمانی که مسئولین بازرسی درباره درخواست تجدیدنظر شما به ما اطلاع دهند، نامه ای دریافت می کنید که تاریخ ترخیص تعیین شده در آن مشخص شده است. در این نامه توضیح داده شده است که چرا پزشک و بیمارستان فکر می کنند که صحیح است شما در آن تاریخ ترخیص شوید.

اصطلاح حقوقی برای این توضیحات کتبی عبارت است از "اعلامیه مشروح ترخیص از بیمارستان". برای دریافت یک نمونه با خدمات اعضا به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید. شما می توانید 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. شما همچنین می توانید اعلامیه نمونه را به صورت آنلاین در این آدرس www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مشاهده کنید.

اگر پاسخ مثبت باشد چه اتفاقی می افتد؟

- اگر سازمان بهبود کیفیت پاسخ مثبتی درباره درخواست تجدیدنظر شما داشته باشد، ما باید همچنان خدمات بیمارستان را تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد ادامه دهیم.

اگر پاسخ منفی باشد چه اتفاقی می افتد؟

- اگر سازمان بهبود کیفیت پاسخ منفی درباره درخواست شما داشته باشد، منظورشان این است که تاریخ ترخیص تعیین شده از نظر پزشکی تاریخ مناسبی است. در این صورت، پوشش دهی ما برای خدمات بیمارستانی برای بیمارانی سرپایی در ظهر روز پس از ارائه پاسخ از طرف سازمان بهبود کیفیت تمام می شود.
- اگر سازمان ارتقاء کیفیت پاسخ منفی داد و شما تصمیم گرفتید در بیمارستان باقی بمانید، شاید لازم باشد هزینه اقامت اضافی خود در بیمارستان را پرداخت کنید. هزینه خدمات درمانی بیمارستانی که ممکن است مجبور به پرداخت آن شوید از ظهر روز پس از اعلام پاسخ به شما توسط سازمان بهبود کیفیت محاسبه خواهد شد.
- اگر سازمان بهبود کیفیت تجدیدنظر شما را رد کند و شما پس از تاریخ ترخیص در بیمارستان بمانید، می توانید درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را به صورتیکه در بخش بعدی توصیف می شود داشته باشید.

G3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما را رد کند و شما پس از تاریخ ترخیص در بیمارستان بمانید، می توانید درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را داشته باشید. لازم است که دوباره با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و درخواست یک بررسی دیگر را داشته باشید.
- درخواست برای تجدیدنظر مرحله 2 را ظرف 60 روز تقویمی پس از زمانی انجام دهید که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ منفی داده باشد. تنها در صورتی می توانید این بازبینی را درخواست کنید که پس از تاریخ پایان پوشش خدمات درمانی در بیمارستان بمانید.



در کالیفرنیا، سازمان ارتقا کیفیت Livanta نامیده می‌شود. می‌توانید از طریق این شماره با Livanta تماس بگیرید: (877) 588-1123، TTY: (855) 887-6668 تماس بگیرید.

نگاه اجمالی: نحوه ارائه درخواست تجدید نظر مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره (877) 588-1123، TTY: (855) 887-6668 تماس گرفته و برای یک بازبینی دیگر درخواست کنید.

- مسئولین بررسی در سازمان بهبود کیفیت مجدداً و به دقت اطلاعات مرتبط با درخواست تجدیدنظر شما را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- ظرف 14 روز تقویمی از دریافت درخواست شما مبنی بر بررسی دوم، بررسی کنندگان سازمان بهبود کیفیت تصمیم خود را اتخاذ خواهند کرد.

اگر پاسخ مثبت باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- باید هزینه بیمارستان را از سهم خودمان برای مواردی که از ظهر روز پس از تاریخ اولین تصمیم‌گیری درباره درخواست تجدیدنظر دریافت کردید، پرداخت کنیم. ما باید همچنان پوشش دهی مربوط به خدمات بیمارستانی برای بیماران سرپایی را تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، ادامه دهیم.
- شما باید همچنان سهم خود از هزینه‌ها و محدودیت‌های پوشش دهی که ممکن است اعمال شود را پرداخت کنید.

اگر پاسخ منفی باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- به این معنی است که سازمان بهبود کیفیت با تصمیم مرحله 1 موافق است و آن را تغییر نمی‌دهد. در نامه‌ای که دریافت می‌کنید گفته شده است که اگر می‌خواهید به مراحل درخواست بررسی ادامه دهید، باید چه کارهایی انجام دهید.
- اگر سازمان بررسی کیفیت درخواست بهبود مرحله 2 شما را رد کند، ممکن است لازم باشد هزینه کامل بستری شدن در بیمارستان پس از تاریخ ترخیص تعیین شده را پرداخت کنید.
- شما همچنین می‌توانید در رابطه با ادامه اقامت در بیمارستان، به DMHC شکایت کرده یا برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. جهت آگاهی از نحوه تسلیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش 5.4 در صفحه 141 مراجعه کنید.

G4. اگر یک موعد مقرر ارائه درخواست تجدید نظر را از دست بدهم چه اتفاقی می‌افتد؟

اگر تاریخ تنظیم شده برای این درخواست بررسی را از دست بدهید، روش دیگری برای انجام بررسی‌های مرحله 1 و 2 وجود دارد که به آن بررسی‌های جایگزین گفته می‌شود. اما دو مرحله اول از درخواست بررسی با هم متفاوت هستند.

درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 1 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

اگر تا موعد مقرر تماس با "سازمان بهبود کیفیت" (که 60 روز یا کمتر از تاریخ ترخیص تعیین شده است، هرکدام که زودتر باشد) نتوانید اقدام کنید، می‌توانید برای ما درخواست تجدید نظر ارسال کنید و درخواست کنید "بررسی سریع" انجام شود. بررسی سریع نوعی درخواست بررسی است که از تاریخ‌های مقرر سریع به جای موارد استاندارد استفاده می‌کند.

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر ثانوی مرحله 1

برای درخواست "بازبینی سریع" تاریخ ترخیص از بیمارستان، با شماره خدمات اعضا تماس بگیرید.

ما ظرف 72 ساعت نتیجه تصمیم گیریمان را به اطلاع شما می‌رسانیم.

- در طول این بررسی، ما تمام اطلاعات در خصوص بستری شدن شما در بیمارستان را مورد بررسی قرار می‌دهیم. ما بررسی می‌کنیم که آیا تصمیم‌گیری انجام شده درباره زمان ترخیص شما از بیمارستان، منصفانه و با پیروی از تمام قوانین بوده است یا خیر.
- ما از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم تا به این بررسی پاسخ دهیم. این بدین معناست که ما ظرف 72 ساعت پس از درخواست "بررسی سریع" شما، پاسخگو خواهیم بود.

- اگر پاسخ ما به بررسی سریع مثبت باشد، به این معنی است که موافق هستیم شما همچنان نیاز دارید پس از تاریخ ترخیص در بیمارستان بمانید. ما همچنان و تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات بیمارستان را پوشش می‌دهیم.



- همچنین به این معنا است که ما موافق هستیم سهم خود از هزینه‌های خدمات درمانی شما را پس از تاریخی که عنوان کردیم پوشش تمام می‌شود، پرداخت کنیم.
- **اگر پاسخ ما به بررسی سریع منفی باشد**، به این معنی است که تاریخ ترخیص از نظر پزشکی تاریخی مناسبی است. پوشش ما برای خدمات بیمارستانی برای بستری شدن در همان روزی تمام می‌شود که اعلام کرده بودیم پوشش دهی خدمات تمام خواهد شد.
 - اگر شما پس از تاریخ ترخیص تعیین شده همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم باشد هزینه کامل خدمات درمانی بیمارستان که پس از تاریخ ترخیص تعیین شده دریافت کرده اید را خود پرداخت کنید.
- برای اطمینان از اینکه ما در هنگام پاسخگویی منفی به درخواست تجدیدنظر سریع شما از تمام قوانین پیروی کرده ایم، درخواست شما را برای "واحد بررسی مستقل" ارسال می‌کنیم. هنگامی که این کار را انجام می‌دهیم، به این معنی است که پرونده شما به صورت خودکار به مرحله 2 مراحل تجدیدنظر منتقل شده است.

اصطلاح حقوقی برای "بررسی سریع"، "تجدیدنظر سریع شده" است.

درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

- ما اطلاعات مربوط به مرحله 2 درخواست تجدید نظر شما را ظرف 24 ساعت پس از ارائه تصمیم‌مان درباره مرحله 1، برای واحد بررسی مستقل (IRE) ارسال می‌کنیم. اگر فکر می‌کنید که ما نمی‌توانیم این مهلت یا سایر مهلت‌ها را برآورده کنیم، می‌توانید شکایتی را ارائه کنید. در قسمت L در صفحه 167 عنوان شده است که چطور شکایت را ارائه کنید.
- در طول مراحل تجدیدنظر مرحله 2، تصمیمی که ما اتخاذ کرده و به "بررسی سریع" پاسخ منفی داده ایم توسط واحد بررسی مستقل یا IRE مورد بررسی قرار می‌گیرد. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفته ایم باید تغییر کند یا خیر.

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر ثانوی مرحله 2

نیازی نیست شما کاری انجام دهید. طرح به صورت خودکار درخواست شما را برای واحد بررسی مستقل ارسال می‌کند.

- واحد بررسی مستقل (IRE) یک "بررسی سریع" در مورد درخواست شما انجام می‌دهد. معمولاً مسئولین بررسی ظرف 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند
- واحد بررسی مستقل، یک سازمان مستقل است که توسط Medicare به کار گرفته می‌شود. این سازمان با طرح ما مرتبط نیست و یک سازمان دولتی نیز نیست.
- بررسی کنندگان در واحد بررسی مستقل یا IRE به دقت تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما درباره ترخیص از بیمارستان را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- اگر واحد بررسی مستقل یا IRE به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد، سپس ما باید سهم خود از هزینه خدمات درمانی بیمارستانی که از تاریخ ترخیص تعیین شده دریافت کرده اید را پرداخت کنیم. همچنین ما باید به پوشش دهی برای خدمات بیمارستانی شما تا زمانی که از نظر پزشکی لازم است، ادامه دهیم.
- اگر سازمان به درخواست شما پاسخ منفی بدهد، به این معنی است که با ما موافقت کرده است که تاریخ ترخیص تعیین شده بیمارستان شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.
- در نامه ای که از طرف واحد بررسی مستقل یا IRE دریافت می‌کنید به شما اطلاع داده می‌شود که اگر می‌خواهید مراحل بررسی را ادامه دهید باید چه کاری انجام دهید. در آن درباره نحوه ادامه به مرحله تجدیدنظر مرحله 3 توضیحاتی ارائه شده است که توسط یک قاضی اجرا می‌شود.
- شما همچنین می‌توانید در رابطه با ادامه اقامت در بیمارستان، به DMHC شکایت کرده و برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. جهت آگاهی از نحوه تسلیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش 5.4 در صفحه 141 مراجعه کنید. شما می‌توانید به علاوه یا به جای تجدیدنظر مرحله 3، برای بررسی پزشکی مستقل درخواست دهید.



H. اگر فکر می کنید که خدمات درمانی از سلامت، خدمات پرستاری حرفه ای یا خدمات توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) شما به زودی تمام شود، چه کار باید انجام دهید

در این بخش فقط درباره انواع خدمات درمانی زیر توضیح داده می شود:

- خدمات درمانی در منزل.
 - خدمات درمانی پرستاری حرفه ای در مرکز نگهداری توسط پرستاران.
 - خدمات بازپروری که شما به عنوان بیمار سرپایی در خدمات توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) مورد تأیید Medicare دریافت می کنید. 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 جراحی و سخت هستید.
 - با هر کدام از این سه نوع خدمات درمانی، شما از این حق برخوردار هستید تا همچنان خدمت تحت پوشش را تا زمانی که از نظر پزشکتان ضروری باشد، دریافت کنید.
 - هنگامی که ما تصمیم بگیریم پوشش هر کدام از این موارد را متوقف کنیم، باید پیش از پایان خدمات به شما اطلاع دهیم. هرگاه پوشش شما برای یک خدمات درمانی خاص تمام شود، ما دیگر هزینه خدمات درمانی شما را پرداخت نخواهیم کرد.
- اگر فکر می کنید که ما پوشش دهی را بسیار زود تمام کرده ایم، می توانید درخواست تجدیدنظر تصمیم ما را بدهید. در این قسمت به شما گفته می شود که چطور می توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید.

H1. پیش از اینکه پوشش دهی خدمات را تمام کنیم، از پیش به شما اطلاع خواهیم داد.

- شما حداقل دو روز پیش از اینکه پرداخت خدمات درمانی شما را متوقف کنیم یک اعلامیه دریافت خواهید کرد. این موضوع تحت عنوان "اطلاعیه عدم پوشش Medicare" شناخته می شود. در این اعلامیه کتبی به شما اطلاع داده می شود که چه زمان مراقبت از شما را متوقف می کنیم و نحوه تجدیدنظر در مورد این تصمیم چگونه است.
- شما یا نماینده خود باید اعلامیه کتبی را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده اید. امضا کردن به این معنی نیست که شما موافقت کرده اید که زمان توقف دریافت خدمات درمانی فرا رسیده است.
- با پایان مدت پوشش شما، ما پرداخت هزینه خدمات درمانی شما را متوقف می کنیم.

H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 برای ادامه خدمات درمانی

- اگر فکر می کنید که ما پوشش دهی را بسیار زود تمام کرده ایم، می توانید درخواست تجدیدنظر تصمیم ما را بدهید. در این قسمت به شما گفته می شود که چطور می توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید.
- پیش از شروع درخواست، باید متوجه شوید که چه نیازی دارید و موعدهای مقرر کدام هستند.
- از مهلت های مشخص شده پیروی کنید. مهلت ها مهم هستند. حتماً مهلت ها را بشناسید و آنها را دنبال کنید تا بتوانید کارهای لازم را انجام دهید. همچنین مهلت هایی وجود دارند که طرح ما باید از آنها پیروی کند. (اگر فکر می کنید که ما از مهلت ها پیروی نمی کنیم، باید شکایتی ارائه کنید. در قسمت L در صفحه 167 درباره نحوه ارائه شکایت توضیح داده شده است.)
 - در صورت نیاز، برای راهنمایی درخواست کنید. اگر سؤالی دارید یا به راهنمایی احتیاج دارید، از طریق شماره 855-665-4627 یا TTY به شماره: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت محلی تماس بگیرید. یا اینکه از طریق شماره 800-434-0222 با طرح کمک بیمه درمانی ایالتی تماس بگیرید.



نگاه اجمالی: نحوه ارائه درخواست بررسی مرحله 1 برای درخواست ادامه ارائه خدمات درمانی توسط طرح

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره
877-588-1123 (TTY)، 877-588-1123 (TTY)؛ 855-887-6668 تماس
بگیرید و برای "تجدید نظر سریع" درخواست کنید.
پیش از خروج از سازمان یا مرکز ارائه دهنده خدمات درمانی
و پیش از ترخیص تعیین شده از بیمارستان، تماس بگیرید.

در طول تجدیدنظر مرحله 1، سازمان بهبود کیفیت درخواست
تجدیدنظر شما را بررسی می کند و تصمیم می گیرد که آیا تصمیمی
که ما گرفته ایم را تغییر دهد یا خیر. در کالیفرنیا، سازمان ارتقا
کیفیت Livanta نامیده می شود. می توانید از طریق این شماره با
Livanta تماس بگیرید: 877-588-1123 (TTY)؛
877-6668-855 (855) تماس بگیرید. اطلاعات مربوط به درخواست
از سازمان بهبود کیفیت با عنوان "اطلاعیه عدم پوشش
Medicare" نیز شناخته می شود. شما این اطلاعیه را زمانی
دریافت می کنید که ما پوشش خدمات درمانی های شما را متوقف
کرده ایم.

سازمان بهبود کیفیت چیست؟

گروهی از پزشکان و سایر متخصصین امور سلامت که حقوق خود
را از طرف دولت فدرال دریافت می کنند. این متخصصین بخشی از طرح ما نیستند. آنها از طرف Medicare مبلغی دریافت می کنند
تا خدمات درمانی افراد در Medicare را بررسی کرده و کیفیت آنها را بهبود ببخشند.

چرا باید درخواست کنید؟

از آنها «بررسی سریع» درخواست کنید. این یک بررسی مستقل درباره این مسئله است که آیا ما از نظر پزشکی مناسب است که پوشش
دهی خدمات شما را پایان دهیم یا خیر.

تاریخ موعد مقرر شما برای تماس با این سازمان چیست؟

- تماس با سازمان بهبود کیفیت باید حداکثر پس از ظهر روزی باشد که اعلامیه کتبی مبنی بر لغو پوشش خدمات خود را دریافت کرده اید.
- اگر مهلت تعیین شده برای تماس با سازمان بهبود کیفیت درباره درخواست تجدیدنظر را از دست دادید، می توانید درخواست تجدیدنظر را مستقیماً برای ما ارسال کنید. جهت اطلاع از جزئیات درباره سایر روش های ارائه درخواست تجدیدنظر، به قسمت H4 در صفحه 164 مراجعه کنید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما برای ادامه پوشش خدمات درمانی شما را بررسی نکند یا شما عقیده دارید که وضعیت شما فوریت، یک تهدید فوری و جدی به سلامتی شماست یا درد شدید دارید، می توانید یک شکایت را تسلیم کرده و از اداره خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. جهت آگاهی از نحوه تسلیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 141 مراجعه کنید.

عبارت حقوقی برای اعلامیه کتبی، "اعلامیه عدم پوشش Medicare" می باشد. برای دریافت یک نسخه نمونه، با بخش
خدمات اعضا به شماره 855-665-4627 (TTY)، 711، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی
یا (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY
باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا به صورت آنلاین به این آدرس مراجعه کنید:
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices

به منظور آگاهی از نحوه درخواست از اداره برای بررسی پزشکی مستقل، به بخش 5.4 در صفحه 141 مراجعه کنید.

در طول بررسی سازمان بهبود کیفیت چه اتفاقی رخ می دهد؟

- مسئولین بررسی سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده خود سؤال می کنند که چرا فکر می کنید پوشش دهی برای خدمات باید ادامه داشته باشد. لازم نیست که چیزی را به صورت کتبی آماده کنید، اما در صورت تمایل می توانید این کار را انجام دهید.
- هنگامی که درخواست تجدیدنظر ارائه می کنید، طرح باید یک نامه به شما و سازمان بهبود کیفیت ارسال کرده و توضیح دهد که چرا خدمات شما باید تمام شوند.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن 855-665-4627 (TTY)، 711 در روزه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت
8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر
مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



- مسئولین بررسی نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می کنند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می دهند.
- پس از یک روز کامل که مسئولین بررسی تمام اطلاعات مورد نیاز را در اختیار داشتند، تصمیمشان را به شما اطلاع خواهند داد. می توانید نامه ای را دریافت کنید که این تصمیم را توضیح می دهد.

اصطلاح حقوقی مربوط به نامه ای که دلیل پایان یافتن خدمات را توضیح می دهد، "توصیف مشروح عدم پوشش دهی" است.

اگر مسئولین بررسی پاسخ مثبت بدهند چه اتفاقی می افتد؟

- اگر نظر مسئولین بررسی نسبت به درخواست تجدیدنظر شما مثبت باشد، ما باید همچنان خدمات تحت پوشش را تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد در اختیار شما قرار دهیم.

اگر مسئولین بررسی پاسخ منفی بدهند چه اتفاقی می افتد؟

- اگر پاسخ مسئولین بررسی به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد، پوشش شما در تاریخی که ما گفته ایم تمام می شود. ما پرداخت سهم خود از این هزینه های خدمات درمانی را متوقف می کنیم.
- اگر تصمیم بگیرید که همچنان پس از تاریخ پایان پوشش دهی از خدمات درمانی در منزل، خدمات مراکز پرستاری حرفه ای یا خدمات توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) استفاده کنید، لازم است که هزینه کامل این خدمات درمانی را شخصاً خود پرداخت کنید.

H3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای ادامه خدمات درمانی

اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد و شما بخواهید پس از پایان دوره پوشش خدمات درمانی همچنان از خدمات بهره مند شوید، می توانید درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را ارائه دهید.

در طی درخواست مرحله 2، سازمان بهبود کیفیت تصمیم گیری انجام شده در مرحله 1 را دوباره بازبینی خواهد کرد. اگر آنها با تصمیم مرحله 1 موافق باشند، ممکن است لازم باشد که خود هزینه کامل خدمات درمانی درون منزل، خدمات مرکز پرستاری حرفه ای یا خدمات توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) را پس از تاریخ اتمام پوشش دهی از طرف ما، پرداخت کنید.

در کالیفرنیا، سازمان ارتقا کیفیت Livanta نامیده می شود. می توانید از طریق این شماره با Livanta تماس بگیرید:

877-588-1123؛ TTY: 887-6668-855) تماس بگیرید. درخواست برای تجدیدنظر مرحله 2 را ظرف 60 روز تقویمی پس از زمانی انجام دهید که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ منفی داده باشد. تنها در صورتی می توانید درخواست این بررسی را داشته باشید که همچنان پس از تاریخ پایان خدمات درمانی، خدمات را دریافت می کنید.

- مسئولین بررسی در سازمان بهبود کیفیت مجدداً و به دقت اطلاعات مرتبط با درخواست تجدیدنظر شما را مورد بررسی قرار می دهند.

- سازمان بهبود کیفیت ظرف 14 روز تقویمی از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، تصمیم گیری خود را اعلام خواهد کرد.

نگاه اجمالی: نحوه ارائه درخواست بررسی مرحله 2 برای درخواست از طرح نسبت به پوشش دهی خدمات برای مدت زمانی بیشتر

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره 877-588-1123، TTY: 887-6668-855) تماس گرفته و برای یک بازبینی دیگر درخواست کنید.

پیش از خروج از سازمان یا مرکز ارائه دهنده خدمات درمانی و پیش از ترخیص تعیین شده از بیمارستان، تماس بگیرید.



اگر پاسخ سازمان مسئول بررسی مثبت باشد چه اتفاقی رخ می دهد؟

- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده ایم پوشش دهی تمام می شود، به شما پرداخت کنیم. تا زمانی که از لحاظ پزشکی لازم باشد ما همچنان پوشش دهی خدمات را در مورد شما ادامه می دهیم.

اگر پاسخ سازمان مسئول بررسی منفی باشد چه اتفاقی می افتد؟

- به این معنی است که آنها با تصمیم اتخاذ شده در مرحله 1 تجدیدنظر موافق هستند و آن را تغییر نمی دهند.
- در نامه ای که دریافت می کنید به شما گفته می شود که در صورت تمایل به ادامه مراحل بررسی باید چه کاری انجام دهید. در آن درباره نحوه ادامه به مرحله تجدیدنظر مرحله 3 توضیحاتی ارائه شده است که توسط یک قاضی اجرا می شود.
- شما می توانید در رابطه با ادامه پوشش خدمات درمانی خود، شکایتی را به DMHC تسلیم کرده و برای بررسی پزشکی مستقل درخواست کنید. جهت آگاهی از نحوه درخواست از DMHC برای بررسی پزشکی مستقل، به بخش E4 در صفحه 141 مراجعه کنید. شما می توانید علاوه بر این به جای تجدیدنظر مرحله 3، شکایتی را به DMHC تسلیم کرده و برای بررسی پزشکی مستقل درخواست دهید.

H4. اگر تاریخ تعیین شده برای درخواست تجدید نظر مرحله 1 را از دست بدهید چه اتفاقی رخ می دهد

اگر تاریخ تنظیم شده برای این درخواست بررسی را از دست بدهید، روش دیگری برای انجام بررسی های مرحله 1 و 2 وجود دارد که به آن بررسی های جایگزین گفته می شود. اما دو مرحله اول از درخواست بررسی با هم متفاوت هستند.

درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 1 برای ادامه دریافت خدمات درمانی برای مدت زمان بلند تر

اگر تاریخ تنظیم شده برای تماس با سازمان بهبود کیفیت را از دست بدهید، می توانید یک درخواست تجدیدنظر برای ما ارسال کنید و درخواست "تجدیدنظر سریع" را داشته باشید. بررسی سریع نوعی درخواست بررسی است که از تاریخ های مقرر سریع به جای موارد استاندارد استفاده می کند.

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر ثانوی مرحله 1

با شماره تلفن خدمات اعضای ما تماس بگیرید و درخواست "بررسی سریع" داشته باشید.

ما ظرف 72 ساعت نتیجه تصمیم گیریمان را به اطلاع شما می رسانیم.

- در طول این بازبینی، ما تمام اطلاعات مربوط به خدمات درمانی سلامت شما در خانه، خدمات درمانی خانه سالمندان دارای مهارت، یا خدمات درمانی که شما در یک مرکز بازیابی جامع بیماران سرپایی (CORF) دریافت می کنید را مرور می کنیم. ما بررسی می کنیم که آیا تصمیم گیری انجام شده درباره زمان خاتمه خدمات شما منصفانه، و با پیروی از تمام قوانین بوده است یا خیر.
- ما از مهلت های سریع به جای مهلت های استاندارد استفاده می کنیم تا به این بررسی پاسخ دهیم. ما ظرف 72 ساعت پس از درخواست "بررسی سریع" شما، پاسخگو خواهیم بود.

- اگر پاسخ ما به بررسی سریع شما مثبت باشد، به این معنی است که موافق هستیم تا زمانی که از لحاظ پزشکی ضروری باشد، خدمات شما را تحت پوشش قرار دهیم.
- همچنین به این معنا است که ما موافق هستیم سهم خود از هزینه های خدمات درمانی شما را پس از تاریخی که عنوان کردیم پوشش تمام می شود، پرداخت کنیم.
- اگر پاسخ ما به بررسی سریع شما منفی باشد، منظورمان این است که لغو خدمات شما از لحاظ پزشکی مناسب بوده است. پوشش دهی ما در همان روزی تمام می شود که به شما اطلاع دادیم پوشش دهی متوقف می شود.



اگر همچنان پس از اینکه به شما اطلاع دادیم خدمات را متوقف می کنیم به دریافت آنها ادامه دهید، ممکن است لازم باشد که شخصاً تمام هزینه‌های خدمات را پرداخت کنید.

اصطلاح حقوقی برای "بررسی سریع"، "تجدیدنظر تسریع شده" است.

برای اطمینان از اینکه ما در هنگام پاسخگویی منفی به درخواست بررسی سریع شما از تمام قوانین پیروی کرده ایم، درخواست شما را برای "واحد بررسی مستقل" ارسال می کنیم. هنگامی که این کار را انجام می دهیم، به این معنی است که پرونده شما به صورت خودکار به مرحله 2 مراحل تجدیدنظر منتقل شده است.

درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 2 برای ادامه دریافت خدمات درمانی برای مدت زمان بلند تر

ما اطلاعات مربوط به مرحله 2 درخواست تجدیدنظر شما را ظرف 24 ساعت پس از ارائه تصمیمان درباره مرحله 1، برای واحد بررسی مستقل (IRE) ارسال می کنیم. اگر فکر می کنید که ما نمی توانیم این مهلت یا سایر مهلت ها را برآورده کنیم، می توانید شکایتی را ارائه کنید. در قسمت L در صفحه 167 عنوان شده است که چطور شکایت را ارائه کنید.

نگاه اجمالی: نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 2 برای ادامه خدمات درمانی شما

نیازی نیست شما کاری انجام دهید. طرح به صورت خودکار درخواست شما را برای واحد بررسی مستقل ارسال می کند.

در طول مراحل تجدیدنظر مرحله 2، تصمیمی که ما اتخاذ کرده و به "بررسی سریع" پاسخ منفی داده ایم توسط واحد بررسی مستقل یا IRE مورد بررسی قرار می گیرد. این سازمان تصمیم می گیرد که آیا تصمیمی که گرفته ایم باید تغییر کند یا خیر.

- واحد بررسی مستقل (IRE) یک "بررسی سریع" در مورد درخواست شما انجام می دهد. معمولاً مسئولین بررسی ظرف 72 ساعت به شما پاسخ می دهند

- واحد بررسی مستقل، یک سازمان مستقل است که توسط Medicare به کار گرفته می شود. این سازمان با طرح ما مرتبط نیست و یک سازمان دولتی نیز نیست.

- مسئولین بررسی در واحد بررسی مستقل به دقت اطلاعات مرتبط با درخواست شما را مورد بررسی قرار می دهند.

- اگر پاسخ IRE به درخواست شما مثبت باشد، سپس ما باید سهم خود از هزینه خدمات درمانی شما را پرداخت کنیم. همچنین تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، ما باید پوشش دهی خود را برای خدمات شما ادامه دهیم.

- اگر IRE به درخواست شما پاسخ منفی بدهد، به این معنی است که ما موافقت کرده است که توقف پوشش دهی خدمات شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.

در نامه ای که از طرف واحد بررسی مستقل یا IRE دریافت می کنید به شما اطلاع داده می شود که اگر می خواهید مراحل بررسی را ادامه دهید باید چه کاری انجام دهید. در آن درباره نحوه ادامه به مرحله بررسی مرحله 3 توضیحاتی ارائه شده است که توسط یک قاضی اجرا می شود.

شما می توانید در رابطه با ادامه پوشش خدمات درمانی خود، شکایتی را به DMHC تسلیم کرده و برای بررسی پزشکی مستقل درخواست کنید. جهت آگاهی از نحوه درخواست از DMHC برای بررسی پزشکی مستقل، به بخش 5.4 در صفحه 141 مراجعه کنید. می توانید برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. شما می توانید علاوه بر یا به جای تجدیدنظر مرحله 3، شکایتی را تسلیم کرده یا برای بررسی مستقل پزشکی درخواست دهید.



1. درخواست بررسی فراتر از مرحله 2

1.1 مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare

اگر درخواست بررسی مرحله 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. در نامه ای که از طرف واحد بررسی مستقل دریافت می کنید به شما اطلاع داده می شود که اگر می خواهید مراحل بررسی را دنبال کنید، باید چه کاری انجام دهید.

مرحله 3 درخواست های بررسی، مرحله ای است شامل دادرسی عادلانه ایالتی توسط قاضی (ALJ). شخصی که در تجدیدنظر مرحله 3 تصمیم گیری می کند یک ALJ یا قاضی حقوقی می باشد. اگر می خواهید یک ALJ یا قاضی حقوقی پرونده خود را مورد بررسی قرار دهد، آن مورد با خدمات پزشکی که درخواست می کنید باید از حداقل مقدار دلاری برخوردار باشد. اگر ارزش دلاری کمتر از سطح کمینه باشد، دیگر نمی توانید درخواست بررسی ارائه کنید. اگر مقدار دلاری به اندازه کافی بالا باشد، می توانید از ALJ یا قاضی حقوقی درخواست کنید تا جلسه استماع را برگزار کند.

اگر با تصمیم ALJ تا قاضی حقوقی موافق نیستید، می توانید به شورای بررسی های Medicare مراجعه کنید. پس از آن ممکن است از این حق برخوردار باشید تا از دادگاه فدرال بخواهید به درخواست شما رسیدگی کند.

اگر در هر کدام از مراحل درخواست بررسی به راهنمایی نیاز داشتید، می توانید از طریق شماره 1-855-501-3077 با طرح Cal MediConnect Ombuds تماس بگیرید.

1.2 مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medi-Cal

همچنین اگر درخواست تجدیدنظر شما مربوط به خدمات یا اقلامی باشد که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal باشند، حقوق بیشتری نسبت به درخواست تجدیدنظر دارید. اگر با تصمیم دادرسی ایالتی موافق نیستید و می خواهید یک قاضی دیگر پرونده را بررسی کند، می توانید درخواست جلسه استماع مجدد داشته باشید و/یا بررسی دادگاهی را درخواست کنید.

برای درخواست جلسه استماع مجدد، یک درخواست کتبی (نامه) به این آدرس ارسال کنید:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

این نامه باید در ظرف 30 روز پس از دریافت تصمیم ارسال شود. اگر دلیل خوبی برای تأخیر داشته باشید، این مهلت را می توان تا حداکثر 180 روز تمدید کرد.

در جلسه درخواست استماع مجدد، تاریخ دریافت تصمیم گیری و دلیل اینکه باید جلسه استماع مجدد برگزار شود را عنوان کنید. اگر می خواهید مدارک بیشتری ارائه کنید، شواهد بیشتری را توضیح دهید و توضیح دهید که چرا قبلاً این موارد را ارائه نکرده بودید و اینکه چطور می توانند تغییری در این تصمیم ایجاد کنند. برای دریافت راهنمایی می توانید با خدمات حقوقی تماس بگیرید.

برای درخواست بررسی توسط قاضی باید دادخواستی را به دادگاه عالی (تحت قانون روال مدنی بخش 1094.5) در ظرف یک سال از تاریخ دریافت تصمیم خود تسلیم کنید. شکایتان را در دادگاه عالی برای ایالتی که در تصمیم نام آن آورده شده است ارائه کنید. بدون درخواست جلسه استماع مجدد می توانید این شکایت را ارائه کنید. هیچ هزینه ای برای این شکایت از جانب شما لازم نیست. اگر حکم نهایی دادگاه به نفع شما باشد، ممکن است هزینه های مربوط به وکیل بر عهده شما باشد.

اگر جلسه استماع و بررسی برگزار شده است و شما با حکم این جلسه موافق نیستید، می توانید درخواست بررسی قضایی داشته باشید اما نمی توانید یک جلسه استماع دیگر را درخواست کنید.



J. نحوه طرح شکایت

J1. در رابطه با چه مشکلاتی باید شکایت کرد؟

مراحل شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات مورد استفاده قرار می گیرند، از جمله مشکلات مربوط به کیفیت خدمات درمانی، مدت زمان انتظار و خدمات مشتری. در اینجا نمونه هایی از مشکلاتی که در مراحل ارائه شکایت به آنها رسیدگی می شود، ارائه شده اند.

شکایت هایی در رابطه با کیفیت

- اگر از کیفیت خدمات درمانی رضایت ندارید، مانند خدمات درمانی که در بیمارستان دریافت می کنید.

شکایت هایی درباره حریم خصوصی

- اگر فکر می کنید که فردی به حقوق حریم خصوصی شما احترام نگذاشته است یا اینکه اطلاعات مربوط به شما که محرمانه بوده است را در اختیار دیگران قرار داده است.

شکایت هایی درباره خدمات مشتری در سطح ضعیف

- اگر یک ارائه دهنده خدمات یا کارکنان برخوردی خشن یا غیرمحترمانه با شما داشته اند.
- اگر کارکنان Molina Dual Option برخورد ضعیفی با شما داشته اند.
- اگر فکر می کنید که به اجبار از طرح بیرون شده اید.

شکایت هایی درباره قابلیت های دسترسی

- اگر نمی توانید به صورت فیزیکی به خدمات درمانی و امکانات در مطب پزشک یا ارائه دهنده دسترسی داشته باشید.
- ارائه دهنده به شما هیچ یک از کمک های مورد نیاز مثل مترجم زبان اشاره آمریکایی را ارائه نمی کند.

شکایت هایی درباره مدت زمان انتظار

- اگر برای تنظیم قرار ملاقات مشکل داشته اید یا مدت زمان بلند در انتظار بوده اید.
- اگر برای مدت زمان بلند توسط پزشکان، داروسازان یا دیگر متخصصین امور سلامت یا خدمات اعضا یا دیگر کارکنان طرح معطل شده اید.

شکایت هایی درباره سلامت و تمیزی

- اگر فکر می کنید که کلینیک، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نبوده است.

شکایت هایی درباره دسترسی به زبان

- اگر پزشک یا ارائه دهنده شما در طول مدت زمان ویزیت، مترجمی در اختیار شما قرار ندهد.

شکایت هایی درباره برقراری ارتباط با ما

- اگر فکر می کنید که ما اعلامیه یا نامه ای که لازم بوده است را برایتان ارسال نکرده ایم.
- اگر فکر می کنید که اطلاعات کتبی که برایتان ارسال کرده ایم به سختی قابل فهم بوده اند.

نگاه اجمالی: نحوه طرح شکایت

شما می توانید با طرح ما و/یا یک شکایت خارجی با سازمانی که به طرح ما ارتباطی ندارد یک شکایت داخلی را انجام دهید.

برای تسلیم شکایت داخلی، با خدمات اعضا تماس بگیرید و یا برای ما نامه بفرستید.

سازمان های مختلفی به امر بررسی شکایات خارجی می پردازد. جهت کسب اطلاعات بیشتر، به بخش J3 در صفحه 172 مراجعه کنید.



- شکایت هایی درباره به موقع بودن اقدامات ما در رابطه با تصمیم گیری های مربوط به پوشش دهی یا درخواست های تجدیدنظر
- اگر فکر می کنید که در تصمیم گیری درباره پوشش دهی یا پاسخگویی به درخواست تجدیدنظر شما در موعد مقرر عمل نکرده ایم.
 - اگر فکر می کنید که پس از دریافت نتیجه مربوط به پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر، از مهلت های تأیید یا ارائه خدمات یا برگرداندن هزینه خدمات تخصصی پزشکی به شما پیروی نمی کنیم.
 - اگر فکر می کنید که ما پرونده شما را به موقع به واحد بررسی مستقل منتقل نکرده ایم.

اصطلاح حقوقی برای "شکایت"، "نارضایتی" است.

اصطلاح حقوقی برای "ارائه شکایت"، "تسلیم نارضایتی" است.

آیا انواع مختلفی از شکایت ها وجود دارند؟

بله. شما می توانید یک شکایت داخلی و/یا یک شکایت خارجی انجام دهید. یک شکایت داخلی توسط طرح ما ایجاد و بررسی می شود. یک شکایت خارجی توسط سازمانی که به طرح ما ارتباطی ندارد ایجاد و بررسی می شود. اگر برای یک شکایت داخلی و/یا خارجی به راهنمایی نیاز داشتید، می توانید از طریق شماره 1-855-501-3077 با طرح Cal MediConnect Ombuds تماس بگیرید.

J2. شکایت های داخلی

برای طرح شکایت داخلی، با مرکز خدمات اعضا از طریق شماره (855) 665-4627 یا TTY به شماره: 711، دوشنبه - جمعه از 8 صبح تا 8 بعداز ظهر به وقت محلی تماس بگیرید. شما در هر زمان می توانید شکایت خود را تسلیم کنید، مگر اینکه این شکایت در رابطه با یک داروی بخش D باشد. اگر شکایت مربوط به داروی بخش D می باشد، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از وقوع مشکلی که می خواهید در مورد آن شکایت کنید تسلیم شوند.

- اگر به چیز دیگری نیاز دارید که لازم به انجام آن است، خدمات اعضا به شما اطلاع خواهند داد.
- شما می توانید شکایت خود را نوشته و برای ما ارسال کنید. در صورت ارسال شکایت خود به طور کتبی، ما پاسخ آن را به صورت مکتوب ارسال می کنیم.
- شکایت ها در حقیقت نوعی اعتراض هستند باید سریعاً و بر اساس لزوم پرونده شما و وضعیت سلامت شما مورد بررسی و حل و فصل قرار بگیرند اما این مدت نباید بیشتر از 30 روز تقویمی پس از تاریخ دریافت اعتراض شفاهی یا کتبی توسط طرح باشد. به نارضایتی هایی که به صورت شفاهی مطرح می شوند، ممکن است به صورت شفاهی پاسخ داده شود، مگر اینکه عضو برای پاسخ کتبی درخواست کرده یا نارضایتی در مورد کیفیت خدمات درمانی باشد. اعتراض ارائه شده به صورت شفاهی باید به صورت کتبی پاسخ داده شوند. نارضایتی ها را می توان به صورت شفاهی توسط تماس با شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه الی جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی؛ یا به صورت کتبی توسط پست به نشانی زیر تسلیم کنید: Molina Dual Options Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801، نمابر: (562) 499-0610.
- اگر امکان داشته باشد فوراً به شما پاسخ می دهیم. اگر در رابطه با یک شکایت با ما تماس می گیرید، ممکن است بتوانیم در همان تماس تلفنی به شما پاسخ دهیم. اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم است که ما فوراً پاسخگو باشیم، این کار را انجام خواهیم داد.
- ما ظرف 30 روز تقویمی به بیشتر شکایت ها پاسخ می دهیم. 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. همچنین یک به روزرسانی از وضعیت و زمان تخمین زده شده برای ارائه پاسخ را به شما اعلام می کنیم.
- اگر به دلیل رد درخواست شما برای "تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی" یا "درخواست تجدیدنظر سریع" شکایتی ارائه می کنید، ما به صورت خودکار یک "شکایت سریع" برای شما آماده کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می دهیم.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعداز ظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



اصطلاح حقوقی برای "شکایت سریع"، "تراضیاتی تسریع شده" است.

- اگر به این دلیل شکایت می کنید که زمان زیادی را صرف تصمیم گیری درباره پوشش دهی می کنیم، ما به صورت خودکار یک "شکایت سریع" برای شما آماده کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می دهیم.
- اگر با بعضی از قسمت ها یا کل شکایت شما موافق نباشیم، به شما اطلاع می دهیم و دلایلمان را در اختیار شما قرار می دهیم. پاسخ می دهیم که آیا با شکایت شما موافق هستیم یا خیر.

3. شکایت های خارجی

می توانید درباره شکایتتان به Medicare اطلاع دهید

می توانید شکایتتان را برای Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare از اینجا در دسترس قرار دارد:
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Medicare شکایات شما را جدی تلقی می کند و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت طرح Medicare استفاده می کند.

اگر بازخورد یا دلنگرانی هایی دارید یا اگر احساس می کنید که طرح درمانی به مشکل شما توجه نمی کند، لطفاً با شماره 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برقراری تماس رایگان است.

می توانید درباره شکایتتان به Medi-Cal اطلاع دهید

طرح Cal MediConnect Ombuds نیز برای برطرف شدن مشکلات از نقطه نظری منصفانه و بی طرفانه تلاش می کند تا مطمئن شود اعضای ما تمام خدمات تحت پوشش که ملزم به ارائه هستیم را دریافت کنند. Cal MediConnect Ombuds با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های بیمه درمانی ارتباطی ندارد.

شماره تلفن 1-855-501-3077 برای تماس با Cal MediConnect Ombuds در نظر گرفته شده است. این خدمات به صورت رایگان ارائه می شوند.

در رابطه با شکایت هایمان می توانید با بخش خدمات درمانی از سلامت مدیریت شده در کالیفرنیا تماس بگیرید.

بخش خدمات درمانی مدیریت شده (DMHC) مسئول نظارت بر طرح های درمانی است. برای دریافت راهنمایی در رابطه با شکایت های مربوط به خدمات Medi-Cal، می توانید با مرکز راهنمایی DMHC تماس بگیرید. در صورتیکه به شکایتی که مربوط به یک موضوع فوری می شود 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، می توانید با DMHC تماس بگیرید.

در اینجا دو روش برای دریافت راهنمایی از مرکز راهنمایی ارائه شده است:

- با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. افرادی که ناشنوا هستند و مشکل شنوایی یا گفتاری دارند می توانند از شماره رایگان 1-877-688-9891 TDD استفاده کنند. برقراری تماس رایگان است.

- از وب سایت بخش خدمات درمانی مدیریت شده (www.dmhc.ca.gov) بازدید کنید.

شما می توانید در دفتر حقوق مدنی شکایت را ارائه کنید

اگر فکر می کنید با عدالت با شما رفتار نشده است، می توانید در مورد حقوق شهروندی به اداره سلامت و دفتر خدمات انسانی شکایت کنید. برای مثال می توانید درباره عدم دسترسی به کمک زبانی شکایت داشته باشید. شماره تلفن 1-800-368-1019 برای تماس با دفتر حقوق مدنی در نظر گرفته شده است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. جهت کسب اطلاعات بیشتر می توانید از www.hhs.gov/ocr نیز بازدید کنید.



همچنین می‌توانید از طریق شماره زیر با دفتر محلی حقوق مدنی تماس بگیرید.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

همچنین ممکن است شما تحت قانون "آمریکایی‌های مبتلا به ناتوانی" و هرگونه قانون ایالتی قابل اجرای دیگر، از حقوقی برخوردار باشید. برای دریافت راهنمایی می‌توانید با طرح Cal MediConnect Ombuds تماس بگیرید. شماره تلفن 1-855-501-3077 است.

می‌توانید یک شکایت را به سازمان بهبود کیفیت تسلیم کنید

هنگامی که شکایتان درباره کیفیت خدمات درمانی است نیز دو انتخاب پیش رو دارید:

- اگر ترجیح می‌دهید، می‌توانید شکایتان درباره کیفیت خدمات درمانی را مستقیماً (بدون ارائه شکایت به ما) برای سازمان بهبود کیفیت ارسال کنید.

- یا می‌توانید شکایتان را برای ما ارسال کنید و به سازمان بهبود کیفیت ارائه کنید. اگر می‌خواهید شکایتان را برای این سازمان ارسال کنید، با آنها همکاری می‌کنیم تا به شکایتان 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. به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بهبود کیفیت، به فصل 2 مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، سازمان ارتقا کیفیت Livanta نامیده می‌شود. شماره تلفن برای Livanta عبارت است از (877) 588-1123، TTY: (855) 6668-887 تماس بگیرید.



فصل 10: خاتمه دادن به عضویت تان در طرح Cal MediConnect ما

معرفی

در این بخش درباره روش هایی صحبت شده است که از آن طریق می توانید عضویت خود در طرح Cal MediConnect را پایان دهید و پس از خروج از طرح، پوشش دهی طرح سلامتتان را تمام کنید. اگر از طرح ما خارج شوید، تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان مشمول خدمات طرح های Medicare و Medi-Cal خواهید بود. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده است.

فهرست مطالب

- A. در چه هنگام می توانید عضویت خود را در طرح Cal MediConnect ما خاتمه دهید؟..... 172
- B. چطور به عضویتتان در طرح Cal MediConnect ما پایان دهید 172
- C. چطور می توانید به یک طرح Cal MediConnect دیگر ملحق شوید 173
- D. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور جداگانه 173
- D1. نحوه دریافت خدمات Medicare 173
- D2. نحوه دریافت خدمات Medi-Cal 174
- E. ادامه دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود از طریق طرح درمانی ما تا اینکه عضویت شما خاتمه پیدا کند..... 175
- F. سایر موقعیت هایی که عضویت شما در طرح Cal MediConnect ما خاتمه پیدا می کند..... 175
- G. مقررات مخالفت با درخواست از شما برای ترک طرح Cal MediConnect به هر دلیل مربوط به بهداشت و درمان 176
- H. حق شکایت شما در صورتیکه به عضویت شما در طرح درمانی ما خاتمه دادیم..... 176
- I. نحوه دریافت اطلاعات بیشتری در مورد خاتمه عضویت خود در طرح درمانی..... 177



A. در چه هنگام می توانید عضویت خود را در طرح Cal MediConnect ما خاتمه دهید؟

می توانید به عضویت خود در Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan در هر زمان در طول سال توسط عضویت در Medicare Advantage Plan دیگر، عضویت در طرح Cal MediConnect دیگر یا تغییر به Original Medicare خاتمه دهید.

عضویت شما در آخرین روز از ماهی که ما درخواست شما برای تغییر طرحتان را دریافت کردیم، پایان می یابد. به عنوان مثال، اگر ما درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش دهی شما در طرح ما در پایان 31 ژانویه تمام می شود. پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد (1 فوریه در این مثال).

هنگامی که عضویتتان در طرح ما را تمام می کنید، برای خدمات Medi-Cal شما در یک طرح خدمات درمانی مدیریت شده Medi-Cal به انتخاب خود ثبت نام خواهید شد، مگر اینکه طرح Cal MediConnect متفاوتی را انتخاب کنید. همچنین می توانید گزینه های عضویت Medicare را در زمان پایان عضویتتان در طرح ما انتخاب کنید. اگر طرح درمانی ما را ترک کنید، می توانید اطلاعات زیر را دریافت نمایید:

• گزینه های Medicare در جدول صفحه 173

• خدمات Medi-Cal در صفحه 174

می توانید اطلاعات بیشتر در مورد نحوه خاتمه عضویت خود را توسط تماس با:

• با خدمات اعضا، از طریق شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.

• از طریق شماره 1-844-580-7272 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با Heath Care Options تماس بگیرید و کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

• از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با طرح امداد بیمه درمانی ایالتی (SHIP)، طرح مدافعه و مشاوره بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. جهت کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید.

• از طریق شماره 1-855-501-3077 روزهای دوشنبه تا جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با طرح بازرسی کل MediConnect تماس بگیرید و کاربران TTY باید با شماره 1-855-847-7914 تماس بگیرند.

• 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.

توجه: اگر در طرح مدیریت دارویی نباشید، ممکن است نتوانید که طرح های درمانی را تغییر دهید. جهت اطلاع از طرح های مدیریت دارویی، به فصل 5 مراجعه کنید.

B. چطور به عضویتتان در طرح Cal MediConnect ما پایان دهید

اگر تصمیم گرفته اید به عضویتتان پایان دهید، به Medi-Cal یا Medicare بگویید که می خواهید از Molina Dual Options خارج شوید:

• از طریق شماره 1-844-580-7272 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با Heath Care Options تماس بگیرید، کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

• 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 (افرادی که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. هنگامیکه با 1-800-MEDICARE تماس می گیرید نیز می توانید در طرح Medicare یا طرح دارویی دیگری ثبت نام کنید. اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات Medicare زمانی که از طرح ما خارج می شوید در نمودار موجود در صفحه 173 آورده شده است.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در رزوه های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



C. چطور می توانید به یک طرح Cal MediConnect دیگر ملحق شوید

اگر می خواهید همچنان مزایای Medicare و Medi-Cal را از یک طرح واحد دریافت کنید، می توانید به یک طرح دیگر از Cal MediConnect ملحق شوید.

برای ثبت نام در یک طرح دیگر از Cal MediConnect:

- از طریق شماره 1-844-580-7272 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 a.m. تا 5:00 p.m. با Heath Care Options تماس بگیرید و کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. به آنها بگویید که می خواهید از Molina Dual Options خارج شوید و به یک طرح دیگر از Cal MediConnect ملحق شوید. اگر مطمئن نیستید که در چه طرحی می خواهید عضو شوید، آنها می توانند اطلاعاتی را در مورد سایر طرح های درمانی در منطقه شما در اختیار شما قرار دهند.

پوشش دهی شما با Molina Dual Options در آخرین روز از ماهی که ما درخواست شما را دریافت کردیم، پایان میابد.

D. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور جداگانه

اگر نمی خواهید پس از خروج از Molina Dual Options در یک طرح دیگر از Cal MediConnect ثبت نام کنید، ما به صورت جداگانه شما را به خدمات Medicare و Medi-Cal باز می گردانیم.

D1. نحوه دریافت خدمات Medicare

شما می توانید نحوه دریافت مزایای Medicare را انتخاب کنید.

شما این گزینه را در اختیار دارید تا خدمات Medicare را دریافت کنید. با انتخاب یکی از این گزینه ها، شما به صورت خودکار عضویتتان در طرح Cal MediConnect را پایان می دهید.

<p>1. شما می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:</p> <p>یک طرح درمانی Medicare، از قبیل Medicare Advantage Plan یا در صورت برآوری شرایط مشمولیت و زندگی در محدوده منطقه خدماتی، طرح خدمات درمانی فراگیر برای سالمندان (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</p>	<p>در اینجا نحوه انجام این کار عنوان شده است:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می توانید از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای استعلامات مربوط به PACE، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید.</p> <p>اگر به راهنمایی یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none">• جهت کسب اطلاعات بیشتر یا جستجوی دفتر محلی HICAP در منطقه خود می توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعداز ظهر با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید، یا از وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید. <p>با شروع پوشش دهی طرح جدید، عضویت شما در Molina Dual Options به صورت خودکار لغو می شود.</p>
--	---

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن (855) 665-4627، TTY: 711 در روزهای دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعداز ظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



<p>در اینجا نحوه انجام این کار عنوان شده است:</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 راهنمایی یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> جهت کسب اطلاعات بیشتر یا جستجوی دفتر محلی HICAP در منطقه خود می توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید، یا از وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید. <p>با شروع پوشش دهی Original Medicare، عضویت شما در Molina Dual Options به صورت خودکار لغو می شود.</p>	<p>2. شما می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:</p> <p>Original Medicare همراه با یک طرح دارویی نسخه ای Medicare جداگانه</p>
<p>در اینجا نحوه انجام این کار عنوان شده است:</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 راهنمایی یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> جهت کسب اطلاعات بیشتر یا جستجوی دفتر محلی HICAP در منطقه خود می توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید، یا از وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید. <p>با شروع پوشش دهی Original Medicare، عضویت شما در Molina Dual Options به صورت خودکار لغو می شود.</p>	<p>3. شما می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:</p> <p>Original Medicare بدون طرح ای مجزا از Medicare برای داروهای نسخه ای</p> <p>توجه: اگر به طرح Original Medicare جابجا شوید و در یک طرح دارویی نسخه ای Medicare جداگانه ثبت نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در طرح دارو ثبت نام کند مگر اینکه به Medicare بگویید که نمی خواهید در این طرح ملحق شوید.</p> <p>فقط در صورتی می توانید پوشش دارویی نسخه ای را لغو کنید که پوشش دارویی خود را از منبع دیگری از جمله از طرف کارفرما یا اتحادیه کاری دریافت می کنید. اگر در مورد اینکه آیا به پوشش دارویی نیاز دارید یا خیر سوالی دارید، می توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. همچنین برای جستجوی دفتر محلی HICAP در منطقه خود به وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.</p>

D2. نحوه دریافت خدمات Medi-Cal

اگر از طرح Cal MediConnect خارج شوید، در طرح خدمات درمانی مدیریت شده Medi-Cal انتخاب خود ثبت نام می شوید. خدمات Medi-Cal شما اکثر خدمات بلند مدت و خدمات درمانی از سلامت رفتاری و پشتیبانی ها را شامل می شود. هنگامی که درخواست پایان عضویتتان در طرح Cal MediConnect ما را دارید، لازم است که به Health Care Options اطلاع دهید می خواهید به کدام طرح خدمات درمانی مدیریت شده Medi-Cal ملحق شوید.



- از طریق شماره 1-844-580-7272 روزهای دوشنبه تا جمعه از a.m. 8:00 تا p.m. 5:00 با Heath Care Options تماس بگیرید، کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. به آنها بگویید که می خواهید Molina Dual Options را ترک کرده و به یک طرح خدمات درمانی مدیریت شده Medi-Cal ملحق شوید. اگر مطمئن نیستید که در چه طرحی می خواهید عضو شوید، آنها می توانند اطلاعاتی را در مورد سایر طرح‌های درمانی در منطقه شما در اختیار شما قرار دهند.
- هنگامی که به عضویتتان در طرح Cal MediConnect ما خاتمه می دهید، یک کارت شناسایی عضویت جدید، یک دفترچه راهنمای اعضای جدید و یک فهرست جدید از ارائه دهندگان و داروخانه ها برای پوشش Medi-Cal خود دریافت خواهید کرد.

E. ادامه دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود از طریق طرح درمانی ما تا اینکه عضویت شما خاتمه پیدا کند

- اگر از Molina Dual Options خارج شوید، مدتی طول می کشد تا اینکه عضویتتان تمام شود و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شروع شود. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 177 مراجعه فرمایید. در طول این مدت، همچنان خدمات درمانی و داروها را از طرح ما دریافت می کنید.
- شما باید از داروخانه‌های شبکه برای دریافت نسخه هایتان استفاده کنید. معمولاً داروهای نسخه ای شما تنها در صورتی تحت پوشش است که در یک داروخانه شبکه تهیه شده باشد، از جمله از طریق سفارش پستی خدمات داروخانه در طرح ما.
 - اگر در روزی که عضویتتان تمام می شود در بیمارستان بستری شدید، معمولاً بستری شدن شما در بیمارستان تا زمان ترخیص تحت پوشش طرح Cal MediConnect ما خواهد بود. این حالت فقط زمانی ایجاد می شود که پوشش درمانی جدید شما پیش از ترخیص شروع شود.

F. سایر موقعیت هایی که عضویت شما در طرح Cal MediConnect ما خاتمه پیدا می کند

- این ها شرایطی هستند که در آن Molina Dual Options باید به عضویت شما در طرح پایان دهد:
- اگر وقفه‌ای در پوشش بخش A و B از Medicare وجود داشته باشد.
 - اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نباشید. طرح ما برای افرادی است که هم واجد شرایط Medicare باشند و هم Medi-Cal.
 - اگر از منطقه خدماتی خارج شوید.
 - اگر از منطقه شامل خدماتی ما برای بیش از شش ماه به دور هستید.
 - اگر نقل مکان کنید یا یک سفر بلند داشته باشید، لازم است که با خدمات اعضا تماس بگیرید و ببینید که آیا مکانی که به آنجا جابجا می شود در منطقه خدماتی طرح ما است یا خیر.
 - اگر به دلیل ارتکاب به جرائم قضایی به زندان رفتید.
 - اگر واقعیت را نگوئید یا اطلاعات مربوط به سایر بیمه هایی که برای داروهای نسخه ای دارید را پنهان کنید.
 - اگر شهروند ایالات متحده نیستید یا به صورت قانونی در ایالات متحده سکونت ندارید.
 - برای عضویت در این طرح باید شهروند ایالت متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور پیدا کرده باشید.
 - مراکز خدمات Medicare و Medicaid در صورت عدم صلاحیت شما برای باقی ماندن در طرح به ما اطلاع خواهند داد.
 - اگر این الزامات را نداشته باشید مجبوریم ثبت نام شما را حذف کنیم.



اگر شرایط **Medi-Cal** را ندارید یا شرایط شما به گونه‌ای تغییر کرده است که دیگر واجد شرایط **Cal MediConnect** نیستید، دریافت مزایای دریافتی شما از **Molina Dual Options** برای مدت مازاد دو ماهه ادامه پیدا خواهد کرد. این زمان مازاد به شما تأییدیه می‌دهد اطلاعات واجد شرایط بودن خود را در صورتی که باور دارید همچنان واجد شرایط هستید تصحیح کنید. شما نامه‌ای از طرف ما مبنی بر تغییر در واجد شرایطی خود به همراه دستورالعمل‌های تصحیح اطلاعات مربوط به واجد شرایطی خود دریافت خواهید کرد.

- برای اینکه بتوانید عضوی از **Molina Dual Options** باقی بمانید، باید دوباره شرایط آن را تا آخرین روز آن دوره دو ماهه به دست آورید.
- در صورتی که نتوانید تا پایان آن دو ماه شرایط را به دست آورید، عضویت شما در **Molina Dual Options** قطع خواهد شد.
- به دلایل زیر و تنها اگر مجوز این کار را از پیش از **Medicare** و **Medi-Cal** دریافت کرده باشیم، شما را مجبور به ترک طرح می‌کنیم:
 - اگر از ابتدا اطلاعات نادرست در هنگام ثبت نام در طرح ارائه کرده باشید و این اطلاعات بر واجد شرایط بودن شما برای طرح ما تأثیر بگذارد.
 - اگر به صورت مداوم به روشی مختل عمل کنید به گونه‌ای که ارائه خدمات پزشکی برای شما و دیگر اعضای طرح برای ما مشکل شود.
 - اگر تأییدیه دهید فرد دیگری از کارت شناسایی عضویت شما برای دریافت خدمات درمانی استفاده کند.
- اگر به این دلایل به عضویت شما پایان دهیم، **Medicare** ممکن است پرونده شما را توسط بازپرس مورد بررسی قرار دهد.

G. مقررات مخالفت با درخواست از شما برای ترک طرح **Cal MediConnect به هر دلیل مربوط به بهداشت و درمان**

اگر احساس می‌کنید که به دلایل مرتبط با وضعیت درمانی از شما خواسته شده است که از طرح خارج شوید، باید از طریق شماره **1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE)** با **Medicare** تماس بگیرید. کاربران **TTY** باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند. می‌توانید در **24** ساعت شبانه روز، **7** روز هفته تماس بگیرید.

همچنین باید با طرح **Cal MediConnect Ombuds** به شماره **1-855-501-3077**، در روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت **9:00** صبح تا **5:00** بعدازظهر تماس بگیرید، کاربران **TTY** باید با شماره **1-855-847-7914** تماس بگیرند.

H. حق شکایت شما در صورتیکه به عضویت شما در طرح درمانی ما خاتمه دادیم

اگر ما عضویتتان در طرح **Cal MediConnect** را خاتمه دهیم، باید دلایل این کار را به صورت کتبی به شما اطلاع دهیم. همچنین ما باید توضیح دهیم که چطور می‌توانید درباره تصمیم ما نسبت به پایان دادن به عضویت، انتقاد یا شکایتی ارائه کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ارائه شکایت، به بخش **9** نیز مراجعه کنید.



۱. نحوه دریافت اطلاعات بیشتری در مورد خاتمه عضویت خود در طرح درمانی

- اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید اطلاعات بیشتری درباره زمانی که ما می‌توانیم به عضویت شما پایان دهیم اطلاعاتی کسب کنید، می‌توانید:
- با خدمات اعضا، از طریق شماره (855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.
 - از طریق شماره 1-844-580-7272 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 a.m. تا 5:00 p.m. با Heath Care Options تماس بگیرید و کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP محلی در منطقه خود لطفاً به اینجا مراجعه کنید www.aging.ca.gov/HICAP/.
 - از طریق شماره 1-855-501-3077 روزهای دوشنبه تا جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با طرح Cal MediConnect Ombuds تماس بگیرید و کاربران TTY باید با شماره 1-855-847-7914 تماس بگیرند.
 - در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می‌توانید از طریق شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.



فصل 11: اطلاعیه‌های قانونی

معرفی

این فصل حاوی اطلاعیه‌های قانونی می باشد که مربوط به عضویت شما در Molina Dual Options می شوند. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده است

فهرست مطالب

- A. اعلامیه مربوط به قوانین.....179
- B. اعلامیه عدم تبعیض.....179
- C. اعلامیه مربوط به Medicare به عنوان پرداخت کننده سهم بیمه دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخر.....179



A. اعلامیه مربوط به قوانین

بسیاری قوانین به این دفترچه راهنمای اعضا مربوط می شوند. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت های شما تأثیر بگذارند حتی اگر این قوانین در این دفترچه توضیح داده نشده باشد یا اضافه نشده باشد. قوانین اصلی که در مورد این دفترچه اعمال می شوند، آن دسته از قوانین فدرال در رابطه با طرح های Medicare و Medi-Cal است. سایر قوانین فدرال و قوانین ایالتی نیز ممکن است اعمال شوند.

B. اعلامیه عدم تبعیض

هر شرکت یا سازمانی که با Medicare و Medi-Cal همکاری دارد باید از قوانینی که از شما در مقابل تبعیض یا رفتار ناعادلانه پشتیبانی می کنند، تبعیت کند. ما به خاطر سن، سابقه ادعاها، رنگ پوست، قومیت، مدرک قابلیت بیمه، جنسیت، اطلاعات ژنتیک، محل جغرافیایی در محدوده خدماتی، وضعیت سلامتی، سابقه پزشکی، معلولیت روانی یا جسمانی، اصلیت ملی، نژاد، مذهب یا جنسیت تبعیض قائل شده یا به گونه متفاوتی با شما رفتار نمی کنیم. علاوه بر آن، ما به خاطر تبار، وضعیت تأهل، یا تمایلات جنسی تان، نسبت به شما تبعیض قائل نمی شویم.

اگر اطلاعات بیشتری می خواهید یا دلنگرانی هایی 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 می توانند با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. جهت کسب اطلاعات بیشتر می توانید از www.hhs.gov/ocr نیز بازدید کنید.
- با دفتر محلی حقوق مدنی خود تماس بگیرید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره دفتر حقوق شهروندی و برای پیدا کردن دفتر حقوق شهروندی محلی خود، لطفاً به وب سایت آنها به آدرس www.hhs.gov/ocr/office مراجعه کنید.

اگر ناتوانی دارید و برای دسترسی به خدمات درمانی یا یک ارائه دهنده به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، مانند مشکل در دسترسی به صندلی چرخدار، خدمات اعضا می تواند به شما کمک کند.

C. اعلامیه مربوط به Medicare به عنوان پرداخت کننده سهم بیمه دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخر

بعضی مواقع بعضی از افراد باید ابتدا سهم خود از هزینه خدماتی که در اختیارشان قرار می دهیم را پرداخت کنند. به عنوان مثال، اگر شما در یک حادثه رانندگی بوده اید یا اگر در محل کار دچار جراحت شده اید، شرکت بیمه یا سازمان جبران خسارت کارگری باید ابتدا سهم خود را پرداخت کند.

ما حق و مسئولیت داریم که برای خدمات تحت پوشش Medicare که برای آنها Medicare پرداخت کننده اول نیست جمع آوری کنیم. طرح Cal MediConnect از قوانین ایالتی و فدرال و قوانین مرتبط با تعهدات حقوقی اشخاص ثالث برای خدمات درمانی به اعضا، تبعیت می کند. ما تمام روش های منطقی را به کار می گیریم تا اطمینان حاصل کنیم که طرح Medi-Cal آخرین پرداخت کننده سهم بیمه باشد.



فصل 12: مفهوم واژه‌های مهم

معرفی

این فصل حاوی عباراتی که در طول دفترچه راهنمای اعضا به کار رفته و معانی آنها می باشد. عبارات به ترتیب حروف الفبا ذکر شده اند. اگر نمی توانید عبارتی که می خواهید را پیدا کنید یا اگر به اطلاعات بیشتری از عبارت نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

فعالیت‌های روزمره (ADL): کارهایی که افراد در یک روز عادی انجام می دهند، مانند غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، حمام کردن یا مسواک کردن دندان.

کمک هزینه در حال تعلیق: شما می‌توانید همچنان مزایا را دریافت کنید در حالی که منتظر دریافت تصمیم‌گیری درباره درخواست بررسی مرحله 1 یا جلسه دادرسی ایالتی هستید (جهت اطلاعات بیشتر به بخش 9 مراجعه کنید). به این پوشش ادامه دار "کمک هزینه در حال تعلیق" گفته می‌شود.

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 بررسی: روشی برای بررسی اقدامات ما اگر فکر می‌کنید که اشتباهی از جانب ما سر زده است. با ارائه درخواست بررسی، می‌توانید درخواست تغییر تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی را داشته باشید. در بخش 9 درباره درخواست‌های بررسی توضیح داده شده است، از جمله درباره نحوه ارائه درخواست بررسی.

سلامت رفتاری: یک واژه کلی و جامع که به بهداشت روان و اختلالات موجود در رابطه با استفاده از مواد ارتباط دارد.

داروهای دارای مارک تجاری (داروهای مارک دار): یک داروی نسخه‌ای که توسط یک شرکت داروسازی ساخته و فروخته می‌شود. داروهای مارک معمولاً ترکیباتی مشابه داروهای ژنریک دارند. داروهای ژنریک معمولاً توسط سایر شرکت‌های داروسازی ساخته می‌شوند.

Cal MediConnect: یک طرح که مزایای Medicare و Medi-Cal را همزمان در یک طرح سلامت ارائه می‌کند. شما یک کارت شناسایی عضویت برای تمام مزایا در اختیار دارید.

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.

مدیر پرونده: کارمند Molina 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.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): سازمان فدرال مسئول Medicare. در فصل 2 درباره نحوه تماس با CMS توضیح داده شده است.

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 "ارائه شکایت"، "تسلیم ناراضی‌تبی" است.

خدمات توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF): مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی را برای بیماری، سانحه یا جراحی عمده ارائه می‌کند. 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 درباره پوشش دهی: تصمیم‌گیری درباره اینکه ما چه مزایایی را تحت پوشش قرار دهیم: این مورد شامل تصمیم‌های مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبالغی است که برای خدمات سلامتتان پرداخت می‌کنید. در فصل 9 درباره نحوه درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی از ما توضیح داده 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 عبارتی کلی است به معنای تمام خدمات سلامت، خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت، وسایل، نسخه‌ها و داروهای بدون نسخه، تجهیزات و دیگر خدمات تحت پوشش طرح ما.

کارآموزی صلاحیت فرهنگی: کارآموزی که دستورات بیشتری را به ارائه دهندگان 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.

سازمان خدمات درمانی (DHCS): یک سازمان ایالتی در کالیفرنیا است که طرح Medicaid را مدیریت می‌کند (در کالیفرنیا به آن Medi-Cal گفته می‌شود)، و به طور کلی در این دفترچه به آن "ایالت" گفته می‌شود.

بخش خدمات درمانی مدیریت شده (DMHC): سازمان ایالتی در کالیفرنیا مسئول تنظیم قوانین مربوط به طرح‌های سلامت است. DMHC به افرادی که در Cal MediConnect هستند و درباره خدمات Medi-Cal شکایتی دارند، کمک می‌کند. DMHC همچنین بررسی‌های پزشکی مستقل (IMR) را اجرا می‌کند.

لغو ثبت نام: مراحل پایان دادن به عضویت در طرح ما. لغو ثبت نام ممکن است داوطلبانه (به خواست خود) یا غیرداوطلبانه (به انتخاب شما نیست) باشد.

دسته بندی‌های دارویی: گروه‌هایی از داروها که در لیست دارو ما قرار دارند. داروهای ژنریک، مارک دار یا بدون نسخه (OTC) نمونه‌هایی از دسته بندی‌های دارویی می‌باشند. هر دارویی در لیست دارویی در یکی از سه (3) دسته‌بندی قرار می‌گیرد.

تجهیزات پزشکی ماندگار (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می‌کند. چند مثال: صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، سیستم‌های تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت‌های بیمارستانی سفارش داده شده توسط ارائه دهنده برای استفاده در منزل، پمپ‌های تزریق IV، وسایل تولید صوتی، وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن، نیولایزر و واکر.

اورژانس: اورژانس پزشکی به شرایطی گفته می‌شود که در آن شما یا هر فرد دیگری با دانشی متوسط از سلامت و دارو معتقدید که علائم پزشکی شما به توجه فوری پزشکی نیاز دارد تا از بروز مرگ، از دست رفتن عضوی از بدن یا ایجاد ناتوانی در بدن پیشگیری شود. علائم پزشکی ممکن است جراحات‌های جدی یا درد شدید باشد.

خدمات درمانی اورژانس: خدمات تحت پوشش که توسط یک ارائه دهنده آموزش دیده در اختیار شما قرار می‌گیرد تا خدمات اورژانسی و درمان مورد نیاز در شرایط پزشکی و رفتاری اورژانسی ارائه شود.

موارد استثنا: تأییدیه برای دریافت پوشش دهی یک دارو که معمولاً تحت پوشش قرار نمی‌گیرد یا استفاده از دارو بدون دنبال کردن برخی از قوانین و محدودیت‌های خاص.

کمک بیشتر: طرح Medicare می‌باشد که به اشخاصی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare بخش D از قبیل حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه شده را کاهش دهند. کمک اضافی "یارانه کم درآمدی" یا "LIS" نیز خوانده می‌شود.



داروی ژنریک: یک داروی نسخه ای که توسط دولت فدرال برای استفاده به جای داروی مارک دار، تأیید شده است. یک داروی ژنریک دارای ترکیبات مشابه داروی مارک است. معمولاً ارزان تر است و عملکرد آن مشابه داروی مارک دار است.

اعتراض: یک شکایت درباره ما یا یکی از ارائه دهندگان ما یا داروخانه ها. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت خدمات درمانی شما یا کیفیت خدمات ارائه شده توسط طرح درمانی شما می شود.

طرح مشاوره و مدافعه بیمه سلامتی (HICAP): طرح ای که در آن اطلاعات و مشاوره موضوعی به صورت رایگان درباره Medicare ارائه می شود. در فصل 2 درباره نحوه تماس با HICAP توضیح داده شده است.

طرح درمانی: سازمانی است متشکل از پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه دهندگان خدمات بلند مدت و دیگر ارائه دهندگان. همچنین مدیر پرونده ای دارد که در زمینه مدیریت تمام ارائه دهندگان و خدمات به شما کمک می کند. همگی این افراد با همکاری یکدیگر، خدمات مورد نیاز شما را ارائه می کنند.

ارزیابی احتمال خطر سلامت: یک بررسی از سوابق پزشکی بیمار و شرایط فعلی او. از آن برای بررسی وضعیت سلامت بیمار و نحوه تغییر آن در آینده استفاده می شود.

کمک‌های درمانی در منزل: فردی که خدماتی ارائه می کند که برای آن به مهارت‌های یک پرستار یا درمانگر مورد تأیید نیاز نیست، مانند کمک در انجام امور شخصی (مانند حمام کردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن یا انجام ورزش‌های توصیه شده). مسئول کمک در منزل لزوماً دارای مدرک پرستاری نیست یا درمانی را ارائه نمی کند.

آسایشگاه بیماران لاعلاج: طرح خدمات درمانی و پشتیبانی برای کمک به افرادی که به تشخیص پزشک دچار بیماری منجر به مرگ هستند تا با آرامش زندگی کنند. این بدان معناست که شما دارای یک بیماری منجر به مرگ دارید و انتظار می رود شش ماه یا کمتر زنده باشید.

- ثبت نام کننده دچار بیماری منجر به مرگ این حق را دارد که آسایشگاه را انتخاب کند.
- یک تیم آموزش دیده ویژه متشکل از متخصصین و پرستاران خدمات درمانی را به شخص به طور کامل ارائه می دهند، که شامل نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و روحی او می شود.
- Molina Dual Options موظف است فهرستی از ارائه دهندگان خدمات آسایشگاهی در منطقه جغرافیایی شما را در اختیار شما قرار دهد.

صورتحساب بی مورد/نامناسب: موقعیتی که ارائه دهنده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ سهمی شدن در هزینه طرح درمانی برای خدمات از شما مطالبه می کند. کارت شناسایی عضویت Molina Dual Options خود را در هنگام دریافت هرگونه خدمات یا داروها نشان دهید. اگر صورتحسابی دریافت کرده اید که آن را متوجه نمی شوید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

به دلیل اینکه Molina Dual Options کل هزینه خدمات را پرداخت می کند، شما سهمی در پرداخت هزینه ندارید. ارائه دهندگان نباید برای این خدمات از شما مبلغی را مطالبه کنند.

بررسی پزشکی مستقل (IMR): اگر ما درخواست شما برای پوشش دهی خدمات یا درمان پزشکی را رد کنیم، شما می توانید درخواست بررسی داشته باشید. اگر با تصمیم ما مخالف هستید و مشکل شما مرتبط به خدمات Medi-Cal است، که شامل لوازم و داروهای DME می شود، می توانید از سازمان خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا درخواست انجام IMR داشته باشید. IMR یک بررسی درباره پرونده شما توسط پزشکی است که بخشی از طرح ما نیستند. اگر تصمیم گیری IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را در اختیار شما قرار دهیم. IMR رایگان است.

انجمن پزشکان مستقل (IPA): IPA شرکتی است که با Molina Dual Options قرارداد بسته است و گروهی از پزشکان، متخصصین، و دیگر ارائه دهندگان خدمات سلامت را سازمان دهی می کند تا اعضای Molina Dual Options با آنها ملاقات داشته باشند. پزشک شما، به همراه شرکت IPA، به کلیه نیازهای پزشکی شما رسیدگی و توجه می کند. وظایف آنها عبارت است از دریافت مجوز، در صورت نیاز، جهت مراجعه به پزشکان متخصص یا بهره مندی از خدمات پزشکی، از جمله آزمایش‌های آزمایشگاهی، آزمایش اشعه ایکس و خدمات بیمارستانی سرپایی و بستری



طرح خدمات درمانی فردی (ICP یا طرح خدمات درمانی): طرح خدمات درمانی تمامی نگرانی‌ها، اهداف، نیازها و خدماتی 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.

بیمار بستری: واژه‌ای که هنگام پذیرش رسمی در بیمارستان برای انجام خدمات پزشکی تخصصی به کار می‌رود. اگر رسماً در بیمارستان پذیرفته نشده‌اید، ممکن است به جای بیمار بستری همچنان بیمار سرپایی محسوب شوید و خدمات معایناتی را به جای خدمات بستری دریافت کنید، حتی اگر شب در بیمارستان بمانید.

تیم خدمات درمانی ترکیبی (ICT یا تیم خدمات درمانی): تیم خدمات درمانی ممکن است شامل پزشک ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه شما، مدیر پرونده، یا سایر ارائه دهندگان تخصصی خدمات مراقبتی باشند. فرد مراقبت کننده یا سایر افراد حرفه‌ای در حوزه سلامت، که برای کمک به شما در دریافت خدمات درمانی مورد نیازتان در آنجا حضور دارند. تیم خدمات درمانی شما نیز طرح مراقبت شما را تنظیم یا بر روزرسانی می‌کنند.

لیست داروهای تحت پوشش (لیست دارو): فهرستی از داروهای نسخه دار و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش طرح درمانی ما. داروهای موجود در این لیست توسط طرح و با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌شوند. 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. بعضی مواقع به لیست داروها، "دفترچه" نیز گفته می‌شود.

خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت (LTSS): خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت، 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. LTSS شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه محلی (CBAS)، و همچنین امکانات پرستاری (NF) می‌شود.

کمک هزینه به افراد کم درآمد (LIS): به "راهنمای اضافی" مراجعه کنید.

Medi-Cal: این نام طرح Medicaid در ایالت کالیفرنیا است. Medi-Cal توسط ایالت کنترل 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.
- همچنین سایر خدمات و برخی داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد.
- طرح‌های از ایالت تا ایالت متفاوت است، ولی بیشتر هزینه‌های خدمات درمانی در صورتیکه برای هردوی Medicare و Medicaid واجد شرایط باشید محسوب می‌شوند.
- به منظور کسب اطلاعات درباره نحوه تماس با Medi-Cal به بخش 2 مراجعه کنید.

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 جداگانه هستند.

از نظر پزشکی لازم: این عبارت خدمات، لوازم یا داروهایی را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، شناسایی یا مداوای عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامتی فعلی خود به آنها نیاز دارید. این امر شامل خدمات درمانی است که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا مراکز نگهداری 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: طرح 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" یا "طرح‌های MA" نیز خوانده می‌شود و طرح‌هایی را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌کند. Medicare برای پوشش مزایای Medicare به این شرکت‌ها پرداخت می‌کند.

در صورت هرگونه پرسشی، خواهشمندیم از طریق شماره تلفن 665-4627 (855)، 711 TTY در روزه‌های دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر با Molina Dual Options تماس بگیرید. تماس رایگان است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت زیر مراجعه کنید: www.MolinaHealthcare.com/Duals



خدمات پوشش دهی Medicare: خدمات تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B. همه طرح‌های درمانی شامل طرح درمانی ما باید همه خدماتی که تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B هستند را پوشش دهند.

ثبت نام کننده در Medicare-Medi-Cal (واجد شرایط در هر دو طرح): شخصی که برای پوشش Medicare و Medi-Cal واجد شرایط است. ثبت نام کننده در Medicare-Medi-Cal با نام "شخص واجد شرایط دوگانه" نیز شناخته می‌شود.

بخش A از Medicare: طرح Medicare که اکثر خدمات درمانی در بیمارستان، مراکز پرستاری حرفه‌ای و خدمات سلامت در منزل و آسایشگاه را تحت پوشش قرار می‌دهد.

بخش B از Medicare: طرح Medicare که خدماتی را تحت پوشش قرار می‌دهد (مانند تست‌های آزمایشگاهی و ویزیت‌های پزشکی) 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 Medicare: طرح Medicare که به شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی امکان می‌دهد مزایای Medicare را از طریق طرح مزایای Medicare ارائه کنند.

بخش D از Medicare: طرح مزایای داروی نسخه‌ای Medicare. (ما به این طرح به اختصار "بخش D" می‌گوییم). بخش D داروهای نسخه‌ای بیماران سرپایی، واکسن و بعضی از وسایلی را تحت پوشش قرار می‌دهد که در بخش‌های A یا B از Medicare یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شوند. Molina Dual Options شامل Medicare بخش D می‌شود.

داروهای بخش D از Medicare: داروهایی که تحت بخش D از Medicare قابل پوشش هستند. بعضی از اقلام دارویی به طور خاص توسط کنگره از پوشش دهی داروهای بخش D خارج شده‌اند. Medi-Cal ممکن است بعضی از این داروها را تحت پوشش قرار دهد.

عضو (اعضای طرح 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 ثبتنام او توسط مراکز خدماتی Medicare و Medicaid (CMS) و ایالت تأیید شده است.

دفترچه اعضا و ارائه اطلاعات به سایر افراد: این سند به همراه فرم ثبت نام شما و دیگر موارد پیوست شده یا موارد الحاقی، کارهایی که ما باید انجام دهیم، حقوق شما و کارهایی که باید به عنوان عضو طرح ما انجام دهید را توضیح می‌دهند.

خدمات اعضا: بخشی در طرح ما که مسئول پاسخگویی سؤالات شما درباره عضویت، مزایا، اعتراض‌ها و درخواست‌های بررسی است. به منظور کسب اطلاعات درباره نحوه تماس با خدمات اعضا، به بخش 2 مراجعه کنید.

داروخانه شبکه: داروخانه‌هایی (مراکز دارویی) هستند که موافقت کرده‌اند نسخه‌ها را برای اعضای طرح ما پر کنند. ما به آنها "داروخانه‌های شبکه" می‌گوییم زیرا موافقت کرده‌اند که با طرح ما همکاری کنند. در اکثر مواقع، نسخه‌های شما تنها در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرند که در داروخانه‌های شبکه ما تهیه شده باشند.

ارائه دهنده 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 سلامت در منزل، کلینیک‌ها و دیگر مکان‌هایی است که خدمات درمانی از سلامت شما را ارائه می‌کند، همچنین تجهیزات پزشکی و برخی از خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت.

- آنها مورد تأیید Medicare یا ایالت هستند تا خدمات درمانی را ارائه کنند.
- زمانی که موافقت کنند با طرح درمانی همکاری کرده، پرداخت ما را بپذیرند و مبلغ بیشتری از اعضای ما مطالبه نکنند، به آنها "ارائه دهندگان شبکه" گفته می‌شود.
- هنگامی که در این طرح عضو هستید، باید از ارائه دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید. به ارائه دهندگان شبکه، "ارائه دهندگان 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.



بازرس کل: دفتری در ایالت شما که به عنوان مدافع حقوق شما عمل می‌کند. آنها می‌توانند به سوالات شما در صورتیکه مشکل یا شکایتی داشته باشید پاسخ داده و به شما کمک کنند تا بفهمید چکار کنید. خدمات بازرس کل رایگان است. می‌توانید اطلاعات بیشتر در مورد طرح بازرس کل Cal MediConnect را در فصل‌ها 2 و 9 این دفترچه پیدا کنید.

تعیین سازمانی: هنگامی که سازمان یا یکی از ارائه دهندگان شما درباره اینکه آیا خدماتی تحت پوشش قرار بگیرند یا خیر و اینکه شما چه مقدار باید برای خدمات تحت پوشش پرداخت کنید، طرح یک تعیین سازمانی انجام می‌دهد. تعیین‌های سازمانی با عنوان "تصمیم‌های مربوط به پوشش دهی" در این دفترچه عنوان شده‌اند. در فصل 9 درباره نحوه درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی از ما توضیح داده شده است.

Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare با خدمات رایگان): Medicare اصلی توسط دولت ارائه می‌شود. در Original Medicare، خدمات Medicare توسط پزشکان، بیمارستان‌ها و دیگر ارائه دهندگان خدمات سلامت ارائه می‌شود که پولی هستند و هزینه آنها توسط کنگره تعیین می‌شود.

- می‌توانید از هر پزشک، بیمارستان یا ارائه دهنده خدمات درمانی دیگری که Medicare را قبول می‌کند استفاده کنید. Original Medicare دارای دو بخش است: بخش A (بیمه بیمارستان) و بخش B (بیمه پزشکی).
- Original Medicare در تمام قسمت‌های ایالات متحده قابل دسترسی است.
- اگر نمی‌خواهید در طرح ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که موافقت کرده با طرح درمانی ما برای هماهنگ سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح درمانی ما همکاری کند. اکثر داروهایی که از داروخانه‌های خارج شبکه می‌گیرید تحت پوشش طرح ما نیستند مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

ارائه دهنده خارج از شبکه یا مراکز خارج از شبکه: یک ارائه دهنده یا مرکز درمانی که توسط طرح ما به کار گرفته نشده، متعلق به آن نیست و توسط آن مدیریت نمی‌شود و برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضا در طرح ما، قراردادی نبسته است. فصل 3، ارائه دهندگان 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. به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و واگذاری PHI شما توسط Molina Dual Options به علاوه حقوق شما در رابطه با PHI شما به روال‌های اعلامیه محرمانگی Molina Dual Options مراجعه کنید.



ارائه دهنده خدمات درمانی اصلی (PCP): ارائه دهنده خدمات اصلی، پزشک یا سایر ارائه دهندگانی است که برای اولین بار برای اکثر مشکلات سلامتتان از او استفاده می‌کنید. آنها اطمینان حاصل می‌کنند که شما خدمات درمانی مورد نیاز برای حفظ سلامتتان را دریافت می‌کنید.

- آنها همچنین ممکن است با سایر پزشکان و ارائه دهندگان خدمات درمانی درباره خدمات درمانی شما صحبت کنند و شما را به نزد آنها ارجاع دهند.
- در بسیاری از طرح‌های درمانی Medicare، شما باید پیش از ویزیت با هر کدام از دیگر ارائه دهندگان خدمات درمانی، از ارائه دهنده خدمات اصلی استفاده کنید.
- به منظور کسب اطلاعات مربوط به دریافت خدمات درمانی از ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به بخش 3 مراجعه کنید.

تأییدیه قبلی: درخواست خدماتی که توسط ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما جهت دریافت تأییدیه یا مجوز از Molina Dual Options برای خدماتی خاص یا دارو یا استفاده از ارائه دهنده خارج از شبکه مطرح می‌شود. در صورت عدم تأیید، ممکن است Molina Dual Options این خدمات یا داروها را تحت پوشش قرار ندهد.

بعضی از خدمات پزشکی شبکه تنها در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرند که پزشک شما یا دیگر ارائه دهندگان شبکه تأییدیه قبلی دریافت کرده باشند.

- خدمات تحت پوششی که به تأییدیه قبلی نیاز دارد در جدول مزایای فصل 4 مشخص شده است.

برخی داروها تنها در صورتی تحت پوشش هستند که از ما تأییدیه قبلی دریافت کنید.

- داروهای تحت پوشش که به مجوز قبلی طرح ما نیاز دارند در لیست داروهای تحت پوشش علامت گذاری شده اند.

برنامه ای برای طرح‌های جامع مراقبت از افراد سالمند (PACE): برنامه ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را به طور مشترک برای اشخاص به سن 55 سال به بالا پوشش می‌دهد که نیاز به مقدار بیشتری دارند تا در خانه خودشان زندگی کنند.

اعضای مصنوعی و ارتوز: اینها وسایل پزشکی هستند که توسط دکتر یا ارائه دهنده مراقبت بهداشتی شما سفارش داده می‌شوند.

موارد تحت پوشش شامل، اما نه محدود به، 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. هزینه آنها از طرف دولت فدرال پوشش داده می‌شود تا خدمات درمانی ارائه شده به بیماران را بررسی کرده و بهبود ببخشند. به منظور کسب اطلاعات درباره نحوه تماس با QIO در ایالتان به بخش 2 مراجعه کنید.

محدودیت تعداد: محدودیت در تعداد داروهای دریافتی است. این محدودیت‌ها ممکن است در مورد مقدار دارویی باشد که ما در هر نسخه تحت پوشش قرار می‌دهیم.

ارجاع: ارجاع به این معنی است که ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه شما (PCP) فرم درخواست مجوز خدمات را به نام ارجاع، به Molina Dual Options می‌دهد تا قبل از اینکه بتوانید از شخصی غیر از ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه تان استفاده کنید، تأییدیه بگیرید. اگر تأییدیه دریافت نکنید، Molina Dual Options ممکن است خدمات را تحت پوشش قرار ندهد. شما برای استفاده از متخصصین خاص از جمله متخصصین سلامت زنان به ارجاع نیاز ندارید. می‌توانید اطلاعات بیشتر در مورد ارجاعات را در فصل 3 و خدماتی که نیاز به ارجاع دارند را در فصل 4 پیدا کنید.

خدمات توانبخشی: درمان‌هایی که با دریافت آنها کمک می‌شود از یک بیماری، حادثه یا عمل حاد بهبود پیدا کنید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات بازپروری، به فصل 4 مراجعه کنید.



منطقه خدمات: یک منطقه جغرافیایی که در آن طرح سلامت در صورتی که آن عضویت را بر اساس منطقه زندگی افراد محدود کند به عضوگیری می پردازد. در مورد طرح هایی که استفاده شما از پزشکان یا بیمارستان ها را محدود می کند، به صورت کلی منطقه ای که می توانید خدمات روتین (غیر اورژانس) را دریافت کنید. فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می کنند می توانند Molina Dual Options دریافت کنند.

سهم از هزینه ها: بخشی از سهم هزینه های درمانی شما که خود باید هر ماه و پیش از عملی شدن مزایای Cal MediConnect آن را پرداخت کنید. مقدار سهم شما از هزینه ها بر اساس درآمد و منابع مالی شما متفاوت است.

مرکز پرستاری حرفه ای (SNF): مراکز پرستاری با پرسنل و تجهیزاتی که خدمات پرستاری حرفه ای را ارائه می دهند و در اکثر مواقع، خدمات بازپروری حرفه ای و دیگر خدمات درمانی مربوطه.

خدمات درمانی در مرکز پرستاری حرفه ای (SNF): خدمات درمانی و توانبخشی پرستاری تخصصی ارائه شده به صورت ادامه دار، روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. نمونه هایی از خدمات مراکز پرستاری حرفه ای عبارتند از درمان فیزیکی یا تزریق های درون وریدی (IV) که یک پرستار رسمی یا پزشک می تواند انجام دهد.

متخصص: پزشکی که خدمات درمانی از سلامت را برای یک بیماری خاص یا برای بخشی از بدن ارائه می کند.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک یا ارائه دهنده ای دیگر درخواست خدمات Medi-Cal دارد که ما تأیید نمی کنیم، یا ما دیگر هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده اید را پرداخت نخواهیم کرد، شما از این حق برخوردار هستید تا درخواست جلسه استماع و بررسی ایالتی داشته باشید. اگر تصمیم گیری دادرسی ایالتی به نفع شما باشد، ما باید خدمات درخواستی شما را در اختیار شما قرار دهیم.

درمان مرحله ای: یک قانون پوشش دهی که بر اساس آن ابتدا باید دارویی دیگر را مصرف کنید پیش از اینکه داروی مورد نظرتان را تحت پوشش قرار دهیم.

درآمد بیمه تکمیلی (SSI): مزایای ماهانه که خدمات اجتماعی به اشخاصی پرداخت می کند که درآمد و منابع مالی محدود داشته و معلول، نابینا یا به سن 65 سال به بالا هستند. مزایای SSI مشابه مزایای بیمه تأمین اجتماعی نیست.

خدمات درمانی فوری: خدمات درمانی برای یک بیماری یا جراحی ناگهانی یا شرایطی که اورژانسی نیستند اما به خدمات درمانی فوری نیاز دارند. اگر ارائه دهندگان شبکه ما در دسترس نباشند یا نتوانید به آنها دسترسی پیدا کنید، می توانید خدمات درمانی فوری را از ارائه دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید.



صفحه عمداً خالی است



خدمات اعضای Molina Dual Options

اطلاعات تماس	روش
<p>711</p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی</p>	<p>شماره تماس</p>
<p>711</p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی</p>	<p>TTY</p>
<p>برای خدمات پزشکی:</p> <p>برای خدمات بخش (Rx) D:</p> <p>فکس: (866) 290-1309</p>	<p>فکس</p>
<p>برای خدمات پزشکی:</p> <p>200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802</p> <p>برای خدمات بخش (Rx) D:</p> <p>7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047</p>	<p>مکاتبه</p>
<p>www.MolinaHealthcare.com/Duals</p>	<p>وب سایت</p>

CAD02ECFA0921
CAH86772EOCFA22