MOLINA® HEALTHCARE

Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan

Medicare-Medicaid Plan

2020 | Մասնակցի ձեռնարկ

California H8677-002
Ծառայելով Los Angeles-ի շրջաններին

Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan
Մասնակցի ձեռնարկ

01/01/2020 – 12/31/20

Ձեր բուժսպասարկման և դեղերի ապահովագրական ծածկույթը Molina Dual Options Cal MediConnect Plan

Մասնակցի ձեռնարկ Ներածություն

Այս ձեռնարկը պատմում է ձեզ Molina Dual Options-ի շրջանակներում մինչև 12/31/2020թ. ձեր ապահովագրական ծածկույթի մասին: Այն բացատրում է առողջապահական ծառայությունները, հոգեկան առողջության (թմրանյութերի օգտագործման հետևանքով առաջացած հոգեկան խանգարման) ծառայությունները, դեղատոմսով դեղերի ապահովագրական ծածկույթը և երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունները և օժանդակումը: Երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունները և օժանդակումը հնարավորություն են տալիս ձեզ մնալ տանը՝ բուժքույրական խնամքի տուն կամ հիվանդանոց գնալու փոխարեն: Երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունները բաղկացած են Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայությունների ծրագիր (Community-Based Adult Services, CBAS) ծրագրից, Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագրից (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) և բուժքույրական խնամքի հաստատությունից (Nursing Facilities, NF): Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով կարող եք գտնել *Մասնակցի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Սա կարևոր իրավական փաստաթուղթ է: Խնդրում ենք պահել այն ապահով տեղում:

Տվյալ Cal MediConnect պլանն առաջարկվում է Molina Healthcare of California-ի կողմից: Երբ այս *Մասնակցի ձեռնարկում* ասվում է «մենք», «մեզ», կամ «մեր»՝ նշանակում է California-ի Molina Healthcare-ը: Երբ դրանում ասվում է «պլանը» կամ «մեր պլանը», դա նշանակում է Molina Dual Options-ը:

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. Call (855) 665-4627, TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time. The call is free

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).

انتباه: إذا كنت تتحدث: الإنجليزية أو الإسبانية أو العربية أو الأرمينية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو التغالوغية أو الفيتنامية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يمكنك الاتصال على الرقم 665-4627 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. المكالمة مجانية

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیالت زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-665-4627 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-665-4627 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួលគឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។

Կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկատվություն ուղարկենք ձեզ անհրաժեշտ լեզվով կամ ձևաչափով: Դա կոչվում է մշտական պահանջ: Մենք կհետևենք ձեր մշտական պահանջին, այնպես որ ձեզ անհրաժեշտ չլինի առանձին հայցեր ներկայացնել յուրաքանչյուր անգամ, երբ մենք ձեզ տեղեկատվություն ենք ուղարկում: Այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի այլ լեզվով ստանալու համար դիմեք Պետությանը հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (800) 541-5555, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը տեղական ժամանակով՝ ձեր գրառումը նախընտրելի լեզվով թարմացնելու համար: Այս փաստաթուղթը այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ կատարել կամ փոխել մշտական պահանջը: Դուք կարող եք նաև կապ հաստատել ձեր գործերի կառավարիչ հետ՝ մշտական հարցումների համար օգնություն ստանալու համար:

2020 Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan

Բովանդակություն

Գլուխ 1. **Անդամագրում** 5

Գլուխ 2. **Կարևոր հեռախոսահամարներ և միջոցներ** 16

Գլուխ 3. **Պլանի ապահովագրությունն օգտագործումը ձեր բուժսպասարկման և այլ ապահովագրված ծառայությունների համար** 29

Գլուխ 4. **Նպաստների աղյուսակ** 49

Գլուխ 5. **Ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի ստացումը պլանի միջոցով** 98

Գլուխ 6. **Որքան եք դուք վճարում ձեր** Medicare **և** Medi-Cal **դեղատոմսով դեղերի համար** 116

Գլուխ 7. **Ապահովագրված ծառայությունների կամ դեղերի համար ներկայացված հաշվի մեր մասնաբաժինը վճարելու խնդրանք** 124

Գլուխ 8. **Ձեր իրավունքները և պարտավորությունները** 129

Գլուխ 9. **Ի՞նչ անել, եթե դուք ունեք խնդիր կամ բողոք (փոխհատուցման որոշումներ, բողոքարկումներ, բողոքներ)** 154

Գլուխ 10. **Ձեր անդամակցության դադարեցումը մեր** Cal MediConnect **պլանում** 215

Գլուխ 11. **Իրավական ծանուցումներ** 225

Գլուխ 12. **Կարևոր բառերի սահմանումներ** 229

Հրաժարում պատասխանատվությունից

- Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan-ը բժշկական ապահովագրության պլան է, որն իր վրա է վերցնում Medicare և Medi-Cal պարտականություններն՝ նպաստներ տրամադրելու երկու ծրագրերի մասնակիցներին:
- Molina Dual Options-ի ծածկույթը որակավորված առողջապահական ապահովագրություն է, որը կոչվում է «նվազագույն հիմնական ծածկույթ»: Այն բավարարում է «Հիվանդների պաշտպանության և մատչելի բուժսպասարկման մասին» օրենքի (Patient Protection and Affordable Care Act's, ACA) անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջներին: Անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջների մասին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, խնդրում ենք այցելել Ներքին եկամուտների ծառայությունների (Internal Revenue Service, IRS) վեբկայքը՝ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families:

Գլուխ 1. Անդամագրում

Ներածություն

Այս գլխում առկա է տեղեկատվություն Molina Dual Options-ի վերաբերյալ՝ բժշկական ապահովագրության պլանի, որն ընդգրկում է ձեր բոլոր Medicare և Medi-Cal ծառայությունները և ձեր անդամակցությունը դրանց: Այն նաև տեղեկացնում է ձեզ թե ինչ կարելի է ակնկալել, և ինչ այլ տեղեկություններ կստանաք Molina Dual Options-ից: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով կարող եք գտնել *Մասնակցի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Բարի գալուստ Molina Dual Options 6

B. Տեղեկություն Medicare-ի և Medi-Cal-ի մասին 6

B1. Medicare 6

B2. Medi-Cal 7

C. Այս պլանի առավելությունները 7

D. Molina Dual Options-ի սպասարկման տարածքը 8

E. Ինչն է ձեզ պլանի մասնակից դառնալու իրավասություն տալիս 8

F. Ինչ ակնկալել, երբ առաջին անգամ եք միանում բժշկական ապահովագրության պլանին 9

G. Ձեր բժշկական թիմը և բժշկական սպասարկման պլանը 10

G1. Բժշկական թիմ 10

G2. Բժշկական սպասարկման պլան 10

H. Molina Dual Options-ի ամսական պրեմիում պլան 11

I. *Մասնակցի ձեռնարկ* 11

J. Այլ տեղեկություններ, որոնք կստանաք մեզնից 11

J1. Molina Dual Options-ի ձեր Մասնակցի ID անդամաքարտը 11

J2. *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու* 12

J3. *Ապահովագրված դեղերի ցանկ* 14

J4. *Նպաստների նկարագրում* 14

K. Ինչպես կարող եք պահպանել ձեր մասնակցի գրառումը արդի վիճակում 15

K1. Բժշկական անձնական տվյալների գաղտնիություն (personal health information, PHI) 15

A. Բարի գալուստ Molina Dual Options

Molina Dual Options-ը Cal MediConnect Plan է: Cal MediConnect Plan-ը կազմակերպություն է, որը բաղկացած է բժիշկներից, հիվանդանոցներից, դեղատներից, երկարատև խնամքի ծառայությունների և օժանդակման մատակարարներից, վարքագծային բուժսպասարկման մատակարարներից և այլ մատակարարներից: Այն ունի նաև գործերի կառավարիչներ և բժշկական թիմեր, որոնք օգնում են ձեզ կառավարել բոլոր ձեր մատակարարներին և ծառայությունները: Նրանք բոլորն աշխատում են միասին, որպեսզի ապահովեն ձեզ ձեր համար անհրաժեշտ բուժօգնությամբ:

Molina Dual Options-ը հաստատվել է California նահանգի և Medicare և Medicaid սպասարկման կենտրոնների (CMS) կողմից՝ տրամադրելու ձեզ ծառայություններ, որպես Cal MediConnect-ի մաս:

Cal MediConnect-ը՝ ցուցադրական ծրագիր է, որը համատեղ վերահսկվում է California նահանգի և դաշնային կառավարությունների կողմից, որպեսզի ավելի լավ բուժսպասարկում ապահովեն այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն ինչպես Medicare, այնպես էլ Medi-Cal: Այս ցուցադրության շրջանակներում նահանգային և դաշնային կառավարությունները ցանկանում են փորձարկել նոր ձևեր՝ բարելավելու ձեր կողմից ստացվող Medicare և Medi-Cal ծառայությունները:

Molina Healthcare-ում մենք հասկանում ենք, որ բոլոր մասնակիցները տարբերվում են և ունեն առանձնահատուկ կարիքներ: Ահա թե ինչու է Molina Dual Options միավորում ձեր Medicare և Medi-Cal նպաստները մեկ պլանում, որպեսզի դուք կարողանաք ստանալ անհատականացված աջակցություն և լինեք անհոգ:

Molina Healthcare-ը հիմնադրվել է ավելի քան 35 տարի առաջ՝ ավելի շատ մարդկանց որակյալ առողջապահական խնամքի ծառայություններ մատուցելու համար, հատկապես նրանց, ովքեր առավել դրա կարիքն ունեն: Իր գործունեության սկզբից, Molina-ն առաջին հերթին հասցեագրում էր իր մասնակիցների կարիքներն, ինչը մենք շարունակում ենք իրականացնել այսօր:

Բարի գալուստ Molina Healthcare: Ձեր մեծ ընտանիք:

B. Տեղեկություն Medicare-ի և Medi-Cal-ի մասին

B1. Medicare

Medicare-ը՝ դա առողջության ապահովագրության դաշնային ծրագիր է՝

- 65 տարեկան կամ ավելի բարձր անձանց,
- 65 տարեկանից ցածր անձանց, ովքեր ունեն որոշակի հաշմանդամություն և
- վերջին փուլում երիկամային հիվանդություն (երիկամային անբավարարություն) ունեցող անձանց համար:

B2. Medi-Cal

Medi-Cal-ը՝ California նահանգում գործող Medicaid ծրագրի անվանումն է: Medi-Cal-ն իրականացվում է նահանգի կողմից և վճարվում նահանգային և դաշնային կառավարությունների կողմից: Medi-Cal-ն օգնում է սահմանափակ եկամուտ և միջոցներ ունեցող մարդկանց վճարել երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունների (LTSS) և բժշկական ծախսերի համար: Այն նաև փոխհատուցում է Medicare-ի կողմից չապահովագրված լրացուցիչ ծառայությունների և դեղերի համար:

Յուրաքանչյուր նահանգ ներառում է՝

- որոնք են համարվում եկամուտ և միջոցներ,
- ով է որակավորվում,
- որ ծառայություններն են փոխհատուցվում, և
- ծառայությունների արժեքը:

Նահանգները կարող են որոշել, թե ինչպես վարել իրենց ծրագրերը, քանի դեռ հետևում են դաշնային կանոններին:

Medicare-ը և California նահանգը հաստատել են Molina Dual Options-ը: Դուք կարող եք ստանալ Medicare և Medi-Cal ծառայություններ մեր պլանի միջոցով այնքան ժամանակ, որքան որ՝

- Մենք համաձայնում ենք առաջարկել տվյալ պլանը, և
- Medicare-ը և California-ի նահանգը թույլ են տալիս մեզ շարունակել առաջարկել սույն պլանը:

Նույնիսկ եթե հետագայում մեր պլանը դադարի գործել, դա չի անդրադառնա Medicare և Medi-Cal ծառայություններից օգտվելու ձեր իրավունքի վրա:

C. Այս պլանի առավելությունները

Դուք այժմ կստանաք փոխհատուցվող բոլոր ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունները Molina Dual Options-ից՝ ներառյալ դեղատոմսով դեղերը: **Դուք հավելյալ գումար չեք վճարի այս բժշկական ապահովագրության պլանին միանալու համար:**

Molina Dual Options-ը կօգնի, որպեսզի ձեր Medicare և Medi-Cal նպաստներն ավելի արդյունավետ փոխգործակցեն և ավելի արդյունավետ ծառայեն ձեր օգտին: Որոշ առավելություններ ներառում են՝

- Դուք կկարողանաք աշխատել մեկ բժշկական ապահովագրության պլանի հետ ձեր բժշկական ապահովագրության բոլոր կարիքները հոգալու համար:
- Դուք կունենաք բժշկական թիմ, որի ձևավորման գործում դուք կունենաք ձեր մասնակցությունը: Ձեր բժշկական թիմը կարող է ներառել ձեզ, ձեր խնամատարին, բժիշկներին, բուժքույրերին, խորհրդատուներին և առողջապահական այլ մասնագետներին:
- Ձեզ հասանելի կլինի նաև գործերի կառավարիչը: Դա այն անձն է, ով աշխատում է ձեր, Molina Dual Options-ի և ձեր բժշկական թիմի հետ՝ ձեր բուժսպասարկման պլանը կազմելու համար:

- Դուք հնարավորություն կունենաք ուղղորդել ձեր բուժումը ձեր բժշկական թիմի և գործերի կառավարչի օգնությամբ:
- Բժշկական թիմը և գործերի կառավարիչը կաշխատեն ձեզ հետ և կներկայացնեն այնպիսի բժշկական սպասարկման պլան, որը հատուկ կազմվել է ձեր առողջապահական կարիքները բավարարելու համար: Բժշկական թիմը կօգնի համաձայնեցնել ձեզ հարկավոր ծառայությունները: Սա նշանակում է, օրինակ՝
  - Ձեր բժշկական թիմը կհետևի, որ ձեր բժիշկները իմանան ձեր կողմից ընդունվող բոլոր դեղերի մասին, որպեսզի համոզվեն, որ դուք ճիշտ դեղ եք ընդունում, և այդպիսով ձեր բժիշկները կարող են նվազեցնել տվյալ դեղից առաջացող յուրաքանչյուր կողմնակի ազդեցություն:
  - Ձեր բժշկական թիմը կհետևի, որ ձեր ստուգումների արդյունքները ներկայացվեն ձեր բոլոր բուժող բժիշկներին և այլ մատակարարներին ըստ անհրաժեշտության:

D. Molina Dual Options-ի սպասարկման տարածքը

Մեր սպասարկման տարածքը ներառում է Los Angeles վարչաշրջանի բոլոր համայնքները՝ բացառությամբ հետևյալ փոստային դասիչը՝ 90704:

Molina Dual Options-ին կարող են միանալ միայն մեր սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ:

Եթե դուք դուրս եք գալիս մեր սպասարկման տարածքից, ապա չեք կարող մնալ այս պլանում: Մեր սպասարկման տարածքից դուրս գալու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 8: Ձեզ հարկավոր կլինի կապվել ձեր վարչաշրջանի համապատասխանությունը որոշող տեղային աշխատակցի հետ՝

Los Angeles տեղային գրասենյակ
(866) 613-3777

E. Ինչն է ձեզ պլանի մասնակից դառնալու իրավասություն տալիս

Դուք մեր պլանում ընտրվելու իրավունք ունեք այնքան ժամանակ, որքան դուք՝

- բնակվում եք մեր սպասարկման տարածքում, **և**
- անդամագրման պահին 21 տարեկան և բարձր եք, **և**
- ունեք ինչպես Medicare-ի Մաս A, այնպես էլ Medicare-ի Մաս B, **և**
- ներկայումս Medi-Cal-ի մասնակից դառնալու իրավունք ունեք, **և**
- միացյալ նահանգների քաղաքացի եք, կամ գտնվում եք Միացյալ նահանգներում օրինական հիմունքներով:

Ձեր վարչաշրջանում կարող են գոյություն ունենալ ընտրվելու իրավունքի լրացուցիչ կանոններ: Լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար՝ զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին:

F. Ինչ ակնկալել, երբ առաջին անգամ եք միանում բժշկական ապահովագրության պլանին

Երբ առաջին անգամ ընդգրկվում եք պլան, ձեր առողջական խնամքի կարիքների հիման վրա 90 օրվա ընթացքում դուք ստանում եք առողջության ռիսկի գնահատում (health risk assessment, HRA)։

Մեզնից պահանջվում է, որ ձեզ համար լրացնենք առողջության ռիսկերի գնահատում HRA: Այս առողջության ռիսկերի գնահատումը HRA ձեր անհատականացված բժշկական սպասարկման պլանի (individual care plan, ICP) մշակման հիմքն է: Տվյալ առողջության ռիսկերի գնահատումն HRA կներառի հարցեր, որոնց միջոցով հնարավոր կլինի պարզել ձեր բժշկական, երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունների LTSS, ինչպես նաև վարքագծային առողջության և ֆունկցիոնալ կարիքները:

Մենք կկապվենք ձեզ հետ, որպեսզի լրացնենք առողջության ռիսկերի գնահատումը HRA: Առողջության ռիսկերի գնահատումը HRA հնարավոր է լրացնել անձնական այցելության, հեռախոսազանգի կամ փոստի միջոցով:

Մենք ձեզ կուղարկենք լրացուցիչ տեղեկություն՝ կապված այս առողջության ռիսկերի գնահատման HRA հետ:

Եթե Molina Dual Options-ը նոր է ձեզ համար, դուք կարող եք մի որոշակի ժամանակ շարունակել այցելել այն բժիշկներին, ում դուք ներկայումս այցելում եք: Դուք կարող եք պահպանել ձեր ներկայիս մատակարարներին և բուժսպասարկման թույլտվությունները ձեր անդամագրվելու պահից սկսած մինչև 12 ամիս տևողությամբ, եթե համապատասխանեք հետևյալ բոլոր պայմաններին՝

- Դուք, ձեր ներկայացուցիչը կամ ձեր մատակարարը անմիջապես հայտ եք ներկայացնում մեզ, որպեսզի դուք կարողանաք շարունակել այցելել ձեր ներկայիս մատակարարին:
- Մենք կարող ենք հաստատել առկա կապն առաջնային կամ մասնագիտական բուժօգնության մատակարարի հետ՝ որոշակի բացառություններով: Երբ մենք խոսում ենք գոյություն ունեցող հարաբերությունների մասին, նշանակում է, որ դուք առնվազն մեկ անգամ հանդիպել եք ցանցից դուրս մատակարարի հետ ոչ-արտակարգ այցելության համար՝ Molina Dual Options-ում ձեր նախնական գրանցման ամսաթվից 12 ամիսների ընթացքում:
  - Մենք կորոշենք կապը՝ ուսումնասիրելով մեզ հասանելի կամ ձեր կողմից մեզ տրամադրած ձեր առողջական վիճակի մասին տեղեկությունը:
  - Մենք ունենք 30 օր ձեր հայցին պատասխանելու համար: Դուք նաև կարող եք խնդրել մեզ արագացնել որոշման ընդունումը և մենք պարտավոր ենք 15 օրվա ընթացքում պատասխանել:
  - Դուք կամ ձեր մատակարարը պահանջ ներկայացնելիս՝ պետք է ցույց տաք փաստաթղթեր գոյություն ունեցող կապի վերաբերյալ և համաձայնեք որոշակի պայմանների:

Նշում Այս հայտը **չի կարող** ներկայացվել երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների (Durable Medical Equipment, DME) մատակարարների, փոխադրման, օժանդակ ծառայությունների կամ Cal MediConnect-ի մեջ չներառված ծառայությունների համար:

Բուժման ժամանակահատվածի ավարտից հետո ձեզ հարկավոր կլինի այցելել Molina Dual Options-ի ցանցի բժիշկներին և այլ մատակարարներին, որոնք առնչվում են ձեր առաջնային

բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) բժշկական խմբին, բացառությամբ այն դեպքերի, եթե մենք համաձայնագիր չկնքենք ձեր ոչ-ցանցային բժշկի հետ: Ցանցային մատակարարը՝ դա այն մատակարարն է, ով աշխատում է բժշկական ապահովագրության պլանի հետ: Մեր պլանի առաջնային բուժօգնության մատակարարները (PCP) փոխկապակցված են անկախ բժշկական ասոցիացիաների (IPAs) և բժշկական խմբերի հետ: Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարին (PCP) ընտրելով՝ դուք ընտրում եք նաև փոխկապակցված անկախ բժշկական ասոցիացիաները (IPAs) կամ բժշկակամ խումբը: Դա նշանակում է, որ ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարն (PCP) կուղղորդի ձեզ մասնագետներին և ծառայություններին, որոնք նույնպես փոխկապակցված են նրա անկախ բժշկական ասոցիացիայի (IPAs) կամ բժշկական խմբի հետ: Բժշկական խումբը առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարների (PCP) և մասնագետների միավորում է, որը ստեղծվել է համակարգված առողջապահական ծառայություններ ձեզ մատուցելու համար: Լրացուցիչ տեղեկություն բուժսպասարկում ստանալու վերաբերյալ, տե՛ս Գլուխ 3-ը:

G. Ձեր բժշկական թիմը և բժշկական սպասարկման պլանը

G1. Բժշկական թիմ

Պետք է՞ օգնություն ձեզ անհրաժեշտ խնամքը ընտրելու հարցում: Բժշկական թիմը կարող է ձեզ օգնել: Բժշկական թիմը կարող է ներառել ձեր ընտրած բժշկին, գործերի կառավարիչին կամ այլ անձին:

Գործերի կառավարիչն՝ անձ է, որը պատրաստված է օգնելու ձեզ անհրաժեշտ բուժօգնությունը կառավարելու հարցում: Դուք կունենաք գործերի կառավարիչ Molina Dual Options-ում անդամագրվելու ժամանակ: Այդ անձը նաև ձեզ կուղղորդի համայնքային ռեսուրսներին՝ Molina Dual Options-ի կողմից որոշակի ծառայություններ չտրամադրելու դեպքում**:**

Կարող եք մեզ զանգահարել հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով և հարցնել բժշկական թիմին:

G2. Բժշկական սպասարկման պլան

Ձեր բժշկական թիմը կօգնի ձեզ նաև ընտրելու բժշկական սպասարկման պլան: Բժշկական սպասարկման պլանը կօգնի ձեզ հասկանալ, թե ինչպիսի ծառայություններ են ձեզ անհրաժեշտ, և ինչպես դրանք ստանալ: Այն ներառում է ձեր բժշկական, վարքագծային առողջության և երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունների (LTSS) կարիքները: Ձեր բժշկական սպասարկման պլանը կկազմվի զուտ ձեր համար, ելնելով ձեր կարիքներից:

Ձեր բժշկական սպասարկման պլանը կներառի:

- Ձեր բուժօգնության նպատակները:
- Ծառայությունները ստանալու ժամանակացույց:

Ձեր առողջության ռիսկերը գնահատելուց հետո, ձեր բժշկական թիմը կհանդիպի ձեր հետ: Նրանք կզրուցեն ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունների մասին: Նրանք նաև կարող են ձեզ ասել այն ծառայությունների մասին, որոնք դուք հնարավոր է ցանկանում եք ստանալ: Ձեր բժշկական սպասարկման պլանը հիմնված կլինի ձեր կարիքների վրա: Ձեր բժշկական թիմը կաշխատի ձեր հետ՝ ձեր բժշկական սպասարկման պլանը առնվազն յուրաքանչյուր տարի նորացնելու ուղղությամբ:

H. Molina Dual Options-ի ամսական պրեմիում պլան

Molina Dual Options-ը չունի ամսական պրեմիում պլան

I. *Մասնակցի ձեռնարկ*

Այս *Մասնակցի ձեռնարկը* ձեր հետ կնքելիք մեր պայմանագրի մի մասն է: Սա նշանակում է, որ մենք պետք է հետևենք այս փաստաթղթում նշված բոլոր կանոններին: Եթե դուք կարծում եք, որ մենք գործել ենք որևէ բան, որը հակասում է այդ կանոններին, դուք կարող եք բողոքարկել կամ վիճարկել մեր գործողությունները: Բողոքարկման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար՝ տե՛ս Գլուխ 9-ը կամ զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

Դուք կարող եք հարցնել *Մասնակցի ձեռնարկ*՝ զանգահարելով Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Դուք նաև կարող եք գտնել *Մասնակցի ձեռնարկը* www.MolinaHealthcare.com/Duals կայք էջում կամ ներբեռնել այն այս կայք էջից:

Պայմանագիրը գործում է այնքան ամիս, որքան դուք ընդգրկված եք Molina Dual Options-ում 01/01/2020թ.-ից մինչև 12/31/2020թ.:

J. Այլ տեղեկություններ, որոնք կստանաք մեզնից

Դուք պետք է արդեն ստացած լինեք Molina Dual Options-ի Մասնակցի ID անդամաքարտ, տեղեկատվություն՝ ինչպես մուտք գործել *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու* և *Ապահովագրված դեղերի ցանկ*:

J1. Molina Dual Options-ի ձեր Մասնակցի ID անդամաքարտը

Մեր պլանի շրջանակներում դուք կունենաք մեկ քարտ ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունների համար՝ ներառյալ երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունները և օժանդակությունը, որոշակի հոգեկան առողջության ծառայություններ և նշանակումներ: Դուք պետք է ցույց տաք այս քարտը՝ յուրաքանչյուր ծառայություն կամ նշանակում ստանալիս: Ահա քարտի նմուշ, որպեսզի պատկերացում ունենաք՝ ինչ տեսք է այն ունենալու:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Molina Dual Options-ին՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.MolinaHealthcare.com/Duals կայքը:

Ձեր Cal MediConnect քարտը փոխվելու, կորցնելու կամ գողացված լինելու, անմիջապես զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին և մենք ձեզ նոր քարտ կուղարկենք: Դուք կարող եք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

Այնքան ժամանակ, որքան դեռ դուք հանդիսանում եք մեր պլանի մասնակից, ձեզ հարկավոր չէ օգտագործել ձեր կարմիր, սպիտակ և կապույտ Medicare քարտը կամ ձեր Medi-Cal քարտը Cal MediConnect ծառայություններ ստանալու համար: Պահեք այդ քարտերը անվտանգ տեղում, եթե դրանք հետո ձեզ հարկավոր լինեն: Եթե ձեր Molina Dual Options-ի Մասնակցի ID անդամաքարտի փոխարեն ցույց տաք ձեր Medicare քարտը, ապա մատակարարը մեր պլանի փոխարեն կարող է հաշիվ ներկայացնել Medicare-ին, և հնարավոր է, դուք հաշիվ ստանաք: Պարզելու, թե ինչ է պետք անել, եթե դուք հաշիվ եք ստանում մատակարարից, տե՛ս Գլուխ 7-ը:

Խնդրում ենք հիշել, նեղ մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայությունների համար, որոնք դուք կարող եք ստանալ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության բժշկական ապահովագրության պլանից (mental health plan, MHP), ձեզ հարկավոր կլինի ձեր Medi-Cal քարտը, որպեսզի այդ ծառայությունները հասանելի լինեն ձեզ:

J2. *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*

Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի մեջ նշված են Molina Dual Options-ի ցանցի մատակարարները և դեղատները: Քանի դեռ դուք մեր պլանի մասնակից եք, դուք պետք է օգտվեք ցանցային մատակարարներից ապահովագրված ծառայություններ ստանալու համար: Գործում են որոշ բացառություններ, երբ դուք առաջին անգամ եք միանում մեր Պլանին (տե՛ս էջ 9):

Դուք կարող եք հարցնել *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*՝ զանգահարելով Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Դուք նաև կարող եք գտնել *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն* www.MolinaHealthcare.com/Duals կայքում կամ ներբեռնել այն այս վեբ կայքից:

Տեղեկատուն առաջարկում է առաջնային բուժօգնության օղակի բժիշկների (Primary Care Doctors, PCP), հիվանդանոցների և այլ առողջապահական խնամքի ծառայություններ մատուցող մատակարարների ցուցակներն, որոնք հասանելի են ձեզ՝ որպես Molina Healthcare-ի մասնակից: Դուք նաև կարող եք գտնել հետևյալ տեղեկատվությունը Molina Healthcare-ի բժիշկների և այլ առողջապահական խնամքի ծառայություններ մատուցող մատակարարների վերաբերյալ՝ ձեր մատակարարի տեղեկատուի մեջ:

- Անուններ
- Հասցեներ
- Հեռախոսահամարներ
- Խոսակցական լեզուն
- Սպասարկման վայրերի հասանելիությունը
- Հիվանդանոցային արտոնություններ/անդամակցություններ
- Բժշկական խումբ

Կարևոր է, որ հիվանդները կարողանան հեշտությամբ հանդիպել բժիշկներին, և որ բժիշկների գրասենյակները տրամադրեն ցանկացած օգնություն, որն անհրաժեշտ է նրանց խնամք ստանալու համար: Ֆիզիկական մատչելիության վերաբերյալ տեղեկատվությունը ներկայացված է հետևյալի համար՝

- Հիմնական մուտք
- Սահմանափակ մուտք

Մատակարարի մեր տեղեկատուներում մենք նաև օգտագործում ենք մատչելիության համապատասխան ցուցչի հետևյալ նշանները՝ ցույց տալու մատչելիության այլ տարածքները մատակարարի գրասենյակում՝

- P = Ավտոկայանում
- EB = Արտաքին շինություն
- IB = Ներքին շինություն
- W = Սպասման սենյակ
- R = Զուգարան
- E = Ընման սենյակ
- T = Ընման սեղան
- S = Սայլակների համար նախատեսված կշեռք

Ձեր մատակարարի տեղեկատուի միջոցով կամ առցանց մեր կայքում՝ www.MolinaHealthcare.com/Duals, կարող եք նաև պարզել, արդյոք մատակարարը (բժիշկները, հիվանդանոցները, մասնագետները կամ բժշկական կլինիկաները) ընդունում են նոր հիվանդներ, թե ոչ:

Ցանցային մատակարարների սահմանումը

- Molina Dual Options-ի ցանցային մատակարարները ներառում են՝
  - Բժիշկները, բուժքույրերը և այլ բուժսպասարկման մասնագետները, որոնց դուք՝ որպես մեր պլանի մասնակից, կարող եք այցելել:
  - Կլինիկաները, հիվանդանոցները, բուժքույրական խնամքի հաստատությունները և այլ վայրեր, որոնք տրամադրում են առողջապահական ծառայություններ մեր պլանի շրջանակներում, և
  - Երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունները, հոգեկան առողջության ծառայությունները, տնային բուժսպասարկման գործակալությունները, երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների մատակարարները և այլոց, ովքեր մատակարարում են ապրանքներ և ծառայություններ, որոնք դուք ստանում եք Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի միջոցով:

Ցանցային մատակարարները համաձայնել են, որպես ամբողջական վճար՝ ընդունել վճարումներ մեր պլանից ապահովագրված ծառայությունների համար:

Ցանցային դեղատների սահմանումը

- Ցանցային դեղատները՝ դրանք այն դեղատներ են (դեղի վաճառքի խանութներ), որոնք համաձայնել են մեր պլանի մասնակիցների համար դեղ տրամադրել ըստ դեղատոմսերի: Օգտվեք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուից*, որպեսզի գտնեք այն դեղատունը, որից ցանկանում եք օգտվել:
- Եթե ցանկանում եք, որ մեր պլանն օգնի ձեզ վճարել դրանց համար, բացառությամբ արտակարգ պատահարների, դուք պետք է ստանաք ձեր դեղատոմսով դեղը մեր ցանցային դեղատներից մեկում:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Ինչպես Մասնակիցների սպասարկման բաժինը, այնպես էլ Molina Dual Options-ի վեբ կայքը կարող են տրամադրել ձեզ ամենաթարմ տեղեկությունը մեր մատակարարների ցանցի փոփոխությունների վերաբերյալ:

J3. *Ապահովագրված դեղերի ցանկ*

Պլանն ունի *Ապահովագրված դեղերի ցանկ*: Մենք այն կարճ անվանում ենք «Դեղերի ցանկ»: Այն պատմում է, թե որ դեղատոմսով դեղերն են փոխհատուցվում Molina Dual Options-ի կողմից:

Դեղերի ցանկում նաև պատմվում է, արդյոք գոյություն ունեն որևէ կանոններ կամ սահմանափակումներ որևէ դեղերի համար, ինչպես օրինակ՝ սահմանափակումը ձեր ստանալիք գումարի նկատմամբ: Այդ կանոնների և սահմանափակումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 5-ը:

Ամեն տարի մենք կուղարկենք ձեզ տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչպես ստանալ Դեղերի ցանկը, սակայն տարվա ընթացքում կարող են տեղի ունենալ որոշակի փոփոխություններ: Դեղամիջոցների օգտագործման մասին ամենաթարմ տեղեկատվությունը ստանալու համար՝ այցելեք www. MolinaHealthcare.com/Duals կամ զանգահարեք՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

J4. *Նպաստների նկարագրում*

Եթե դուք օգտագործում եք ձեր Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի նպաստները, մենք կարող ենք ուղարկել ձեզ ամփոփ զեկույց, որպեսզի օգնենք ձեզ հասկանալ և հետևել ձեր Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի վճարումների ընթացքին: Ամփոփ հաշվետվությունը կոչվում է *Նպաստների նկարագրում* (EOB):

Նպաստների նկարագրումը հայտնում է ամսվա ընթացքում ձեր կողմից Մաս D-ի ձեր դեղատոմսով դեղերի համար ծախսած ընդհանուր գումարը և մեր կողմից Մաս D-ի ձեր դեղատոմսով դեղերի համար վճարած ընդհանուր գումարը: Գլուխ 6-ը լրացուցիչ տեղեկություն է հայտնում *Նպաստների նկարագրման* վերաբերյալ և ինչպես այն կարող է օգնել ձեզ հետևել ձեր դեղի ապահովագրության ընթացքին:

Նպաստների նկարագրումը կարող եք նաև ստանալ՝ դիմելով մեզ: Պատճենը ստանալու համար խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

K. Ինչպես կարող եք պահպանել ձեր մասնակցի գրառումը արդի վիճակում

Ձեր տեղեկությունների փոփոխման դեպքում, այդ մասին կարող եք տեղեկացնել մեզ, դրանով իսկ պահելով ձեր մասնակիցակցության տվյալներն արդի վիճակում։

Պլանի ցանցային մատակարարներին և դեղատներին հարկավոր է իմանալ ճիշտ տեղեկություններ ձեր մասին: **Նրանք օգտագործում են ձեր անդամակցության տվյալները, որպեսզի իմանան ինչ ծառայություններ և դեղեր եք դուք ստանում և որքան դրանք կարժենան**: Այդ իսկ պատճառով շատ կարևոր է, որ դուք օգնեք մեզ պահել ձեր մասին տեղեկություններն արդի վիճակում:

Տեղյակ պահեք մեզ հետևյալի մասին՝

- Փոփոխություններ կապված ձեր անունի, հասցեյի կամ ձեր հեռախոսահամարի հետ։
- Փոփոխություններ կապված առողջության ապահովագրական որևէ այլ ծածկույթի, ինչպես ձեր գործատուի, ձեր ամուսնու/կնոջ գործատուի կամ աշխատակիցների փոխհատուցման հետ:
- Ցանկացած քաղաքացիական պատասխանատվության ապահովագրության հայցեր, ինչպիսիք են փոխհատուցման հայցերը ավտոպատահարների հետևանքով:
- Հոսպիտալացում բուժքույրական խնամքի տուն կամ հիվանդանոց։
- Բուժօգնություն հիվանդանոցում կամ վերակենդանացման բաժանմունքում:
- Փոփոխություններ կապված ձեր խնամատարի (կամ ձեզ համար պատասխանատու անձի) հետ
- Դուք կլինիկական հետազոտության մասնակից եք, կամ պատրաստվում եք դարմալ։

Եթե որևէ տեղեկություն փոփոխվի, խնդրում ենք տեղյակ պահել մեզ՝ զանգահարելով Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

K1. Բժշկական անձնական տվյալների գաղտնիություն (personal health information, PHI)

Ձեր անդամակցության արձանագրությունում առկա տեղեկատվությունը կարող է ներառել բժշկական անձնական տվյալներ (PHI)։ Նահանգային և դաշնային օրենքները պահանջում են, որպեսզի մենք ապահովենք ձեր բժշկական անձնական տվյալների (PHI) գաղտնիությունը։ Մենք համոզված ենք, որ ձեր բժշկական անձնական տվյալները (PHI) պաշտպանված են։ Լրացուցիչ տեղեկությունների համար առ այն, ինչպես ենք մենք պաշտպանում ձեր բժշկական անձնական տվյալները (PHI), տե՛ս Գլուխ 8-ը։

Գլուխ 2. Կարևոր հեռախոսահամարներ և միջոցներ

Ներածություն

Այս գլուխը ձեզ տրամադրում է կոնտակտային տվյալներ կարևոր աղբյուրների մասին, որոնք կարող են օգնել ձեզ գտնել ձեր հարցերի պատասխանները Molina Dual Options-ի և ձեր առողջապահական խնամքի նպաստների վերաբերյալ: Դուք նաև կարող եք օգտագործել այս գլուխը՝ տեղեկատվություն ստանալու համար այն մասին, թե ինչպես կապվել ձեր գործերի կառավարիչի և այլ անձանց հետ, ովքեր կարող են հանդես գալ ձեր անունից: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները այբբենական կարգով կարող եք գտնել *Մասնակցի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Ինչպես կապվել Molina Dual Options-ի Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ 17
A1. Երբ դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին 17
B. Ինչպես կապվել ձեր գործերի կառավարիչի հետ 20
B1. Երբ դիմել ձեր գործերի կառավարիչին 20
C. Ինչպե՞ս կապվել Բուժքույրական խորհրդատվության զանգերի բաժնի հետ 21
C1. Երբ դիմել Բուժքույրական խորհրդատվության զանգերի բաժին 22
D. Ինչպե՞ս կապվել Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) հետ 22
D1. Երբ կապվել HICAP-ի հետ 23
E. Ինչպե՞ս կապվել Որակի բարելավման կազմակերպություն (Quality Improvement Organization, QIO) հետ 23
E1. Երբ կապվել Livanta-ի հետ 23
F. Ինչպես կապվել Medicare-ի հետ 24
G. Ինչպես կապվել Medi-Cal Health Care Options-ի հետ 25
H. Ինչպե՞ս կապվել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հետ 25
I. Ինչպես կապվել Վարչաշրջանի սոցիալական ապահովության բաժնի հետ 26
J. Ինչպես կապվել ձեր Վարչաշրջանի նեղ մասնագիտացված հոգեկան առողջության բժշկական ապահովագրության պլանի մասնագետների հետ 26
J1. Կապվեք վարչաշրջանի նեղ մասնագիտացված հոգեկան առողջության բժշկական ապահովագրության պլանի մասնագետների հետ 26
K. Ինչպես կապվել California-ի Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտի (California Department of Managed Health Care) հետ 27
L. Այլ աղբյուրներ 28

A. Ինչպես կապվել Molina Dual Options-ի Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(855) 665-4627 Զանգն անվճար է: երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:. Օժանդակ տեխնոլոգիաները, ներառյալ ինքնասպասարկումը և ձայնային փոստի ընտրանքները, հասանելի են արձակուրդների ընթացքում, աշխատանքային ժամերից հետո, ինչպես նաև շաբաթ և կիրակի օրերին: Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսացող մարդկանց համար:
TTY	711 Զանգն անվճար է: երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:.
ՖԱՔՍ	Բժշկական ծառայությունների համար՝ Ֆաքս՝ (310) 507-6186 Մաս D (Rx) ծառայությունների համար՝ Ֆաքս՝ (866) 290-1309
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 Մաս D (Rx) ծառայությունների համար՝ 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
ՎԵԲ ԿԱՅՔ	www.MolinaHealthcare.com/Duals

A1. Երբ դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին

- Պլանին վերաբերող հարցեր
- Բողոքներին, հաշիվների ներկայացմանը կամ ID անդամաքարտերին վերաբերող հարցեր
- Ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող փոխհատուցման որոշումներ
  - Ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող փոխհատուցման որոշումը՝ դա որոշում է հետևյալի վերաբերյալ՝
    - Ձեր նպաստները և ապահովագրված ծառայությունները, **կամ**
    - Գումարը, որը մենք կվճարենք ձեր բուժսպասարկման ծառայությունների համար:
  - Զանգահարեք մեզ, եթե ունենաք հարցեր՝ կապված ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող փոխհատուցման որոշման հետ:
  - Փոխհատուցման որոշումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 9-ը:

- Ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող բողոքարկումներ
  - Բողոքարկումը՝ դա պաշտոնական ձև է, որով դուք դիմում եք մեզ՝ դիմելով վերանայել ձեր ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ մեր կայացրած որոշումը և պահանջելով փոխել այն, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք գործել:
  - Բողոքարկում ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 9-ը:
- Ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող բողոքներ
  - Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել մեր կամ յուրաքանչյուր մատակարարի վերաբերյալ (ներառյալ ոչ-ցանցային կամ ցանցային մատակարարին): Ցանցային մատակարարը՝ դա այն մատակարարն է, ով աշխատում է բժշկական ապահովագրության պլանի հետ: Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել մեզ կամ Որակի բարելավման կազմակերպությանը ձեր ստացած բուժսպասարկման որակի վերաբերյալ (տե՛ս ստորև ներկայացված Բաժին F-ը):
  - Դուք կարող եք զանգահարել մեզ և բացատրել ձեր բողոքը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:
  - Եթե ձեր բողոքը կապված է ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող փոխհատուցման որոշման հետ, ապա կարող եք բողոքարկել (տե՛ս վերոնշյալ բաժինը):
  - Դուք կարող եք Medicare-ին ուղարկել բողոք Molina Dual Options-ի մասին: Կարող եք նաև օգտվել առցանց ձևաթղթից https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx կայքէջում: Կամ դուք կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով և հայցել օգնության:
  - Դուք կարող եք Cal MediConnect Ombuds ծրագրին Molina Dual Options-ի մասին բողոք ներկայացնել՝ զանգահարելով (855) 501-3077 հեռախոսահամարով:
  - Ձեր բուժսպասարկման վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 9-ը:
- Ձեր դեղերի ապահովագրության որոշումներ
  - Ձեր դեղերի ապահովագրության որոշումը՝ դա որոշում է հետևյալի վերաբերյալ՝
    - Ձեր նպաստները և ապահովագրված դեղերը, **կամ**
    - Գումարը, որը մենք կվճարենք ձեր դեղերի համար:
  - Սա կիրառվում է ձեր Մաս D դեղերի, Medi-Cal-ի դեղատոմսով դեղերի և Medi-Cal-ի ոչ դեղատոմսով դեղերի նկատմամբ:
  - Ձեր դեղատոմսով դեղերին վերաբերող փոխհատուցման որոշումների մասին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 9-ը:
- Բողոքարկումներ ձեր դեղերի վերաբերյալ
  - Բողոքարկումը՝ դա միջոց է՝ դիմելու մեզ փոխհատուցման որոշումը փոփոխելու խնդրանքով:
  - Ձեր դեղատոմսով դեղերի վերաբերյալ բողոքարկում ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 9-ը:

Կոնտակտային տվյալներ		
Մաս D-ի վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու համար, ձեր բողոքը փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ Medicare Pharmacy 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047	Ֆաքսով՝ 866-290-1309	
Medi-Cal-ի դեղերի վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու համար, ձեր բողոքը փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802	Ֆաքսով՝ 1-562-901-9632	
Եթե ձեր բողոքը վերավերում է՝	Ինչ է հարկավոր անել՝	Դուք կստանաք որոշումը հետևյալ ժամանակահատվածում՝
մաս D-ի դեղեր	դուք պետք է ինքներդ բողոքարկեք ծածկույթի վերաբերյալ որոշումը կայացնելուց 60 օրվա ընթացքում:	7 աշխատանքային օրվա ընթացքում
ոչ Մաս D-ի դեղ (այս տեսակի դեղերը Դեղերի ցանկում նշվում են աստղանշանով)	դուք պետք է ինքներդ բողոքարկեք ծածկույթի վերաբերյալ որոշումը կայացնելուց 90 օրվա ընթացքում:	30 աշխատանքայինօրվաընթացքում (գումարած 14 օր երկարաձգում)

- Բողոքներ ձեր դեղերի վերաբերյալ
  - Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել մեր կամ որևէ դեղատան մասին: Դա ներառում է ձեր դեղատոմսով դեղերի մասին բողոքը:
  - Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է ձեր դեղատոմսով դեղերի մասին փոխհատուցման որոշմանը, դուք կարող եք բողոքարկել: (Տե՛ս վերոնշյալ բաժինը)
  - Դուք կարող եք Medicare-ին ուղարկել բողոք Molina Dual Options-ի մասին: Կարող եք նաև օգտվել առցանց ձևաթղթից https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx կայքէջում: Կամ դուք կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով և հայցել օգնության:
  - Ձեր դեղատոմսով դեղերի վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 9-ը:
- Ձեր կողմից արդեն վճարված բուժսպասարկման և դեղերի համար վճարումը
  - Մեր կողմից ձեզ փոխհատուցելու կամ ձեր ստացած հաշիվները վճարելու ձևերի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 7-ը:

- Եթե դուք դիմեք մեզ ձեր հաշիվը վճարելու խնդրանքով և մենք մերժենք ձեր դիմումի որևէ մաս, դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Բողոքարկումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 9-ը:

B. Ինչպես կապվել ձեր գործերի կառավարիչի հետ

Molina Dual Options-ի գործերի կառավարիչը ձեր գլխավոր կոնտակտային անձն է: Այդ անձն օգնում է ձեզ կառավարել բոլոր ձեր մատակարարներին, ծառայությունները, և երաշխավորում է, որ դուք ստանաք այն, ինչը ձեզ հարկավոր է: Դուք և/կամ ձեր խնամատարը, անհրաժեշտության դեպքում, կարող եք պահանջել նշանակված գործերի կառավարիչի փոփոխություն՝ զանգահարելով գործերի կառավարիչին կամ Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Բացի այդ, Molina Dual Options-ի անձնակազմը կարող է փոխել ձեզ նշանակված գործերի կառավարիչին՝ ելնելով մասնակցի կարիքներից (մշակութային/լեզվական/ֆիզիկական/հոգեկան առողջության) կամ գտնվելու վայրից: Կապվեք Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(855) 665-4627 Զանգն անվճար է: երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:. Օժանդակ տեխնոլոգիաները, ներառյալ ինքնասպասարկման ծառայությունները և ձայնային փոստի ընտրանքները, հասանելի են արձակուրդների ընթացքում, աշխատանքային ժամերից հետո, ինչպես նաև շաբաթ և կիրակի օրերին: Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսացող մարդկանց համար:
TTY	711 Զանգն անվճար է: երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:.
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
ՎԵԲ ԿԱՅՔ	www.MolinaHealthcare.com/Duals

B1. Երբ դիմել ձեր գործերի կառավարիչին

- Ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող հարցեր
- Վարքագծային առողջության (հոգեկան առողջություն և թմրանյութերի օգտագործման հետևանքով առաջացած խանգարում) ծառայությունների վերաբերյալ հարցեր
- Փոխադրման վերաբերյալ հարցեր
- Երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունների (long-term services and supports, LTSS) վերաբերյալ հարցեր

Երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունները (LTSS) ներառում են Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ ծրագիրը (CBAS), Տարեցների բազմանպատակ ծառայություններ ծրագիրը (MSSP), և Բուժքույրական խնամքի հաստատությունները (NF):

Երբեմն դուք կարող եք ստանալ օգնություն ձեր առօրյա բուժօգնության և կենցաղային կարիքների հարցում:

Դուք պետք է ունակ լինեք ստանալ հետևյալ ծառայությունները՝

- Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ (CBAS),
- Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP),
- Որակավորված բուժքույրական խնամք,
- Ֆիզիոթերապիա,
- Մասնագիտական հիվանդությունների թերապիա,
- Խոսելախանգարման թերապիա,
- Բժշկական սոցիալական սպասարկման ծառայություններ և
- Տնային պայմաններում բուժսպասարկում

Ձեր Երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք զանգահարել Molina Dual Options-ին՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով:

C. Ինչպե՞ս կապվել Բուժքույրական խորհրդատվության զանգերի բաժնի հետ

Մասնակիցները կարող են զանգահարել Molina Healthcare-ի բուժքույրական խորհրդատվության զանգերի բաժին շուրջօրյա, տարին 365 օր: Ծառայությունը միացնում է ձեզ բարձր որակավորում ունեցող բուժքրոջ հետ, ով կարող է տրամադրել ձեզ բուժօգնության խորհրդատվություն ձեր լեզվով ու ուղղորդել ձեզ այն վայրը, որտեղ դուք կարող եք ստանալ ձեզ անհրաժեշտ բուժսպասարկումը: Մեր Բուժքույրական խորհրդատվության գիծը մատուցում է ծառայություններ Molina Healthcare-ի բոլոր մասնակիցներին United States-ի տարածքում: Բուժքույրերի խորհրդատվության գիծը URAC- ի կողմից հավատարմագրված առողջապահական զանգերի կենտրոն է և գործում է 2007 թվականից: URAC-ի հավատարմագրումը նշանակում է, որ մեր բուժքույրերի գիծը ցուցաբերել է համակողմանի նվիրվածություն որակյալ խնամքի, բարելավված գործընթացների և հիվանդի ավելի լավ արդյունքների վերաբերյալ: Մեր բուժքույրերի խորհրդատվության գիծը հավաստագրված է նաև 2010 թվականից՝ NCQA-ի կողմից Առողջապահական տեղեկատվական արտադրանքներում (HIP)՝ մեր 24/7/365 Առողջապահության Տեղեկատվական Գծի համար: NCQA-ն նախագծված է համապատասխանելու NCQA առողջապահական տեղեկատվության ստանդարտներին՝ առողջապահական ծրագրերի համար կիրառելի չափորոշիչների համար:

Բուժքույրերի խորհրդատվության գիծը կգնահատի ձեր անվտանգությունը, կկապի ձեզ արտակարգ իրավիճակների ծառայությունների հետ, կգտնի վարքագծային առողջության ծառայությունների մատակարար և համայնքային ռեսուրսներ և կուղղորդի ձեզ Molina-ի գործերի կառավարչի մոտ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք զանգահարել Molina Dual Options (888) 275-8750 հեռախոսահամարով:

Ձեզ հարկավոր է զանգահարել Բուժքույրերի խորհրդատվության գծին, եթե դուք անմիջապես օգնության կարիք ունեք կամ վստահ չեք՝ ինչպես վարվել: Եթե ձեզ հետ տեղի է ունեցել արտակարգ պատահար, որը կարող է ճնաել կամ ունենալ մահվան հետևանք ձեր կամ այլոց համար, գնացեք մոտակա հիվանդանոցի վերակենդանացման բաժանմունք ԿԱՄ զանգահարեք 911:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(888) 275-8750 Զանգն անվճար է: Շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսացող մարդկանց համար:
TTY	711 Զանգն անվճար է: Շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր

C1. Երբ դիմել Բուժքույրական խորհրդատվության զանգերի բաժին

- Ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող հարցեր

D. Ինչպե՞ս կապվել Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) հետ

Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիրը (HICAP) տրամադրում է անվճար բուժապահովագրության խորհրդատվություն Medicare ունեցող անձանց: Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի (HICAP) խորհրդատուները կարող են պատասխանել ձեր հարցերին և օգնել ձեզ հասկանալու, թե ինչպես լուծել ձեր խնդիրը: Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիրը (HICAP) վերապատրաստման դասընթացներ է անցկացրել բոլոր շրջանների խորհրդատուների հետ, և ծառայություններն անվճար են:

Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիրը (HICAP) կապված չէ որևէ բուժապահովագրական կազմակերպության կամ բժշկական ապահովագրության պլանի հետ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(800) 434-0222 Երկուշաբթիից ուրբաթ 9:00-ից 16:00-ը տեղական ժամանակով:
TTY	711 Երկուշաբթիից ուրբաթ 9:00-ից 16:00-ը տեղական ժամանակով:
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Los Angeles վարչաշրջան՝ Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
ՎԵԲ ԿԱՅՔ	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

D1. Երբ կապվել HICAP-ի հետ

- Ձեր Cal MediConnect ծրագրի կամ այլ Medicare-ի հարցերի դեպքում
  - Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի (HICAP) խորհրդատուները կարող են պատասխանել պլանի փոփոխության վերաբերյալ ձեր հարցերին և օգնել ձեզ՝
    - հասկանալ ձեր իրավունքները,
    - հասկանալ ձեր պլանի ընտրությունը,
    - ներկայացնել բողոքներ ձեր բուժսպասարկման կամ բուժման վերաբերյալ, **և**
    - լուծել ձեր հաշիվների հետ կապված խնդիրները:

E. Ինչպե՞ս կապվել Որակի բարելավման կազմակերպություն (Quality Improvement Organization, QIO) հետ

Մեր նահանգում կա կազմակերպություն, որը կոչվում է Livanta: Բժիշկների և առողջապահության ոլորտի այլ մասնագետների մի խումբ է, որն օգնում է բարելավել Medicare-ի մասնակիցներին տրամադրվող բուժսպասարկման որակը: Livanta-ն կապված չէ մեր պլանի հետ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	Բողոքարկումներ՝ (877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում, որպեսզի կարողանաք զանգահարել:
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
ՎԵԲ ԿԱՅՔ	http://bfccqioarea5.com/

E1. Երբ կապվել Livanta-ի հետ

- Ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող հարցեր
  - Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ձեր ստացած բուժսպասարկման վերաբերյալ, եթե դուք՝
    - խնդիր ունեք ձեր բուժսպասարկման որակի հետ,
    - կարծում եք, որ հիվանդանոցում ձեր մնալը շատ վաղ է ավարտվում, **կամ**
    - կարծում եք, որ տնային պայմաններում ձեր բուժսպասարկման, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) ծառայությունները շատ վաղ են ավարտվում:

F. Ինչպես կապվել Medicare-ի հետ

Medicare-ը՝ դա դաշնային բժշկական ապահովագրության ծրագիր է 65 տարեկան կամ բարձր տարիքիանձանց, 65 տարեկանից ցածր հաշմանդամություն ունեցող որոշ անձանց և երիկամային հիվանդություն վերջին փուլում (դիալիզ կամ երիկամի փոխպատվաստում պահանջող մշտական երիկամային անբավարարություն) ունեցող անձանց համար:

Medicare-ը ղեկավարող դաշնային գործակալությունն է՝ Medicare և Medicaid սպասարկման կենտրոններ (CMS):

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով Այս հեռախոսահամարին կատարած զանգերն անվճար են, շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր:
TTY	1-877-486-2048 Զանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում, որպեսզի կարողանաք զանգահարել:
ՎԵԲ ԿԱՅՔ	http://www.medicare.gov Սա Medicare-ի պաշտոնական վեբ կայքն է: Այն տրամադրում է ձեզ արդիական տեղեկատվություն Medicare-ի մասին: Այն նաև տիրապետում է տեղեկատվության հիվանդանոցների, բուժքույրական խնամքի տների, բժիշկների, տնային պայմաններում բուժսպասարկում իրականացնող գործակալությունների և դիալիզի անցկացման հաստատությունների վերաբերյալ: Այն նաև ներառում է բրոշյուրներ, որոնք դուք կարող եք տպել անմիջապես ձեր համակարգչից: Դուք կարող եք նաև գտնել Medicare-ի կոնտակտային տվյալներ ձեր նահանգում՝ ընտրելով «Ձևաթղթեր, օգնություն և միջոցներ» բաժինը, իսկ հետո կտտացնելով «Հեռախոսահամարներ և վեբ կայքեր» ենթաբաժինը: Medicare-ի վեբ կայքն ունի հետևյալ գործիքը, որն օգնում է ձեզ գտնել ձեր տարածքում գործող պլանները՝ **Medicare-ի «Պլանի որոնիչ»**՝ Տրամադրում է անհատականացված տեղեկատվություն ձեր տարածքում գործող Medicare-ի դեղատոմսով դեղի պլանների, Medicare-ի բժշկական ապահովագրության պլանների և Medigap (Medicare-ի Հավելյալ ապահովագրության) քաղաքականությունների վերաբերյալ: Ընտրել «Գտնել առողջապահական և դեղերի պլաններ» բաժինը: Եթե դուք համակարգիչ չունեք, ձեր տեղական գրադարանը կամ մեծահասակների կենտրոնը կարող են օգնել ձեզ այցելել այդ վեբ կայքը և օգտվել իրենց համակարգիչներից: Կամ կարող եք զանգահարել Medicare վերոնշյալ հեռախոսահամարով և հայտնել նրանց ինչ եք դուք փնտրում: Նրանք կգտնեն այդ տեղեկատվությունը վեբ կայքում, կտպեն այն և կուղարկեն ձեզ:

G. Ինչպես կապվել Medi-Cal Health Care Options-ի հետ

Medi-Cal Health Care Options-ը կարող է օգնել ձեզ, եթե դուք ունեք հարցեր՝ կապված Cal MediConnect պլանի ընտրության կամ անդամագրման այլ հարցերի հետ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-844-580-7272 Health Care Options-ի ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 18:00-ը:
TTY	1-800-430-7077 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում, որպեսզի կարողանաք զանգահարել:
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ՎԵԲ ԿԱՅՔ	https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

H. Ինչպե՞ս կապվել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հետ

Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը գործում է, որպես պաշտպան ձեր անունից: Նրանք կարող են պատասխանել հարցերին, եթե դուք ունեք խնդիր կամ բողոք և կարող են օգնել ձեզ հասկանալ, թե ինչ պետք է անել: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը կարող է ձեզ օգնել ծառայության կամ հաշվարկային խնդիրների հետ կապված հարցերում: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը կապված չէ մեր պլանի կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ բժշկական ապահովագրության պլանի հետ: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-855-501-3077 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 8:00-ից 17:00-ը տեղական ժամանակով, բացառությամբ տոների
TTY	1-855-847-7914 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում, որպեսզի կարողանաք զանգահարել:
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Office of the Ombudsman MS-4412 1501 Capitol Avenue PO Box 997413 Sacramento, Ca 95899-7413
ՎԵԲ ԿԱՅՔ	www.MolinaHealthcare.com/Duals

I. Ինչպես կապվել Վարչաշրջանի սոցիալական ապահովության բաժնի հետ

Los Angeles վարչաշրջան

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(888) 944-4477 Զանգն անվճար է: երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը տեղական ժամանակով:.
TTY	711
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Los Angeles County Department of Public Social Services 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007
ՎԵԲ ԿԱՅՔ	http://dpss.lacounty.gov/wps/portal/dpss/main/programs-and-services/in-home-supportive-services/

J. Ինչպես կապվել ձեր Վարչաշրջանի նեղ մասնագիտացված հոգեկան առողջության բժշկական ապահովագրության պլանի մասնագետների հետ

Los Angeles վարչաշրջանի հոգեկան առողջության դեպարտամենտ՝

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(800) 854-7771 Զանգն անվճար է: Շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսացող մարդկանց համար:
TTY	(562) 651-2549 Զանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում, որպեսզի կարողանաք զանգահարել: Շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր

J1. Կապվեք վարչաշրջանի նեղ մասնագիտացված հոգեկան առողջության բժշկական ապահովագրության պլանի մասնագետների հետ հետևյալ հարցերով՝

- Հարցերի դեպքում վարչական շրջանի կողմից տրամադրվող հոգեկան առողջության սպասարկման ծառայությունների վերաբերյալ՝ կապվեք ձեր վարչական շրջանի հոգեկան առողջության դեպարտամենտի հետ վերոնշյալ հեռախոսահամարներով:

Խնդրում ենք ծանոթանալ Գլուխ 3-ին Հոգեկան առողջության նպաստների մասին տեղեկություն ստանալու համար:

K. Ինչպես կապվել California-ի Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտի (California Department of Managed Health Care) հետ

California-ի Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտը (DMHC) պատասխանատու է բժշկական ապահովագրության պլանների կանոնակարգման համար: Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտի (DMHC) աջակցման կենտրոնը կարող է օգնել ձեզ Medi-Cal ծառայությունների վերաբերյալ ձեր բժշկական ապահովագրության պլանի նկատմամբ բողոքարկումների և հայցերի ներկայացման հարցում:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-466-2219 Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտի DMHC ներկայացուցիչները հասանելի են ժամը 8:00-ից 18:00-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ:
TTY	1-877-688-9891 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում, որպեսզի կարողանաք զանգահարել:
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ՖԱՔՍ	1-916-255-5241
ՎԵԲ ԿԱՅՔ	http://www.dmhc.ca.gov

L. Այլ աղբյուրներ

Տարեցների նկատմամբ Չարաշահումների մասին հայտնելու համար խնդրում ենք կապվել California Սոցիալական ապահովության ծառայությունների (California Department of Social Services)՝ ձեր շրջանի Մեծահասակների խնամակալության մարմինների (Adult Protective Services) բաժնի հետ՝

California Սոցիալական ապահովության ծառայություններ - Մեծահասակների խնամակալության մարմիններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(877) 477-3646 Շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր
TTY	711 Շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010
ՎԵԲ ԿԱՅՔ	http://www.cdss.ca.gov/Adult-Protective-Services

Գլուխ 3. Պլանի ապահովագրությունն օգտագործումը ձեր բուժսպասարկման և այլ ապահովագրված ծառայությունների համար

Ներածություն

Այս գլուխը պարունակում է հատուկ պայմաններ և կանոններ, որ ձեզ անհրաժեշտ է իմանալ Molina Dual Options-ի առողջապահական խնամքից և այլ ապահովագրված ծառայություններից օգտվելու համար: Այն նաև ձեզ հայտնում է ձեր գործերի կառավարիչի մասին, թե ինչպես ստանալ տարբեր տեսակի մատակարարների խնամքի ծառայություններ և որոշակի հատուկ հանգամանքներում (այդ թվում՝ ցանցից դուրս մատակարարներից կամ դեղատներից), ինչ անել, երբ ձեզ անմիջապես գանձում են մեր պլանով ապահովագրված ծառայությունների համար, և երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME) ձեռք բերելու կանոնների մասին: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով կարող եք գտնել *Մասնակցի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Տեղեկատվություն «ծառայությունների», «ապահովագրված ծառայությունների», «մատակարարների» և «ցանցային մատակարարների» մասին 31

B. Պլանի կողմից ապահովագրված բուժսպասարկման, վարքագծային բուժսպասարկում ու երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայություններ (LTSS) ստանալու կանոնները 31

C. Տեղեկատվություն ձեր գործերի կառավարիչի մասին 33

C1. Ով է գործերի կառավարիչը 33

C2. Ինչպես կարող եմ կապվել գործերի կառավարիչի հետ 33

C3. Ինչպես կարող եք փոխել ձեր գործերի կառավարիչին 34

D. Բուժօգնություն առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարների, մասնագետների, այլ ցանցային բուժսպասարկման մատակարարների և ոչ-ցանցային բուժսպասարկման մատակարարների կողմից 34

D1. Բուժօգնություն առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարների (PCP) կողմից 34

D2. Բուժօգնություն մասնագետների և այլ ցանցային մատակարարների կողմից 37

D3. Ինչ անել, եթե մատակարարը դուրս է գալիս մեր պլանից 37

D4. Ինչպե՞ս ստանալ բուժօգնություն ոչ-ցանցային մատակարարներից 38

E. Ինչպես ստանալ երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայություններ (LTSS) 38

F. Ինչպե՞ս ստանալ հոգեկան առողջության (հոգեկան առողջություն և թմրանյութերի օգտագործման հետևանքով առաջացած խանգարում) ծառայություններ 39

F1. Medi-Cal-ի վարքագծային առողջության ո՞ր ծառայություններն են սպասարկվում Molina Dual Options-ից դուրս, Los Angeles վարչաշրջանի հոգեկան առողջության վարչության միջոցով: 40

G. Ինչպես ստանալ փոխադրման ծառայություններ 41

H. Ինչպես ստանալ ապահովագրված ծառայություններ աղետի ժամանակ կամ երբ ձեր մոտ առաջացել է բժշկական տեսակետից անհետաձգելի կամ շտապ բուժօգնության անհրաժեշտություն 42

H1. Բուժսպասարկում, երբ ձեր մոտ առաջացել է արտակարգ բուժօգնության անհրաժեշտություն 42

H2. Շտապ բժշկական օգնություն 43

H3. Բուժսպասարկում աղետի դեպքում 44

I. Ինչ անել, եթե ձեզ զանձում են անմիջապես մեր պլանով ապահովագրված ծառայությունների համար 44

I1. Ինչ անել, եթե ծառայությունները չեն փոխհատուցվում մեր պլանի կողմից 44

J. Ապահովագրվող առողջապահական ծառայություններ, երբ դուք գտնվում եք կլինիկական հետազոտության ընթացքում 45

J1. Կլինիկական հետազոտության սահմանումը 45

J2. Ծառայությունների վճարում, երբ դուք գտնվում եք կլինիկական հետազոտության ընթացքում 46

J3. Իմանալ ավելին կլինիկական հետազոտությունների մասին 46

K. Ինչպե՞ս են փոխհատուցվում ձեր առողջապահական ծառայությունները, երբ դուք գտնվում եք կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում 46

K1. Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության սահմանումը 46

K2. Բուժսպասարկում կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության կողմից 47

L. Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME) 47

L1. Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME)՝ որպես մեր պլանի մասնակցի 47

L2. DME սեփականություն, երբ դուք միանում եք Original Medicare-ին կամ Medicare Advantage-ին 48

A. Տեղեկատվություն «ծառայությունների», «ապահովագրված ծառայությունների», «մատակարարների» և «ցանցային մատակարարների» մասին

Ծառայություններն են՝ բուժօգնությունը, երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունները և օժանդակությունը, նյութերը, վարքագծային առողջապահության ծառայությունները, դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի դեղերը, սարքավորումները և այլ ծառայությունները: **Ապահովագրված ծառայություններն** են՝ նշված ծառայություններից յուրաքանչյուրը, որի համար մեր պլանը վճարում է: Ապահովագրված բուժսպասարկումը, վարքագծային առողջապահությունը և երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունները (LTSS) նշված են Նպաստների աղյուսակում, Գլուխ 4:

Մատակարարներն են՝ բժիշկները, բուժքույրերը և այլ մասնագետներ, ովքեր ձեզ ծառայություններ են մատուցում կամ ցուցաբերում բուժօգնություն: Մատակարարներ եզրույթը նաև ներառում է հիվանդանոցները, տնային պայմաններում բուժսպասարկում իրականացնող գործակալությունները, կլինիկաները և այլ հաստատություններ, որտեղ ձեզ տրամադրվում են բուժսպասարկման ծառայություններ, վարքագծային առողջապահության ծառայություններ, բժշկական սարքավորումներ և որոշակի երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայություններ (LTSS):

Ցանցային մատակարարները՝ դրանք այն մատակարարներն են, ովքեր աշխատում են բժշկական ապահովագրության պլանի հետ: Այս մատակարարները համաձայնել են ընդունել մեր վճարումները, որպես ամբողջական վճար: Ցանցային մատակարարները մեզ ուղղակիորեն են հաշիվ ներկայացնում իրենց կողմից ձեզ տրամադրած բուժօգնության դիմաց: Երբ դուք այցելում եք ցանցային մատակարարին, դուք սովորաբար ոչինչ չեք վճարում ապահովագրված ծառայությունների համար:

B. Պլանի կողմից ապահովագրված բուժսպասարկման, վարքագծային բուժսպասարկում ու երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայություններ (LTSS) ստանալու կանոնները

Molina Dual Options-ը փոխհատուցում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված բոլոր ծառայությունները: Դա ներառում է վարքագծային բուժսպասարկումն ու երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայություններ (LTSS):

Molina Dual Options-ը սովորաբար կվճարի ձեր ստացած բուժսպասարկման ծառայությունների, վարքագծային առողջապահության ծառայությունների և երկարատև խնամքի և օժանդակման ծառայությունների (LTSS) համար, եթե դուք հետևեք պլանի կանոններին: Մեր պլանով ապահովագրված լինելու համար՝

- Ձեր ստացած բուժսպասարկումը պետք է լինի **պլանի նպաստ:** Սա նշանակում է, որ այն պետք է ներառված լինի պլանի Նպաստների աղյուսակում: (Այս ձեռնարկի Գլուխ 4-ում ներկայացված աղյուսակը):
- Խնամքը պետք է ճանաչվի, որպես **բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ**: Ասելով բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ՝ մենք նկատի ունենք, որ ձեզ հարկավոր են ծառայությունները՝ կանխարգելելու, ախտորոշելու կամ բուժելու ձեր հիվանդությունը, կամ պահպանելու ձեր ներկայիս առողջության վիճակը: Սա ներառում է բուժօգնություն,

որի շնորհիվ դուք հնարավորություն եք ունենում չգնալ հիվանդանոց կամ բուժքույրական խնամքի տներ: Այն նաև ենթադրում է, որ ծառայությունները, նյութերը կամ դեղերը համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ստանդարտներին:

- Բժշկական ծառայությունների համար դուք պետք է ունենաք ցանցային **առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարար (PCP)**, ով պատվիրել է բուժօգնությունը կամ ասել է, որ դուք այցելեք մեկ այլ բժշկի**:** Որպես պլանի մասնակից, դուք պետք է ընտրեք ցանցային մատակարարի, որը կլինի ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը (PCP):
  - Դեպքերի մեծամասնությունում ձեր ցանցային առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը (PCP) պետք է ձեզ տա հավանություն, նախքան դուք կկարողանաք այցելել որևէ մեկին, որը ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը (PCP) չէ կամ օգտվել պլանի ցանցի այլ մատակարարներից: Սրան անվանում են **ուղեգիր**: Եթե դուք չստանաք հավանություն, Molina Dual Options-ը հնարավոր է չփոխհատուցի ծառայությունները: Որոշ մասնագետների, ինչպես օրինակ՝ կանանց առողջական հարցերով զբաղվող մասնագետների հետ հանդիպելու համար, ձեզ անհրաժեշտ չէ ուղեգիր: Ուղեգրերի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար տե՛ս էջ 34:
  - Մեր պլանի առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարները (PCP) փոխկապակցված են բժշկական խմբերի հետ: Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարն (PCP) ընտրելով՝ դուք ընտրում եք նաև փոխկապակցված բժշկական խումբը: Դա նշանակում է, որ ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարն (PCP) կուղղորդի ձեզ մասնագետներին և ծառայություններին, որոնք նույնպես փոխկապակցված են նրա բժշկական խմբի հետ: Բժշկական խումբը առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարների (PCP) և մասնագետների միավորում է, որը ստեղծվել է ձեզ համակարգված առողջապահական խնամքի ծառայություններ մատուցելու համար:
  - Ձեզ հարկավոր չէ ուղեգիր ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարից (PCP) արտակարգ բուժօգնության կամ շտապ անհրաժեշտ բուժօգնության դեպքում, կամ էլ կանանց բուժսպասարկում իրականացնող մատակարարին այցելելու համար: Դուք կարող եք ստանալ այլ տեսակի բուժօգնություն առանց ուղեգրի ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարից (PCP): Այս մասին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար տե՛ս էջ 34:
  - Առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) ընտրության վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար տե՛ս էջ 34:
- **Դուք պետք է ստանաք ձեր բուժսպասարկումը ցանցային մատակարարներից, որոնք փոխկապակցված են ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) բժշկական խմբի հետ:** Սովորաբար, պլանը չի փոխհատուցում այն բուժօգնության համար, որը ստացել եք այն մատակարարից, ով չի աշխատում բժշկական ապահովագրության պլանի և ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) հետ: Ահա որոշ դեպքեր, երբ այս կանոնը չի կիրառվում՝
  - Պլանը փոխհատուցում է ոչ-ցանցային մատակարարից ստացած անհետաձգելի բուժօգնությունը կամ շտապ անհրաժեշտ բուժօգնությունը: Անհետաձգելի բուժօգնության կամ շտապ անհրաժեշտ բուժօգնության նշանակության վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Հատված H, էջ 34:

- Եթե ձեզ հարկավոր է բուժսպասարկում, որն ընդգրկվում է մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթում, և մեր ցանցային մատակարարները չեն կարող այն ձեզ տրամադրել, ապա դուք կարող եք ստանալ այդ բուժսպասարկումը ոչ-ցանցային մատակարարից: Molina Dual Options-ը պահանջում է նախնական թույլտվություն ոչ-ցանցային մատակարարի կողմից բուժօգնություն ստանալու համար բժշկական անհրաժեշտության որոշումն ավարտելուց հետո: Այս իրավիճակում մենք կփոխհատուցենք բուժօգնությունն անվճար: Ոչ-ցանցային մատակարարին այցելելու համար հավանություն ստանալու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկության համար, տե՛ս Հատված D, էջ 34:
- Պլանը փոխհատուցում է երիկամների դիալիզի ծառայությունները, երբ դուք կարճ ժամանակով գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքից դուրս: Դուք կարող եք ստանալ այդ ծառայությունները Medicare-ի կողմից արտոնագրված դիալիզի հաստատությունից:
- Երբ դուք առաջին անգամ եք միանում պլանին, դուք կարող եք հարցնել մեզ, որպեսզի կարողանաք շարունակել այցելել ձեր ներկայիս մատակարարին: Որոշակի բացառություններով, մեզնից պահանջվում է հաստատել այդ հայցը, եթե դուք կարող եք ներկայացնել առկա կապը մատակարարների հետ (տե՛ս Գլուխ 1-ը, էջ 9)։ Եթե մենք հաստատում եք ձեր պահանջն, ապա դուք մինչև 12 ամիս կարող եք շարունակել ծառայությունների համար այցելել այն մատակարարներին, որոնց դուք այժմ այցելում եք։ Այդ ժամանակահատվածում ձեր գործերի կառավարիչը կապ կհաստատի ձեզ հետ, օգնելու՝ գտնել մատակարարներ մեր ցանցում, որոնք կապված են ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) բժշկական խմբի հետ։ 12 ամիս հետո մենք այլևս չենք փոխհատուցի ձեր բուժսպասարկումը, եթե դուք շարունակեք այցելել այն մատակարարներին, որոնք մեր ցանցում չեն և կապված չեն ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) բժշկական խմբի հետ։

C. Տեղեկատվություն ձեր գործերի կառավարիչի մասին

C1. Ով է գործերի կառավարիչը

- Molina Dual Options-ի գործերի կառավարիչը՝ ձեր կոնտակտային գլխավոր անձն է: Այդ անձը օգնում է համակարգել բուժսպասարկումը և կառավարել ձեր ծառայությունները՝ համոզված լինելու, որ դուք ստանում եք ձեզ անհրաժեշտ բուժումը:
- Molina Dual Options-ի գործերի կառավարիչը ձեզ համար հանդիսանում է գլխավոր անձ, ում դուք կարող եք դիմել ձեր խնամքի հետ կապված հարցերում օգնելու նպատակով, եթե անհրաժեշտ է։ Այդ անձը օգնում է համակարգել բուժսպասարկումը և կառավարել ձեր ծառայությունները՝ համոզված լինելու, որ դուք ստանում եք ձեզ անհրաժեշտ բուժումը:

C2. Ինչպես կարող եմ կապվել գործերի կառավարիչի հետ

- Եթե ցանկանում եք կապվել ձեր գործերի կառավարչի հետ, խնդրում ենք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է: TTY՝ 711: Կամ այցելեք www. MolinaHealthcare.com/Duals:

C3. Ինչպես կարող եք փոխել ձեր գործերի կառավարիչին

- Մասնակիցը և/կամ խնամատարը, անհրաժեշտության դեպքում, կարող է պահանջել նշանակված գործերի կառավարիչի փոփոխմանը՝ զանգահարելով գործերի կառավարիչին կամ Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Ելնելով մասնակցի կարիքներից (մշակութային/լեզվական/ֆիզիկական/հոգեկան առողջության) կամ գտնվելու վայրից, Molina Dual Options Healthcare-ի ծառայությունների անձնակազմը կարող է փոխել մասնակցին նշանակված գործերի կառավարիչին:

D. Բուժօգնություն առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարների, մասնագետների, այլ ցանցային բուժսպասարկման մատակարարների և ոչ-ցանցային բուժսպասարկման մատակարարների կողմից

D1. Բուժօգնություն առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարների (PCP) կողմից

Դուք պետք է ընտրեք առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարին (PCP), որը կապահովի և կկառավարի ձեր բուժօգնությունը: Մեր պլանի առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարները փոխկապակցված են բժշկական խմբերի հետ: Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարն ընտրելով՝ դուք ընտրում եք նաև փոխկապակցված բժշկակամ խումբը:

«PCP» սահմանումը, և ինչ է անում PCP-ն ձեզ համար

Առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարար (PCP) հանդիսանում է բժիշկ, բարձր որակավորմամբ բուժքույր կամ այլ բուժաշխատող և/կամ առողջապահական հաստատություն կամ կլինիկա (Դաշնային հատուկ մասնագիտացված բժշկական կենտրոններ՝ Federally Qualified Health Centers, FQHC), որը տրամադրում է ձեզ ստանդարտ առողջապահական ծառայություններ: Molina Dual Options-ը պահպանում է նեղ մասնագիտացված մատակարարների ցանցը իր մասնակիցներին բուժսպասարկում տրամադրելու նպատակով: Molina Dual Options-ի առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարից ուղեգրերը պահանջվում են, որպեսզի մասնակիցը ստանա նեղ մասնագիտացված ծառայություններ. այնուամենայնիվ, որևէ նախնական թույլտվություն չի պահանջվում: Մասնակիցներին թույլատրվում է ունենալ ուղղակի հասանելիություն կանացի առողջապահության մասնագետի մոտ ստանդարտ և կանխարգելիչ բուժսպասարկման նպատակով առանց տեղեկատվական ծառայությունների: Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը կտրամադրի ձեր բուժօգնության մեծ մասը և կօգնի ձեզ կազմակերպել կամ համաձայնեցնել ապահովագրված ծառայությունների մնացած մասը, որը դուք ստանում եք, որպես մեր Պլանի մասնակից: Այն ներառում է՝

- ձեր ռենտգենի նկարներ
- լաբորատոր ստուգումներ
- բուժումներ
- բուժօգնություն բժիշկ-մասնագետներից
- հոսպիտալացման դեպքեր
- հետագա ամբուլատոր հսկողություն

Ձեր ծառայությունների «համաձայնեցումը» ներառում է ձեր բուժման և դրա ընթացքի վերաբերյալ այլ ցանցային մատակարարների հետ համեմատումը և խորհրդակցելը: Եթե ձեզ հարկավոր են հատուկ տեսակի ապահովագրված ծառայություններ կամ նյութեր, դուք պետք է նախապես ստանաք հավանություն առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարից (PCP) (ինչպես ուղեգրի տրամադրումը ձեզ մասնագետին այցելելու համար): Որոշ դեպքերում ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարին (PCP) հարկավոր կլինի ստանալ նախնական թույլտվություն (նախնական հավանություն) մեզնից: Քանի որ ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարն (PCP) ապահովելու և համաձայնեցնելու է ձեր բուժսպասարկումը, դուք պետք է ուղարկեք ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) գրասենյակ ձեր բոլոր նախկին բժշկական քարտերը:

Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի ընտրությունը

Ձեր կապը ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) հետ շատ կարևոր է: Մենք լրջորեն խորհուրդ ենք տալիս, որ դուք ընտրեք ձեր տանը մոտ գտնվող առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի: Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) մոտակայքում գտնվելը հեշտացնում է բուժօգնություն ստանալը և վստահելի և բաց հարաբերությունների հաստատումը: Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի ամենա վերջին պատճենը ստանալու կամ առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) ընտրության հարցում լրացուցիչ օժանդակություն ստանալու համար, խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ: Եթե գոյություն ունի որևէ հատուկ մասնագետ կամ հիվանդանոց, որից դուք ցանկանում եք օգտվել, ապա սկզբում ճշտեք՝ համոզված լինելու համար, որ ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը (PCP) կարող է ուղեգրել այդ մասնագետի մոտ կամ, որ նա օգտվում է այդ հիվանդանոցից: Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարին (PCP) ընտրելուց հետո մենք առաջարկում ենք, որպեսզի դուք ուղարկեք ձեր բոլոր բժշկական գրառումները նրա գրասենյակ: Սա ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) համար հասանելի կդարձնի ձեր հիվանդությունների զարգացման պատմությունը և նրան հայտնի կդարձնի յուրաքանչյուր հիվանդություն, որ դուք կարող եք ունենալ: Այժմ ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը (PCP) պատասխանատու է ձեր բոլոր ստանդարտ բուժսպասարկման ծառայությունների համար, այսպիսով, նա պետք է լինի այն առաջին անձը, ում դուք կզանգահարեք որևէ գանգատի դեպքում: Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) անունը և գրասենյակի հեռախոսահամարը տպած են ձեր անդամաքարտի վրա:

Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը փոփոխելու տարբերակը

Դուք կարող եք փոխել ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարին (PCP) ցանկացած պատճառով, ցանկացած պահի: Բացի այդ, ձեր առաջնային օղակի բուժօգնության մատակարարը (PCP) հնարավոր է դուրս գա մեր պլանի ցանցը: Եթե ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը (PCP) դուրս է գալիս մեր պլանի ցանցից, մենք կարող ենք օգնել ձեզ մեր պլանի ներսում գտնվող նոր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարար (PCP) գտնելու հարցում:

Հիշեք, որ մեր պլանի առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարները (PCP) փոխկապակցված են բժշկական խմբերի հետ: Եթե դուք փոխում եք ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարին (PCP), ապա կարող եք նաև փոխել բժշկական խմբերը: Փոփոխության համար դիմելու դեպքում անպայման այդ մասին տեղեկացրեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին անկախ նրանից, արդյոք դիմում եք մասնագետի, թե ստանում եք այլ ապահովագրված ծառայություններ, որոնց համար պահանջում է առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի թույլտվություն: Մասնակիցների սպասարկման բաժինը կօգնի համոզված

լինելու, որ առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարար (PCP) փոխելու դեպքում դուք կարող եք շարունակել ստանալ ձեր մասնագիտացված բուժօգնությունը և օգտվել այլ ծառայություններից:

Դուք կարող եք փոխել ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարին (PCP) յուրաքանչյուր պահի: Շատ դեպքերում, փոփոխությունները կգործեն հաջորդ օրացուցային ամսվա առաջին օրը: Կարող են լինել բացառություններ, եթե դուք ներկայումս ստանում եք բուժում՝ ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) փոփոխման պահանջի ժամանակ: Դուք կարող եք փոխել ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարին (PCP) ձեր անձնական վեբ կայքում՝ www.mymolina.com կամ կարող եք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ մեր Molina Healthcare ցանկացած մատակարարների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու և խնդրել կատարել առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) փոփոխությունը: Որոշ մատակարարների ծառայություններից օգտվելու համար ձեզ հարկավոր կլինի ուղեգիր ձեր առաջնային օղակի բուժօգնության մատակարարից (PCP) (բացառությամբ սպասարկման տարածքից դուրս տեղի ունեցած արտակարգ և շտապ բուժօգնության ծառայություններից):

Ծառայություններ, որ դուք կարող եք ստանալ առանց սկզբում ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարից (PCP) նախնական հավանություն ստանալու:

Դեպքերի մեծամասնությունում ձեզ հարկավոր կլինի հավանություն ստանալ ձեր առաջնային օղակի բուժօգնության մատակարարից (PCP) նախքան այլ մատակարարների այցելելը: Այս հավանությունը կոչվում է **ուղեգիր:** Դուք կարող եք ստանալ այնպիսի ծառայություններ, ինչպիսիք ներկայացված են ստորև, առանց ձեր առաջնային օղակի բուժօգնության մատակարարից (PCP) նախնական հավանություն ստանալը՝

- Արտակարգ բուժօգնության ծառայություններ ցանցային կամ ոչ-ցանցային մատակարարներից:
- Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն ցանցային մատակարարներից:
- Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն ոչ-ցանցային մատակարարներից, երբ դուք չեք կարող հասնել ցանցային մատակարարի մոտ (օրինակ, երբ դուք գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքից դուրս):
- Երիկամների դիալիզի ծառայություններ, որոնք դուք ստանում եք Medicare-ի կողմից արտոնագրված դիալիզի հաստատությունից, երբ գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքից դուրս: (Խնդրում ենք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին նախքան սպասարկման տարածքից դուրս գալը: Մենք կարող ենք օգնել ձեզ ստանալ դիալիզի ծառայություններ ձեր բացակայության ընթացքում:)
- Պատվաստումներ գրիպի դեմ, հեպատիտ Բ-ի պատվաստումներ և թոքաբորբի պատվաստումներ այնքան ժամանակ, որքան ստանում եք դրանք ցանցային մատակարարից:
- Կանանց ստանդարտ առողջապահական և ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ: Սա ներառում է կրծքագեղձի հետազոտումներ, մամոգրաֆիկ սկանավորում (կրծքի ռենտգենագրում), ցիտոլոգիական քսուք և գինեկոլոգիական հետազոտում այնքան ժամանակ, որքան դուք ստանում եք դրանք ցանցային մատակարարից:
- Ի լրումն, եթե դուք իրավունք ունեք ստանալ ծառայություններ հնդկական բուժսպասարկման մատակարարներից, ապա դուք կարող եք այցելել այդ մատակարարներին առանց ուղեգրի:

- Բուժքույր-մանկաբարձի ծառայություններ, ընտանիքի պլանավորում, HIV թեստավորում և խորհրդատվություն, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների բուժում (Sexually Transmitted Diseases, STD-ներ)

D2. Բուժօգնություն մասնագետների և այլ ցանցային մատակարարների կողմից

Մասնագետը՝ դա բժիշկ է, որը բուժօգնություն է տրամադրում հատուկ հիվանդության դեմ կամ մարմնի որևէ մասի համար: Գոյություն ունեն մասնագետների մի քանի տեսակներ: Ահա մի քանի օրինակ՝

- Ուռուցքաբանի բուժօգնություն քաղցկեղ ունեցող հիվանդների համար:
- Սրտաբանի բուժօգնություն սրտային խնդիրներով հիվանդների համար:
- Օրթոպեդի բուժօգնություն ոսկրային, հոդային կամ մկանային խնդիրներով հիվանդների համար:
- Որպես մասնակից դուք սահմանափակված չեք հատուկ մասնագետների ընտրության հարցում: Molina Dual Options-ը պահպանում է նեղ մասնագիտացված մատակարարների ցանցը իր մասնակիցներին բուժսպասարկում տրամադրելու նպատակով: Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարից (PCP) ուղեգրերը կարող են պահանջվել նեղ մասնագիտական ծառայություններ ստանալու համար, մասնակիցներին թույլատրվում է ունենալ ուղղակի հասանելիություն կանացի առողջապահության մասնագետի մոտ ստանդարտ և կանխարգելիչ բուժսպասարկման նպատակով առանց ուղեգրի: Որոշ ծառայությունների համար ձեզնից հնարավոր է պահանջվի ստանալ նախնական թույլտվություն: Ձեր PCP-ն կարող է պահանջել նախնական թույլտվություն Molina Healthcare-ի Կիրառման կառավարման դեպարտամենտից հեռախոսի, ֆաքսի կամ փոստի միջոցով՝ ելնելով պահանջվող ծառայության հրատապությունից:
- Խնդրում ենք ծանոթանալ Գլուխ 4-ում ներկայացված Նպաստների աղյուսակին՝ տեղեկանալու, ո՞ր ծառայություններն են պահանջում նախնական թույլտվություն:

D3. Ինչ անել, եթե մատակարարը դուրս է գալիս մեր պլանից

Ձեր ցանցային մատակարարը կարող է դուրս գալ մեր պլանից: Այդ դեպքում դուք պետք է նոր մատակարար ընտրեք: Այն պետք է Molina Dual Options ցանցի անդամ լինի: Դուք կունենաք ժամանակ՝ նոր մատակարարից խնամք ստանալու ձևակերպումներ անելու համար: Եթե ձեր PCP-ը դուրս գա Molina Dual Options ցանցից, մենք կտեղեկացնենք ձեզ: Մենք կօգնենք տեղափոխվել նոր PCP, որպեսզի դուք շարունակեք օգտվել ծառայություններից, եթե.

- Դուք ունեք ծանր հիվանդության կամ առողջական այլ լուրջ խնդրի կամ խափանման հետևանքով առաջացած ծանր քրոնիկ հիվանդություն, որը.
  - Պահպանվում է առանց խնամքի կամ վատթարանում է ժամանակի ընթացքում, կամ
  - Պահանջում է շարունակական բուժում՝ ռեմիսիան պահպանելու կամ հիվանդության վատթարացումից խուսափելու համար:

Եթե դուք ունեք ծանր քրոնիկ հիվանդություն, դուք կարող եք մինչև 12 ամիս այցելել նույն բժշկի մոտ կամ հիվանդանոցը և համապատասխան խնամք ստանալ:

- Դուք ունեք սուր հիվանդություն՝ առողջական վիճակ, որն արագ է սկսվում և պահանջում է անհապաղ միջամտություն: Սուր հիվանդությունը, սովորաբար, ծանր քրոնիկ հիվանդությունից կարճ է տևում: Այս դեպքում դուք կարող եք այցելել նույն բժշկի մոտ կամ հիվանդանոցը սուր հիվանդության տևողության ընթացքում:

- Ձեր երեխան նորածին է կամ նրա 36 ամիսը չի լրացել: Ձեր երեխան կարող է մինչև 12 ամիս այցելել նույն բժշկի մոտ կամ հիվանդանոցը:
- Դուք անբուժելի հիվանդություն ունեք: Եթե դուք ունեք անբուժելի հիվանդություն, դուք կարող եք այցելել նույն բժշկի մոտ կամ հիվանդանոցը հիվանդության ողջ ընթացքում:
- Դուք ներկայացնում եք ձեր բժշկի կողմից «մայրական հոգեկան առողջության վիճակի» վերաբերյալ փաստաթուղթ: «Մայրական հոգեկան առողջության վիճակը» նշանակում է այնպիսի հոգեկան վիճակ, որը կարող է ազդել կնոջ վրա հղիության ընթացքում, ծննդաբերությունից առաջ կամ անմիջապես հետո, կամ ծննդաբերությունից մեկ տարվա ընթացքում: Եթե դուք ունեք «մայրական հոգեկան առողջության վիճակ», դուք կարող եք այցելել նույն բժշկի մոտ կամ հիվանդանոցը ախտորոշման պահից մինչև 12 ամիս կամ մինչև հղիության ավարտը (կախված նրանից, թե ինչ կլինի ավելի ուշ):
- Դուք ստացել եք վիրահատության կամ որևէ այլ բուժգործողության հաստատում, որը պետք է իրականացվի 180 օրվա ընթացքում այն պահից, եթե ձեր բժիշկը կամ մատակարարը դադարել են լինել Molina Healthcare ցանցի անդամ, կամ Molina Healthcare ցանցում ընդգրկվելուց 180 օրվա ընթացքում:

Եթե ձեր մատակարարը դուրս է գալիս ցանցից, սակայն մնում է սպասարկման գոտում, և ձեզ մոտ ախտորոշվել է «մայրական հոգեկան առողջության վիճակ», դուք դարձյալ կարող եք օգնություն ստանալ: Դուք դարձյալ կարող եք օգտվել ծառայություններից ախտորոշման պահից 12 ամսվա ընթացքում կամ մինչև հղիության ավարտը (կախված նրանից, թե ինչ կլինի ավելի ուշ):

D4. Ինչպե՞ս ստանալ բուժօգնություն ոչ-ցանցային մատակարարներից

Եթե ձեզ բուժօգնություն է հարկավոր, որը պետք է փոխհատուցվի մեր պլանի կողմից, և մեր ցանցի մատակարարները չեն կարող տրամադրել այդ բուժօգնությունը, ներառյալ երկարատև խնամքի ծառայությունները և օժանդակությունը, ապա դուք կարող եք ստանալ այդ բուժօգնությունը ոչ-ցանցային մատակարարից: Ոչ-ցանցային ծառայությունները պահանջում են նախնական թույլտվություն: Դուք կամ ձեր մատակարարը կարող եք դիմել այդ նախնական թույլտվությունը ստանալու համար: Աջակցության համար խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Եթե դուք ստանում եք ստանդարտ առողջապահական ծառայություններ ոչ-ցանցային մատակարարների կողմից առանց նախնական թույլտվության, ոչ Medicare-ը/Medicaid-ը, ոչ էլ Պլանը պատասխանատվություն չեն կրի ծախսերի համար: Եթե դուք գնաք ոչ-ցանցային մատակարարի մոտ, այդ մատակարարը պետք է Medicare-ում և/կամ Medi-Cal-ում մասնակցելու իրավունք ունենա:

- Մենք չենք կարող վճարել այն մատակարարին, որ Medicare-ում և/կամ Medi-Cal-ում մասնակցելու իրավունք չունի:
- Եթե դուք գնաք այնպիսի մատակարարի մոտ, ով Medicare-ում մասնակցելու իրավունք չունի, դուք պետք է վճարեք ձեր ստացած ծառայությունների ամբողջ արժեքը:
- Մատակարարները պետք է հայտնեն ձեզ, արդյո՞ք նրանք իրավունք ունեն մասնակցելու Medicare-ում:

E. Ինչպես ստանալ երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայություններ (LTSS)

Երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունները (LTSS) բաղկացած են Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ (CBAS) ծրագրից,

Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագրից (MSSP) և Բուժքույրական խնամքի հաստատություններից (NF): Ծառայությունները կարող են մատուցվել ձեր տանը, համայնքում կամ բուժհաստատությունում: Երկարատև խնամքի և օժանդակման ծառայությունների տարբեր տեսակներ նկարագրված են ստորև՝

- **Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ (CBAS)**՝ Ամբուլատոր, հիվանդանոցային սպասարկման ծրագիրը, որը մատուցում է որակավորված բուժքույրական խնամք, սոցիալական ապահովության ծառայություններ, մասնագիտական հիվանդությունների և խոսելախանգարման բուժումներ, անձնական խնամք, ընտանիքի անդամի/խնամատարի ուսուցում և օժանդակություն, սնվելու ծառայություններ, փոխադրում և այլ ծառայություններ, եթե դուք համապատասխանում եք ընտրվելու իրավունքի գործող չափանիշներին:
- **Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP)**՝ California-ի հատուկ ծրագիր, որը Տանը կամ համայնքի տարածքում ծառայություններ (Home and Community-Based Services, HCBS) է մատուցում խոցելի տարեց մասնակիցներին, ովքեր վկայագրված են խնամքի հաստատությունում տեղակայվելու համար, սակայն ցանկանում են մնալ համայնքում:
  - Medi-Cal-ի իրավունակություն և հաշմանդամություն ունեցող անհատներն, ովքեր 65 տարեկան են կամ ավելի բարձր, կարող են որակավորվել այս ծրագրի համար: Ծրագիրն այլընտրանք է խնամքի հաստատությունում տեղակայմանը:
  - MSSP ծառայությունները կարող են այդ թվում ներառել՝ Մեծահասակների ցերեկային խնամքի/աջակցության կենտրոն, բնակարանային աջակցություն, ինչպիսիք են՝ ֆիզիկական հարմարվողականության և օժանդակ սարքերի, գործերի և անհատական խնամքի աջակցության, պաշտպանական վերահսկողության, խնամքի կառավարման, և այլ տեսակի ծառայություններ:
- **Բուժքույրական խնամքի հաստատություն (NF)**՝ Հաստատություն, որը խնամք է տրամադրում այն մարդկանց, ովքեր չեն կարող ապահով կերպով մնալ տանը, բայց և կարիք էլ չունեն մնալու հիվանդանոցում:

Ձեր գործերի կառավարիչը կօգնի ձեզ հասկանալ յուրաքանչյուր ծրագիր: Այս ծրագրերից յուրաքանչյուրի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, խնդրում ենք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

F. Ինչպե՞ս ստանալ հոգեկան առողջության (հոգեկան առողջություն և թմրանյութերի օգտագործման հետևանքով առաջացած խանգարում) ծառայություններ

Ձեզ հասանելի կլինեն Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ վարքագծային առողջության ծառայությունները: Molina Dual Options-ը հասանելիություն է տրամադրում Medicare-ի կողմից ապահովագրված վարքագծային առողջության ծառայություններին: Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված վարքագծային առողջության ծառայությունները չեն տրամադրվում Molina Dual Options-ի կողմից, բայց հասանելի են Molina Dual Options-ի ընտրվելու իրավունք ունեցող մասնակիցների համար Los Angeles վարչաշրջանի հոգեկան առողջության դեպարտամենտի (Department of Mental Health) միջոցով:

F1. Medi-Cal-ի վարքագծային առողջության ո՞ր ծառայություններն են սպասարկվում Molina Dual Options-ից դուրս, Los Angeles վարչաշրջանի հոգեկան առողջության վարչության միջոցով:

Medi-Cal-ի նեղ մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայությունները հասանելի են ձեզ համար վարչաշրջանի հոգեկան առողջության բժշկական ապահովագրության պլանի (MHP) միջոցով, եթե դուք համապատասխանում եք Medi-Cal-ի նեղ մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայությունների բժշկական անհրաժեշտ չափանիշներին: Medi-Cal-ի նեղ մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են Los Angeles վարչաշրջանի հոգեկան առողջության դեպարտամենտի միջոցով ներառում է՝

- Հոգեկան առողջության ծառայություններ (գնահատում, բուժում, վերականգնում, անուղղակի և պլանի մշակում)
- Դեղամիջոցային աջակցության ծառայություններ
- Ցերեկային ինտենսիվ բուժում
- Ցերեկային վերականգնում
- Ճգնաժամային միջամտություն
- Ճգնաժամի կայունացում
- Մեծահասակների ստացիոնար բուժման ծառայություններ
- Ճգնաժամի ստացիոնար բուժման ծառայություններ
- Հոգեբուժական հաստատության ծառայություններ
- Հոգեբուժական ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ
- Գործերի նպատակակետային կառավարում

Drug Medi-Cal-ի ծառայությունները հասանելի են ձեզ համար Los Angeles վարչաշրջանի հոգեկան առողջության դեպարտամենտի միջոցով, եթե դուք համապատասխանում եք Drug Medi-Cal-ի բժշկական անհրաժեշտ չափանիշներին: Los Angeles վարչաշրջանի հոգեկան առողջության դեպարտամենտի կողմից տրամադրվող Drug Medi-Cal-ի ծառայությունները *ներառում են*՝

- Ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- Ստացիոնար բուժման ծառայություններ
- Ամբուլատոր անվճար դեղի ծառայություններ
- Թմրանյութային կախման բուժման ծառայություններ
- Նալտրեքսոնի (naltrexone) ծառայություններ ափիոնային կախման համար

Ի լրումն Drug Medi-Cal-ի վերոնշյալ ծառայությունների, ձեզ հասանելի կլինեն կամավոր ստացիոնար թունազերծման ծառայությունները, եթե դուք համապատասխանեք բժշկական անհրաժեշտ չափանիշներին:

Molina Dual Options-ը ապահովում է բազմաթիվ հոգեկան առողջության և թմրանյութային կախումից բուժօգնության մատակարարների հասանելիություն: Մատակարարների ցանկը տեղադրված է Molina Dual Option-ի մասնակիցների վեբ կայքում կամ կարող եք դրանց ծանոթանալ՝ զանգահարելով Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Մատակարարների

և դեղատների տեղեկատուի ամենա վերջին պատճենը ստանալու կամ վարքագծային բուժսպասարկման մատակարարի ընտրության հարցում լրացուցիչ օժանդակություն ստանալու համար, խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Որոշ ծառայությունների համար ձեզնից հնարավոր է պահանջվի ստանալ նախնական թույլտվություն: Դուք կամ ձեր վարքագծային բուժսպասարկման մատակարարը, կամ ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը՝ (PCP) ելնելով պահանջվող ծառայության հրատապությունից, կարող եք պահանջել նախնական թույլտվություն Molina Healthcare-ի Կիրառման կառավարման դեպարտամենտից (Utilization Management Department) հեռախոսի, ֆաքսի կամ փոստի միջոցով:

Խնդրում ենք ծանոթանալ Գլուխ 4-ում ներկայացված Նպաստների աղյուսակին՝ տեղեկանալու, ո՞ր ծառայություններն են պահանջում նախնական թույլտվություն: Բուժսպասարկումը պետք է որոշվի որպես անհրաժեշտ: Ասելով անհրաժեշտ՝ մենք նկատի ունենք, որ ձեզ հարկավոր են ծառայությունները՝ կանխարգելելու, ախտորոշելու կամ բուժելու ձեր հիվանդությունը կամ պահպանելու ձեր ներկայիս հոգեկան առողջության կարգավիճակը: Սա ներառում է բուժօգնություն, որի շնորհիվ դուք հնարավորություն եք ունենում չգնալ հիվանդանոց կամ բուժքույրական խնամքի տներ: Այն նաև ենթադրում է, որ ծառայությունները, նյութերը կամ դեղերը համապատասխանում են հոգեկան առողջության և բժշկական պրակտիկայի ստանդարտներին:

Եթե դուք ստանում եք ծառայություններ կամ ձեզ հարկավոր է ստանալ Medi-Cal-ի նեղ մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններ կամ դեղանյութերի ծառայություններ, որոնք հասանելի են ձեզ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության բժշկական ապահովագրության պլանի (MHP) միջոցով, Molina-ի գործերի կառավարիչները կարող են օգնել ձեզ ծանոթանալ վարչաշրջանի համապատասխան միջոցներին գնահատում անցկացնելու նպատակով: Դուք կարող եք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին օժանդակություն հայցելու համար: Դուք նաև կարող եք կապվել անմիջապես Վարչաշրջանի գրասենյակի հետ: Տե՛ս Վարչաշրջանի համապատասխան հեռախոսահամարները, որոնք ներկայացված են վերոնշյալ տեղեկության մեջ:

G. Ինչպես ստանալ փոխադրման ծառայություններ

Molina Dual Options- ն առաջարկում է երկկողմանի փոխադրում պլանով հաստատված վայրեր, որտեղ դուք ստանում եք փոխհատուցված ծառայություններ, ինչպիսիք են՝

- Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի բժշկի կամ մատակարարի գրասենյակ
- Կլինիկա կամ հիվանդանոց
- բուժում կամ վարքագծային բուժօգնության նպատակով հանդիպում
- Ձեր ատամնաբույժի կամ ակնաբույժի գրասենյակ

Բացի այդ, դուք կարող եք զանգահարել և պահանջել ուղևորություն դեպի դեղատուն՝ ձեր դեղատոմսը վերցնելու համար, նույնիսկ առանց բժշկական նշանակման: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է վերցնել ձեր դեղատոմսը ձեր մատակարարի գրասենյակից տուն տանող ճանապարհին, ապա խնդրեք ձեր բուժաշխատողին զանգահարել և կանչել դեղատոմսը դեղատուն, որպեսզի այն պատրաստ լինի, երբ հասնեք այնտեղ: Տեղեկացրեք ձեր ուղևորությունն իրականացնող վարորդին տուն վերադառնալիս ձեր դեղատան մոտ կանգառ կատարելու մասին:

Փոխադրումը կազմակերպելու համար կամ հարցեր ունենալու դեպքում զանգահարեք (844) 644-6357: Խնդրում ենք զանգահարել որքան հնարավոր է շուտ և առնվազն յոթանասուներկու (72) ժամ առաջ սովորական հանդիպումից առաջ՝ ձեր ուղևորությունը պատվիրելու համար:

H. Ինչպես ստանալ ապահովագրված ծառայություններ աղետի ժամանակ կամ երբ ձեր մոտ առաջացել է բժշկական տեսակետից անհետաձգելի կամ շտապ բուժօգնության անհրաժեշտություն

H1. Բուժսպասարկում, երբ ձեր մոտ առաջացել է արտակարգ բուժօգնության անհրաժեշտություն

Անհետաձգելի բուժսպասարկման սահմանումը

Անհետաձգելի բուժօգնության անհրաժեշտությունը՝ դա առողջական վիճակ է այնպիսի ախտանշաններով, ինչպես սուր ցավը կամ լուրջ վնասվածքը: Առողջական վիճակն այնքան լուրջ է, որ եթե այն չենթարկվի անմիջական բժշկական միջամտության, դուք կամ յուրաքանչյուր ոք միջին մակարդակի բժշկական գիտելիքներով կարող է ակնկալել, որ այն կհանգեցնի՝

- Ձեր առողջության կամ ձեր չծնված երեխայի համար լուրջ վտանգի, **կամ**
- Մարմնի գործառական լուրջ վնասի, **կամ**
- Մարմնի որևէ օրգանի կամ մասի լուրջ դիսֆունկցիայի, **կամ**
- Աշխատանքում ակտիվ հղի կնոջ պարագայում, երբ՝
  - Բավական ժամանակ չկա ապահով փոխադրելու ձեզ մեկ այլ հիվանդանոց նախքան ծննդաբերությունը:
  - մեկ այլ հիվանդանոց տեղափոխելը կարող է վտանգել ձեր առողջությունը կամ անվտանգությունը կամ ձեր չծնված երեխային:

Ինչ անել, եթե ձեր մոտ առաջանա անհետաձգելի բուժօգնության անհրաժեշտություն

Եթե ձեր մոտ առաջանա անհետաձգելի բուժօգնության անհրաժեշտություն՝

- **Հնարավորինս շուտ օգնություն ստացեք:** Զանգահարեք 911 կամ գնացեք ամենամոտիկ անհետաձգելի բուժօգնության սենյակ կամ հիվանդանոց: Զանգահարեք շտապօգնություն, եթե դրա կարիքն ունեք: Ձեզ հարկավոր **չէ** սկզբում ստանալ ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) հավանությունը կամ ուղեգիրը:
- **Ձեզ անհրաժեշտ անհետաձգելի բուժօգնության մասին տեղեկացրեք մեր պլանը որքան հնարավոր է արագ:** Մենք պետք է հետևենք ձեզ տրամադրվող անհետաձգելի բուժօգնությանը: Դուք կամ որևէ այլ մեկը, սովորաբար 48 ժամվա ընթացքում, պետք է զանգահարեք մեզ և հայտնեք ձեր հետ պատահած անհետաձգելի պատահարի մասին: Այնուամենայնիվ, դուք ստիպված չեք լինի վճարել անհետաձգելի բուժօգնության համար ուշ տեղեկացնելու պատճառով: Դուք կարող եք գտնել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարը ձեր ID անդամաքարտի հետնամասում:

Ապահովագրված ծառայություններն անհետաձգելի բուժսպասարկման դեպքում

Medicare-ը և Medicaid-ը չեն փոխհատուցում անհետաձգելի բուժօգնությունը ԱՄՆ-ի և դրա տարածքներից դուրս՝ բացառությամբ առանձին հատուկ դեպքերի: Մանրամասնությունների համար, կապվեք պլանի հետ:

Դուք կարող եք ստանալ ապահովագրված անհետաձգելի բուժօգնություն ձեզ անհրաժեշտ յուրաքանչյուր պահի ԱՄՆ-ի և դրա տարածքների յուրաքանչյուր վայրում: Եթե ձեզ հարկավոր է շտապօգնություն անհետաձգելի բուժօգնության սենյակ հասնելու համար, մեր պլանը դա փոխհատուցում է: Ավելին իմանալու համար տե՛ս Գլուխ 4-ում ներկայացված Նպաստների աղյուսակը:

- Անհետաձգելի բուժօգնության ավարտից հետո ձեզ հնարավոր է անհրաժեշտ լինի հետագա ամբուլատոր հսկողություն վստահ լինելու համար, որ դուք ապաքինվում եք: Ձեր հետագա ամբուլատոր հսկողությունը կփոխհատուցվի մեր կողմից: Եթե դուք ձեր արտակարգ բուժօգնությունը ստանաք ոչ-ցանցային մատակարարի կողմից, մենք կփորձենք անել այնպես, որ ցանցային մատակարարները հնարավորինս շուտ ստանձնեն ձեր բուժսպասարկումը: Molina Dual Options-ը կփոխհատուցի բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ հետկայունացման ծառայությունները, որոնք մատուցվում են ցանցային կամ ոչ-ցանցային մատակարարի կողմից հետևյալ իրավիճակներից յուրաքանչյուրում՝
- պլանը թույլատրել է նման ծառայությունները
- ծառայությունները իրականացվել են կայունացնելու և պահպանելու մասնակցի առողջական վիճակը

Ինչպես ստանալ անհետաձգելի բուժօգնություն ոչ արտակարգ իրավիճակում

Երբեմն դժվար է պարզել, արդյոք ձեր մոտ առողջապահական կամ վարքագծային անհետաձգելի բուժօգնության անհրաժեշտություն կա: Հնարավոր է, դուք այցելեք անհետաձգելի բուժօգնության սենյակ, և բժիշկն ասի, որ դա իրականում անհետաձգելի օգնության անհրաժեշտություն չէր: Այնքան ժամանակ, քանի դեռ դուք հիմնավորված կերպով կարծում եք, որ ձեր առողջությանը լուրջ վտանգ էր սպառնում, մենք կփոխհատուցենք ձեր բուժսպասարկումը:

Այնուամենայնիվ, նույնիսկ եթե բժիշկն ասի, որ դա անհետաձգելի պատահար չէր, մենք կփոխհատուցենք ձեր լրացուցիչ բուժօգնությունը, եթե՝

- Դուք այցելում եք ցանցային մատակարարի, **կամ**
- Ձեր ստացած լրացուցիչ բուժօգնությունը համարվում է «շտապ անհետաձգելի բուժօգնություն» և դուք հետևում եք այդ բուժօգնությունը ստանալու կանոններին: (Տե՛ս հաջորդ բաժինը:)

H2. Շտապ բժշկական օգնություն

Շտապ բժշկական օգնության սահմանումը

Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնությունը՝ դա այն բուժօգնությունն է, որը դուք ստանում եք անսպասելի հիվանդության, ցավասվածքի կամ առողջական վիճակի դեպքում, որը չի հանդիսանում արտակարգ իրավիճակ, բայց որի համար հարկավոր է անմիջապես բուժօգնություն ցուցաբերել: Օրինակ, ձեր մոտ կարող է լինել առկա հիվանդության անսպասելի սրացում և ձեզ անհրաժեշտ լինի այն բուժել:

Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն, երբ դուք գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքում

Իրավիճակների մեծամասնությունում մենք կփոխհատուցենք շտապ անհրաժեշտ բուժօգնությունը միայն եթե՝

- Դուք ստանում եք այդ բուժօգնությունը ցանցային մատակարարից, **և**
- Դուք հետևում եք այս գլխում նկարագրված այլ կանոններին:

Այնուամենայնիվ, եթե դուք չեք կարող այցելել ցանցային մատակարարի մոտ, մենք կփոխհատուցենք շտապ անհրաժեշտ բուժօգնությունը, որը դուք ստացել եք ոչ-ցանցային մատակարարից:

Երբ ցանցային մատակարարները ժամանակավորապես անհասանելի են կամ անմատչելի, ապա շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն կարելի է ստանալ յուրաքանչյուր հասանելի բուժօգնության

կենտրոնից: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Բուժքույրական խորհրդատվության շուրջօրյա բաժին (888) 275-8750: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով:

Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն, երբ դուք գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքից դուրս

Պլանի սպասարկման տարածքից դուրս գտնվելու դեպքում, հնարավոր է չկարողանաք ստանալ բուժօգնություն ցանցային մատակարարից: Այդ դեպքում մեր պլանը կփոխհատուցի որևէ այլ մատակարարի կողմից ձեր ստացած շտապ անհրաժեշտ բուժօգնությունը:

Մեր պլանը չի փոխհատուցում շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն կամ որևէ այլ բուժօգնություն, որը դուք ստանում եք ԱՄՆ-ից դուրս:

H3. Բուժսպասարկում աղետի դեպքում

Եթե ձեր նահանգի նահանգապետը, ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների Քարտուղարը (U.S. Secretary of Health and Human Services) կամ Միացյալ Նահանգների Նախագահը հայտարարում են աղետի կամ արտակարգ իրավիճակի մասին ձեր աշխարհագրական տարածքում, դուք նույնպես իրավասու եք Molina Dual Options-ի կողմից բուժօգնություն ստանալու:

Հայտարարված աղետի ժամանակ բուժօգնություն ստանալու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ համար, խնդրում ենք այցելել մեր վեբ կայքը՝ www.MolinaHealthcare.com/Duals:

Հայտարարված աղետի ժամանակ, եթե դուք չեք կարող օգտվել ցանցային մատակարարի ծառայություններից, ապա մենք թույլ կտանք ցանցից դուրս մատակարարներից անվճար խնամքի ծառայություն ստանալ: Հայտարարված աղետի ժամանակ ցանցային դեղատնից ձեր դեղերի պաշարները համալրել չկարողանալու դեպքում, կարող եք օգտվել ոչ-ցանցային դեղատներից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, տե՛ս Գլուխ 5:

I. Ինչ անել, եթե ձեզ գանձում են անմիջապես մեր պլանով ապահովագրված ծառայությունների համար

Եթե մատակարարը ձեզ է հաշիվ ուղարկում պլանին ուղարկելու փոխարեն, ապա հաշիվը վճարելու համար դուք պետք է դիմեք մեզ:

Դուք չպետք է ինքներդ վճարեք այդ հաշիվը: Եթե դուք դա անեք, պլանը չի կարողանա ձեզ փոխհատուցել:

Եթե դուք վճարել եք ձեր ապահովագրված ծառայությունների համար կամ դուք ստացել եք հաշիվ ապահովագրված բժշկական ծառայությունների համար, տե՛ս Գլուխ 7-ը և իմացեք ինչպես վարվել:

I1. Ինչ անել, եթե ծառայությունները չեն փոխհատուցվում մեր պլանի կողմից

Molina Dual Options-ը փոխհատուցում է բոլոր ծառայությունները՝

- որոնք բժշկական տեսանկյունից համարվում են անհրաժեշտ, **և**
- որոնց նշված են պլանի Նպաստների աղյուսակում (տե՛ս Գլուխ 4-ը), **և**
- որոնք դուք ստանում եք՝ հետևելով պլանի կանոններին:

Եթե դուք ստանում եք մեր պլանի կողմից չապահովագրված որևէ ծառայություն, **դուք պետք է ինքներդ վճարեք ամբողջ արժեքը:**

Եթե դուք ցանկանում եք իմանալ, արդյոք մենք կվճարենք որևէ բժշկական ծառայության կամ բուժսպասարկման համար, դուք իրավունք ունեք հարցնել մեզ: Դուք նույնպես իրավունք ունեք դիմելու գրավոր նամակով: Եթե մենք ասենք, որ չենք վճարի ձեր ծառայությունների համար, դուք իրավունք ունեք բողոքարկելու մեր որոշումը:

Գլուխ 9-ը բացատրում է ինչ անել, եթե դուք ցանկանում եք, որ մենք փոխհատուցենք բժշկական պարագայի կամ ծառայության համար: Այնտեղ նաև պատմվում է, ինչպես բողոքարկել մեր փոխհատուցման որոշումը: Դուք նաև կարող եք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին բողոքարկման ձեր իրավունքների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

Մենք կվճարենք որոշ ծառայությունների համար մինչև որոշակի սահմանաչափի: Սահմանաչափը գերազանցելու դեպքում, դուք պետք է վճարեք ամբողջական արժեքն այդ տեսակի ծառայությունները լրացուցիչ անգամ ստանալու համար: Զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին, որպեսզի իմանաք, որքան են կազմում սահմանաչափերը և որքանով եք դուք մոտեցել դրանց:

J. Ապահովագրվող առողջապահական ծառայություններ, երբ դուք գտնվում եք կլինիկական հետազոտության ընթացքում

J1. Կլինիկական հետազոտության սահմանումը

Կլինիկական հետազոտությունը (նաև կոչվում է կլինիկական փորձարկում)՝ դա միջոց է, որով բժիշկները փորձարկում են նոր տեսակի բուժօգնությունը կամ դեղերը: Նրանք դիմում են կամավորների օգնել հետազոտության հարցում: Այս կարգի ուսումնասիրությունն օգնում է բժիշկներին որոշել, արդյոք նոր տեսակի բուժօգնությունը կամ դեղը գործում է և արդյոք այն անվտանգ է:

Medicare-ի կամ մեր պլանի կողմից հետազոտությանը, որում դուք ցանկանում եք մասնակցել, հավանություն տալուց հետո, հետազոտության աշխատակազմից ինչ-որ մեկը կկապվի ձեզ հետ: Այդ անձը կպատմի ձեզ հետազոտության մասին և կպարզի, արդյոք դուք հավակնում եք դրանում մասնակցելու: Դուք կարող եք մասնակցել հետազոտությանն այնքան ժամանակ, որքան բավարարեք պահանջվող պայմաններին: Դուք նաև պետք է հասկանաք և ընդունեք, ինչ պետք է դուք անեք հետազոտության համար:

Հետազոտությանը մասնակցելու ընթացքում, կարող եք պահպանել ձեր ապահովագրությունը մեր պլանում: Այդպիսով դուք շարունակում եք ստանալ հետազոտությանը չվերաբերող բուժօգնությունը մեր պլանի կողմից:

Եթե դուք ցանկանում եք մասնակցել Medicare-ի կողից հավանության արժանացած կլինիկական հետազոտությանը, ձեզ հարկավոր *չէ* հավանություն ստանալ մեզնից կամ ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարից: Մատակարարները, որոնք ձեզ բուժօգնություն են տրամադրում որպես հետազոտության մի մաս, պարտադիր *չէ*, որ լինեն ցանցային մատակարարներ:

Ձեզ <u>հարկավոր</u> է տեղյակ պահել մեզ նախքան կլինիկական հետազոտությանը մասնակցելը:

Եթե դուք պլանավորում եք մասնակցել կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության, ապա դուք կամ ձեր գործերի կառավարիչը պետք է դիմեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ ձեր մասնակցության մասին տեղեկացնելու համար:

J2. Ծառայությունների վճարում, երբ դուք գտնվում եք կլինիկական հետազոտության ընթացքում

Կլինիկական հետազորությանը կամավոր մասնակցելու դեպքում, որը հաստատվում է Medicare-ի կողմից, դուք ոչինչ չեք վճարում, քանի որ այդ ծառայությունները փոխհատուցվում են Medicare-ի կողմից, ինչպես նաև չեք վճարում ձեր բուժօգնության հետ կապված ընթացիկ ծախսերը: Medicare-ի կողմից հավանության արժանացած կլինիկական հետազոտությանը միանալուց հետո, փոխհատուցվում են ձեր՝ որպես հետազոտության մասի, ստացած ծառայությունների և պարագաների մեծ մասը: Այն ներառում է՝

- Հիվանդանոցում մնալու և սնվելու վճարը, որը Medicare-ը կվճարեր, նույնիսկ եթե դուք չմասնակցեիք հետազոտությանը:
- Վիրահատություն կամ որևէ այլ բժշկական պրոցեդուրա, որը հանդիսանում է հետազոտության մաս:
- Նոր բուժօգնության յուրաքանչյուր կողմնակի ազդեցության և բարդությունների բուժումը:

Կլինիկական հետազոտությանը կամավոր մասնակցելու դեպքում, որը չի հաստատվել Medicare-ի կողմից, սակայն հաստատվել է մեր պլանի կողմից՝ մենք կվճարենք ցանկացած ծախսեր: Եթե հանդիսանում եք հետազոտության մաս, դուք ստիպված կլինեք վճարել հետազոտությանը մասնակցելու հետ կապված յուրաքանչյուր ծախս, որին Medicare-ը կամ մեր պլանները հավանության **չեն արժանացրել**:

J3. Իմանալ ավելին կլինիկական հետազոտությունների մասին

Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկություն ստանալ կլինիկական հետազոտությանը միանալու վերաբերյալ՝ կարդալով «Medicare և կլինիկական հետազոտություններ»-ը, որը տեղակայված է Medicare-ի կայքում (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf): Դուք կարող եք նաև զանգահարել 24/7 շուրջօրյա հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

K. Ինչպե՞ս են փոխհատուցվում ձեր առողջապահական ծառայությունները, երբ դուք գտնվում եք կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում

K1. Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության սահմանումը

Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունը՝ դա մի վայր է, որը բուժօգնություն է տրամադրում, որը դուք սովորաբար կստանայիք հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում: Եթե բուժօգնություն ստանալը հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում հակասում է ձեր կրոնական դավանանքին, մենք կվճոխհատուցենք կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում ստացած բուժօգնությունը:

Ձեր ընտրությամբ դուք կարող եք ստանալ բուժօգնությունը ցանկացած պահի յուրաքանչյուր պատճառով: Այս նպաստը միայն Medicare-ի Մաս A-ի ստացիոնար ծառայությունների համար է (ոչ բժշկական առողջապահական ծառայություններ): Medicare-ը կվճարի միայն ոչ բժշկական առողջապահական ծառայությունների համար, որոնք մատուցվել են կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունների կողմից:

K2. Բուժսպասարկում կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության կողմից

Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում բուժօգնություն ստանալու համար, դուք պետք է ստորագրեք իրավական փաստաթուղթ, որում գրված է, որ դուք դեմ եք բուժօգնություն ստանալուն, որը «բացառված չէ»:

- «Բացառված չէ» բուժօգնություն է համարվում յուրաքանչյուր խնամք, որը կամավոր բնույթ է կրում և չի պարտադրվում դաշնային, նահանգային կամ տեղական օրենքներով:
- «Բացառված է» բուժօգնություն է համարվում յուրաքանչյուր բուժօգնություն, որը կամավոր բնույթ չի կրում և պարտադրվում է դաշնային, նահանգային կամ տեղական օրենքներով:

Որպեսզի մեր պլանը փոխհատուցի կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում ձեր ստացված բուժօգնությունը, այն պետք է համապատասխանի հետևյալ պայմաններին՝

- Բուժօգնությունը տրամադրող հաստատությունը պետք է արտոնագրված լինի Medicare-ի կողմից:
- Մեր պլանի ծառայությունների ապահովագրական ծածկույթը սահմանափակվում է բուժօգնության ոչ-կրոնական ասպեկտներով:
- Եթե դուք այդ հաստատությունում ստանում եք ծառայություններ, որոնք մատուցվում են ձեզ բուժհաստատությունում, ապա կիրառվում է հետևյալը՝
  - Ձեզ մոտ պետք է լինի այնպիսի առողջական վիճակ, որը թույլ կտա ձեզ ստանալ ապահովագրված ծառայություններ ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնության կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության համար:

Մեր պլանը ներառում է հիվանդանոցում ստացիոնար մնալու անսահմանափակ թվով օրեր: (Տե՛ս Գլուխ 4-ում Նպաստների աղյուսակը):

L. Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME)

L1. Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME)՝ որպես մեր պլանի մասնակցի

Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME) նշանակում է ձեր սեփական տանն օգտագործելու համար մատակարարի կողմից պատվիրված որոշակի պարագաներ: Այդ իրերի օրինակներն են՝ մատակարարի կողմից պատվիրված տնային պայմաններում օգտագործելու նպատակով՝ շարժասայլակներ, հենակներ, փչովի ներքնակներ, պարագաներ շաքարախտի համար, հիվանդանոցային մահճակալներ, ներերակային (IV) ներարկման պոմպեր, խոսքի խթանման սարքեր, թթվածնային սարքավորումներ և պարագաներ, նեբուլայզերներ և քայլակներ:

Դուք միշտ կունենաք ձեր սեփական պարագաները, ինչպես պրոթեզները:

Այս բաժնում մենք քննարկում ենք երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումները (DME), որը դուք պետք է վարձակալեք: Որպես Molina Dual Options-ի մասնակից, դուք, այնուամենայնիվ, չեք դառնա երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորման (DME) սեփականատեր, անկախ այն բանից, որքան ժամանակ եք այն վարձակալում:

Որոշակի իրավիճակներում, մենք կփոխանցենք երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորման սեփականատիրությունը (DME) ձեզ: Զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին և ճշտեք այն պահանջները, որոնց դուք պետք է համապատասխանեք և ինչ փաստաթղթեր է անհրաժեշտ ներկայացնել:

L2. DME սեփականություն, երբ դուք միանում եք Original Medicare-ին կամ Medicare Advantage-ին

Այն անձինք, ովքեր վարձակալում են որոշակի տեսակի երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում Original Medicare ծրագրում, 13 ամիս անց դառնում են նրանց սեփականատերը: Medicare Advantage պլանում կարող է սահմանվել ամիսների քանակ, երբ անձինք պետք է վարձակալեն որոշակի տեսակների երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME), նախքան դրանք կպատկանեն նրանց:

Նշում: Գլուխ 12-ում կարող եք գտնել Original Medicare-ի և Medicare Advantage-ի պլանների սահմանումները: Դուք նաև կարող եք գտնել լրացուցիչ տեղեկություններ դրանց մասին՝ *Medicare-ը և Դուք 2020թ.* ձեռնարկում: Եթե դուք չունեք այս գրքույկի պատճենը, ապա կարող եք այն ստանալ Medicare-ի վեբկայքում՝ (http://www.medicare.gov) կամ զանգահարելով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:

Original Medicare-ի շրջանակում դուք հետևողականորեն պետք է կատարեք , Medicare Advantage պլանով սահմանված 13 վճարում կամ վճարումներ, երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորման (DME) պարագաները սեփականացնելու համար, եթե՝

- Դուք չեք դարձել երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորման (DME) սեփականատեր մեր պլանում գտնվելու ընթացքում, **և**
- Դուք դուրս եք գալիս մեր պլանից և ստանում եք ձեր Medicare-ի նպաստները Original Medicare-ի կամ Medicare Advantage-ի որևէ բժշկական ապահովագրության պլանից դուրս:

Եթե դուք կատարել եք վճարումներ երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորման (DME) պարագայի համար Original Medicare կամ Medicare Advantage պլանների համաձայն, նախքան մեր պլանին միանալը, ապա Original Medicare-ի կամ Medicare Advantage-ի **այդ վճարումները հաշվի չեն առնվում, որպես մեր պլանից դուրս գալուց հետո անհրաժեշտ վճարումներ:**

- Դուք հետևողականորեն պետք է կատարեք 13 նոր վճարում Original Medicare-ի շրջանակում, կամ Medicare Advantage պլանով սահմանված մի շարք նոր վճարումներ՝ երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորման (DME) պարագան սեփականացնելու համար:
- Այս դեպքի համար բացառություններ չկան, երբ դուք վերադառնում եք Original Medicare կամ Medicare Advantage պլան:

Գլուխ 4. Նպաստների աղյուսակ

Ներածություն

Այս գլուխը տեղեկացնում է ձեզ *Molina Dual Options-ի* կողմից ապահովագրված ծառայությունների և այդ ծառայությունների ցանկացած սահմանափակման կամ վերահսկման վերաբերյալ: Այն նաև տեղեկացնում է մեր պլանով չապահովագրված նպաստների մասին: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով կարող եք գտնել *Մասնակցի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Ձեր ապահովագրված ծառայությունները 50

B. Կանոններ, ուղղված ծառայությունների համար գանձում կատարող մատակարարների դեմ 50

C. Մեր պլանի Նպաստների աղյուսակը 50

D. Նպաստների աղյուսակ 52

E. Նպաստներ, որոնք փոխհատուցվում են Molina Dual Options-ից դուրս 93

E1. California-ի համայնքային անցումներ (California Community Transitions, CCT)՝ 93

E2. Medi-Cal-ի ատամնաբուժական ծրագիր 94

E3. Անբուժելի հիվանդների խնամք՝ հոսպիս 94

F. Նպաստներ, որոնք չեն փոխհատուցվում Molina Dual Options-ի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից 95

A. Ձեր ապահովագրված ծառայությունները

Այս գլխում պատմվում է, որ ծառայությունների համար է Molina Dual Options-ը վճարում: Դուք կարող եք նաև տեղեկանալ չապահովագրված ծառայություններից: Դեղերի նպաստների վերաբերյալ տեղեկությունը ներկայացված է Գլուխ 5-ում: Այս գլխում նաև բացատրվում է որոշ ծառայությունների նկատմամբ սահմանափակման մասին:

Քանի որ դուք օժանդակություն եք ստանում Medi-Cal-ից, դուք ոչինչ չեք վճարում ձեր ապահովագրված ծառայությունների համար այնքան ժամանակ, որքան հետևում եք պլանի կանոններին: Պլանի կանոնների մանրամասներին ծանոթանալու համար, տե՛ս Գլուխ 3-ը:

Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն՝ հասկանալու, որ ծառայություններն են փոխհատուցվում, զանգահարեք ձեր գործերի կառավարչին և/կամ Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-20:00 տեղական ժամանակով:

B. Կանոններ, ուղղված ծառայությունների համար գանձում կատարող մատակարարների դեմ

Մենք չենք թույլատրում Molina Dual Options-ի մատակարարներին ձեզնից գումար գանձել ապահովագրված ծառայությունների համար: Մենք վճարում ենք մեր մատակարարներին ուղղակիորեն և զերծ ենք պահում ձեզ որևէ վճարումներից: Սա է իրականությունը նույնիսկ, եթե մենք մատակարարին ավելի քիչ ենք վճարում, քան նա գանձում է ծառայության համար:

Դուք երբեք չպետք է ստանաք մատակարարից հաշիվ ապահովագրված ծառայությունների համար: Եթե վճարում եք, ապա տե՛ս Գլուխ 7-ը կամ զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին:

C. Մեր պլանի Նպաստների աղյուսակը

Նպաստների աղյուսակը պատմում է ձեզ, թե ո՛ր ծառայությունների համար է վճարում պլանը: Այն ցանկով նշում է ծառայությունների կարգերը այբբենական հերթականությամբ և բացատրում ապահովագրված ծառայությունները:

Մենք կվճարենք Նպաստների աղյուսակում նշված ծառայությունների համար միայն, եթե բավարարվեն հետևյալ կանոնները: Դուք ոչինչ չեք վճարում Նպաստների աղյուսակում նշված ծառայությունների համար այնքան ժամանակ, որքան դուք բավարարում եք ստորև նշված փոխհատուցման պայմաններին:

- Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրված ծառայությունները պետք է տրամադրվեն համաձայն Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից սահմանված կանոնների:
- Ծառայությունները (ներառյալ բուժօգնությունը, վարքագծային առողջության և թմրանյութային կախվածությունից բուժման ծառայությունները, երկարատև ծառայությունները և օժանդակությունը, նյութերը, սարքավորումները և դեղերը) պետք է լինեն բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ: Ասելով բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ՝ նկատի է ունեցվում, որ ձեզ հարկավոր են ծառայությունները՝ կանխարգելելու, ախտորոշելու կամ բուժելու հիվանդությունը կամ պահպանելու ձեր ներկայիս առողջական

վիճակը: Սա ներառում է բուժօգնություն, որի շնորհիվ դուք հնարավորություն եք ունենում չգնալ հիվանդանոց կամ բուժքույրական խնամքի տներ: Այն նաև ենթադրում է, որ ծառայությունները, նյութերը կամ դեղերը համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ստանդարտներին: Ծառայությունը բժշական տեսանկյունից անհրաժեշտ է, երբ այն ողջամիտ է և անհրաժեշտ կյանք պահպանելու, հիվանդություն կամ հաշմանդամություն կանխելու, կամ ուժեղ ցավ մեղմելու համար:

- Դուք ստանում եք ձեր բուժօգնությունը ցանցային մատակարարից: Ցանցային մատակարարը՝ դա այն մատակարարն է, ով աշխատում է մեզ հետ: Դեպքերի մեծամասնությունում մենք չենք վճարի ոչ-ցանցային մատակարարից ձեր ստացած բուժօգնության համար: Գլուխ 3-ը պարունակում է ավելի շատ տեղեկություն ցանցային և ոչ-ցանցային մատակարարներից օգտվելու վերաբերյալ:
- Դուք ունեք առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարար (PCP) կամ բժշկական թիմ, որը տրամադրում և կառավարում է ձեր բուժսպասարկումը: Դեպքերի մեծամասնությունում ձեր ցանցային առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը (PCP) պետք է ձեզ տա հավանություն, նախքան դուք կկարողանաք այցելել որևէ մեկին, որը ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը (PCP) չէ կամ օգտվել պլանի ցանցի այլ մատակարարներից: Սրան անվանում են ուղեգիր: Գլուխ 3-ը պարունակում է ավելի շատ տեղեկություն ուղեգրի ստացման վերաբերյալ, ինչպես նաև այն մասին, որ դեպքերում դուք դրա կարիքը չունեք:
- Դուք պետք է ստանաք բուժսպասարկում մատակարարներից, որոնք փոխկապակցված են ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) բժշկական խմբի հետ: Լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել Գլուխ 3-ում:
- Նպաստների աղյուսակի որոշակի ծառայություններից փոխհատուցվում են միայն, եթե ձեր բժիշկը կամ այլ ցանցային մատակարարը նախօրոք մեզնից հավանություն է ստանում: Սա կոչվում է նախնական թույլտվություն: Ապահովագրված ծառայությունները, որոնց համար սկզբում հավանություն է հարկավոր նշված են Նպաստների աղյուսակում աստղանշանով (*): Ի լրումն, դուք սկզբում պետք է հավանություն ստանաք Նպաստների աղյուսակում չնշված հետևյալ ծառայությունների համար՝
  - կոսմետիկ, պլաստիկ և վերականգնողական պրոցեդուրաների համար
  - նյարդահոգեբանական ստուգում և հոգեբանական ստուգում և բուժում
  - հատուկ նշանակության դեղատնային դեղեր
  - հիվանդի ուսումնասիրություններ քնի վիճակում
- Բոլոր կանխարգելիչ ծառայություններն անվճար են: Դուք կտեսնեք այս խնձորը Նպաստների աղյուսակում գտնվող կանխարգելիչ ծառայությունների դիմաց:
- Բժշկական սպասարկման պլանի ծառայությունները (CPO) կարող են հասանելի լինել ձեր անհատական խնամքի ծրագրի ներքո: Այս ծառայությունները ձեզ ավելի շատ օգնություն են տրամադրում տանը, ինչպիսիք են՝ կերակուրները, ձեր կամ ձեր խնամակալի օգնությունը կամ ցնցուղի բռնակները և թեքահարթակները: Այդ ծառայությունները **չեն** փոխարինում երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունները և օժանդակումը (LTSS), որոնք դուք իրավունք

ունեք ստանալու Medi-Cal-ի շրջանակներում: CPO ծառայությունների օրինակները, որոնք անցյալում առաջարկել էր Molina Dual Options-ը ներառում են՝ Անհատական արտակարգ իրավիճակների արձագանքման համակարգ և սնունդ: Եթե օգնության կարիք ունեք կամ կցանկանաք իմանալ, թե CPO-ի ծառայությունները ինչպես կարող են օգնել ձեզ, դիմեք ձեր խնամքի համակարգողին:

D. Նպաստների աղյուսակ

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Որովայնի աորտային անոթալայնանքի սկանավորում Մենք մեկ անգամ կվճարենք ռիսկի գոտում գտնվող մարդկանց ուլտրաձայնային սկանավորման համար: Պլանը փոխհատուցում է սկրինինգը միայն այն դեպքում, եթե դուք ունեք որոշակի ռիսկի գործոններ, և, եթե ունեք ձեր բժշկի, բժիշկի օգնականի, բուժքրոջ կամ կլինիկայի բուժքույր-մասնագետի ուղեգիրը:	$0
	Ասեղնաբուժություն Մենք կվճարենք մինչև երկու ամբուլատոր ասեղնաբուժական ծառայությունների համար ցանկացած մեկ օրացուցային ամսվա ընթացքում, կամ ավելի հաճախ, եթե դրանք բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ են:	$0
	Ալկոհոլի չարաշահման սկանավորում և խորհրդատվություն Մենք կվճարենք այն մեծահասակների ալկոհոլի չարաշահման միանգամյա սկանավորման (SBIRT) համար, որոնք չարաշահում են ալկոհոլը, բայց ալկոհոլային կախվածություն չունեն: Սա ներառում է հղի կանանց: Եթե ալկոհոլի չարաշահման ձեր սկանավորման արդյունքները դրական են, դուք կարող եք ստանալ մինչև չորս կարճատև, դեմ առ դեմ խորհրդատվական սեանս ամեն տարի (եթե դուք ունակ եք և գտնվում եք գիտակից վիճակում խորհրդատվության ընթացքում) որակավորված առաջնային բուժսպասարկման մատակարարի կամ գործող բժշկի կողմից առաջնային բուժսպասարկման հաստատությունում:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Շտապօգնության ծառայություններ* Ապահովագրված շտապօգնության ծառայությունները ներառում են ցամաքային շտապօգնության, ֆիքսված օդային շտապօգնության և օդային (գրեթե ամենուր վայրէջք կատարելու հնարավորությամբ) շտապօգնության ծառայություններ: Շտապօգնությունը կտանի ձեզ ամենամոտ վայրը, որտեղ ձեզ կարող են բուժօգնություն ցուցաբերել: Ձեր առողջական վիճակը պետք է բավականաչափ լուրջ լինի, որպեսզի համարվի, որ դեպի բուժօգնության վայր փոխադրման այլ ձևերը կարող են վտանգել ձեր առողջությունը կամ կյանքը: Շտապօգնության ծառայություններն այլ դեպքերի համար պետք է հաստատվեն մեր կողմից: Այն դեպքերի համար, որոնք արտակարգ դեպք չեն համարվում, մենք կարող ենք վճարել շտապօգնության համար: Ձեր առողջական վիճակը պետք է բավականաչափ լուրջ լինի, որպեսզի համարվի, որ դեպի բուժօգնության վայր փոխադրման այլ ձևերը կարող են վտանգել ձեր կյանքը կամ առողջությունը:	$0
	Տարեկան առողջացման այցելություններ Դուք կարող եք ստանալ տարեկան բազմակողմանի բժշկական հետազոտում Սրա նպատակն է՝ ստեղծել կամ թարմացնել կանխարգելիչ պլանը՝ ելնելով ձեր ներկայիս ռիսկային գործոններից: Մենք կվճարենք դրա համար 12 ամսվա ընթացքում մեկ անգամ	$0
	Դենսիտոմետրիա Մենք կվճարենք հավակնող մասնակիցների (սովորաբար նրանց համար, որոնց մոտ առկա է ոսկրային զանգվածի կորստի կամ օստեոպորոզի վտանգ) որոշակի պրոցեդուրաների համար: Այդ պրոցեդուրաները որոշում են ոսկրային զանգվածը, հայտնաբերում ոսկրային զանգվածի կորուստը կամ պարզում ոսկրի որակը: Մենք կվճարենք այդ ծառայությունների համար 24 ամիսը մեկ կամ ավելի հաճախ, եթե դրանք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են: Մենք նաև կվճարենք բժշկին, որպեսզի նա ուսումնասիրի և մեկնաբանի արդյունքները:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Կրծքի քաղցկեղի սկանավորում (մամոգրամաներ) Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Մեկ սկզբնական մամոգրամ 35-ից 39-ը տարեկան հասակում • Մեկ մամոգրաֆիկ սկանավորում ամեն 12 ամիսը մեկ 40 տարեկան և բարձ տարիքի կանանց համար • Կրծքագեղձի կլինիկական հետազոտում 24 ամիսը մեկ	$0
	Կարդիովերականգնողական (սրտային) ծառայություններ Մենք կվճարենք կարդիովերականգնողական ծառայությունների համար, ինչպես վարժանքները, ուսուցումը և խորհրդատվությունը: Մասնակիցները պետք է բավարարեն որոշակի պայմանների համաձայն բժշկի նշանակման: Մենք նաև կփոխհատուցենք ինտենսիվ կարդիովերականգնողական ծրագրերը, որոնք ավելի ինտենսիվ են, քան կարդիովերականգնողական ծրագրերը:	$0
	Սրտանոթային (սրտային) հիվանդության վտանգի նվազեցման այցելություն (սրտանոթային հիվանդության բուժում) Մենք վճարում ենք տարեկան մեկ անգամ կամ ավելին, եթե անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից, ձեր առաջնային բուժսպասարկման մատակարարի մոտ այցելության համար ձեր սրտանոթային հիվանդության վտանգը նվազեցնելու համար: Ձեր այցելության ժամանակ բժիշկը կարող է՝ • քննարկել ասպիրինի ընդունումը, • ստուգել ձեր արյան ճնշումը և/կամ • Խորհուրդներ տալ ձեզ՝ համոզվելու, որ դուք լավ եք սնվում:	$0
	Սրտանոթային (սրտային) հիվանդության ստուգում Մենք վճարում ենք արյան ստուգման համար, որպեսզի ստուգենք սրտանոթային հիվանդության առկայությունը, հինգ տարին մեկ (60 ամիս): Այդ արյան ստուգումների միջոցով նաև որոշվում են խանգարումները սրտանոթային հիվանդության բարձ վտանգի հետևանքով:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Արգանդի վզիկի և հեշտոցային քաղցկեղի սկանավորում Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Բոլոր կանանց համար՝ ցիտոլոգիական քսուք (արգանդի վզիկից) և գինեկոլոգիական հետազոտում 24 ամիսը մեկ • արգանդի վզիկի կամ հեշտոցի քաղցկեղի բարձր ռիսկի գոտում գտնվող կանանց համար՝ մեկ ցիտոլոգիական քսուք 12 ամիսը մեկ • Այն կանանց համար, որոնց մոտ ցիտոլոգիական քսուքի տվյալները եղել են ոչ նորմալ վերջին 3 տարվա ընթացքում և որոնք որդեծնական տարիքի են՝ մեկ ցիտոլոգիական քսուք 12 ամիսը մեկ	$0
	Խիրոպրակտիկ ծառայություններ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Ողնաշարի ուղղում հոդախախտման շտկման նպատակով	$0
	Հաստ աղիքի և վերջնաղիքի քաղցկեղի սկանավորում 50 տարեկան և բարձր տարիքի մարդկանց համար, մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Ճկուն սիգմոիդոսկոպիա (կամ սկանավորում բարիումի հոգնայով) 48 ամիսը մեկ • Կղանքի ստուգում թաքնված արյան հայտնաբերման նպատակով՝ 12 ամիսը մեկ • Գվայակով կղանքի թաքնված արյան թեստ կամ կղանքի իմունոքիմիական թեստ, յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ • ԴՆԹ-ի վրա հիմնված կոլոռեկտալ հետազոտություն, յուրաքանչյուր 3 տարին մեկ • Կոլոնոսկոպիա յուրաքանչյուր տաս տարին մեկ (բայց ոչ սիգմոիդոսկոպիայի հետազոտման 48 ամիսների ընթացքում) • Կոլոնոսկոպիա (կամ զննում բարիումի հոգնայով) կոլոռեկտալ քաղցկեղի բարձր ռիսկի գոտում գտնվող անձանց համար, յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ (CBAS)* Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայությունը հանդիսանում է ամբուլատոր, հիվանդանոցային սպասարկման ծրագիր, որին մարդիկ այցելում են ըստ ժամանակացույցի: Այն մատուցում է որակավորված բուժքույրական խնամք, սոցիալական ապահովության ծառայություններ, բուժումներ (ներառյալ մասնագիտական հիվանդությունների թերապիա, ֆիզիոթերապիա և խոսելախանգարման թերապիա), անձնական խնամք, ընտանիքի անդամի/խնամատարի ուսուցում և օժանդակություն, սնվելու ծառայություններ, փոխադրում և այլ ծառայություններ: Մենք կվճարենք համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայության (CBAS) համար, եթե դուք համապատասխանեք ընտրվելու իրավունք ստանալու չափանիշներին: **Նշում:** Եթե համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայության (CBAS) հաստատությունը հասանելի չէ, մենք կարող ենք մատուցել այդ ծառայություններն առանձին:	$0
	Ծխելը կամ թութունի օգտագործումը դադարեցնելու խորհրդատվություն Եթե դուք օգտագործում եք ծխախոտ, և չունեք ծխախոտի հետ կապված հիվանդության նշաններ կամ ախտանիշներ, և ցանկանում եք թողնել՝ • Մենք կվճարենք դադարեցման նպատակով երկու փորձի համար 12 ամսվա ընթացքում, որպես կանխարգելիչ ծառայություն: Այս ծառայությունն անվճար է ձեզ համար: Յուրաքանչյուր փորձ ներառում է մինչև չորս խորհրդատվության դեմ առ դեմ այցելություններ: Եթե դուք թութուն եք օգտագործում, և ձեզ մոտ հայտնաբերվել են թութունին առնչվող հիվանդություններ կամ ընդունում եք դեղեր, որոնք կարող են ենթարկվել թութունի ազդեցությանը՝ • Մենք կվճարենք դադարեցման նպատակով խորհրդատվության երկու փորձի համար 12 ամսվա ընթացքում: Յուրաքանչյուր խորհրդատվության փորձ ներառում է մինչև չորս դեմ առ դեմ այցելություն:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Ծխելը կամ թութունի օգտագործումը դադարեցնելու խորհրդատվություն (շարունակությունը) Եթե դուք հղի եք, դուք կարող եք ստանալ ծխելը դադարացնելու անսահմանափակ խորհրդատվություն նախնական թույլտվությամբ:* Պլանը առաջարկում է ծխելը կամ ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու 8 խորհրդատվական հանդիպում, ի լրումս ձեր Medicare-ի նպաստի:	
	Ատամնաբուժական ծառայություններ* Medi-Cal Dental ծրագրի միջոցով հասանելի են որոշակի ատամնաբուժական ծառայություններ, այդ թվում, ատամների մաքրում, պլոմբավորում և պրոթեզավորում: Նպաստների մասին լրացուցիչ տեղեկութկյունների համար, տե՛ս Բաժին F:	$0
	Ընկճախտի ստուգում Մենք կվճարենք ընկճախտի մեկ ստուգման համար յուրաքանչյուր տարի: Ստուգումը պետք է անցկացվի առաջնային բուժօգնության հաստատությունում, որը կարող է իրականացնել ամբուլատոր բուժում և ուղեգրում:	$0
	Շաքարախտի ստուգում Մենք կվճարենք այս ստուգման համար (ներառում է գլյուկոզայի արագ ստուգում), եթե ձեզ մոտ առկա է ներքոնշյալ ռիսկային գործոններից մեկը՝ • Բարձր արյան ճնշում (գերլարվածություն) • Խոլեստերինի և տրիգլիցերիդների անոմալ մակարդակի պատմություն (դիսլիպիդեմիա) • Ճարպակալում • Արյան մեջ շաքարի բարձր պարունակության պատմություն (գլյուկոզա) Ստուգումները կարող են փոխհատուցվել որոշ այլ դեպքերում, ինչպես եթե դուք ունենայիք քաշի ավելցուկ և շաքարախտի ընտանեկան պատմություն: Կախված ստուգման արդյունքներից՝ դուք կարող եք հավակնել շաքարախտի մինչև երկու ստուգման յուրաքանչյուր 12 ամսվա ընթացքում:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Շաքարախտի ինքնակառավարման ուսուցում, ծառայությունների և նյութեր Մենք կվճարենք այն բոլոր մարդկանց հետևյալ ծառայությունների համար, ովքեր շաքարախտ ունեն (անկախ այն բանից օգտագործում են նրանք ինսուլին, թե ոչ)*՝ • Պարագաներ, որոնց միջոցով հնարավոր է վերահսկել գլյուկոզայի պարունակությունը ձեր արյան մեջ՝ ներառյալ հետևյալը՝ • Արյան գլյուկոզայի ցուցասարք • Արյան գլյուկոզայի ստուգիչ ժապավեններ • Նշտար սարքեր և նշտարներ • Գլյուկոզայի վերահսկման լուծույթներ ստուգիչ ժապավենների և ցուցասարքերի ճշգրտությունը ստուգելու համար • Մենք փոխհատուցում ենք հաստատված արտադրողների կողմից շաքարախտային պարագաներն առանց նախնական թույլտվության: Այլ արտադրողների արտադրանքը կփոխհատուցվի մեզնից նախնական թույլտվություն ստանալու դեպքում: • Այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն ոտքերի սուր շաքարախտային հիվանդություն, մենք կվճարենք հետևյալի համար*՝ ◦ Մեկ զույգ թերապևտիկ անհատական պատվերով պատրաստած կոշիկներ (ներդիրները ներառյալ), ներառյալ հարմարեցումը և ներդիրների երկու լրացուցիչ զույգ յուրաքանչյուր օրացուցային տարին, **կամ** ◦ Մեկ զույգ խորը կոշիկ, ներառյալ հարմարեցումը և երեք զույգ ներդիր յուրաքանչյուր տարի (չներառելով սովորական փոխարինելի ներդիրները, որոնք տրամադրվում են նման կոշիկների հետ) • Մենք կվճարենք ուսուցման համար, որը որոշ դեպքերում կօգնի ձեզ կառավարել ձեր շաքարախտը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, կապվեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME) և առնչվող պարագաներ («Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում»t (DME) սահմանման համար տե՛ս այս ձեռնարկի Գլուխ 12-ը:) Փոխհատուցվում են հետևյալ պարագաները՝ • Հաշմանդամների սայլակներ • Հենակներ • Ներքնակների համակարգեր • Չոր ճնշման պահոց ներքնակի համար • Պարագաներ շաքարախտով հիվանդների համար • Հիվանդանոցային անկողին, պատվիրված մատակարարի կողմից տան օգտագործման համար • Ներերակային (IV) ներարկման պոմպեր և ձող • Սնուցման զոնդ և պարագաներ • Խոսքի արտադրման սարքեր • Թթվածնի սարքավորում և պարագաներ • Փոշիացնողներ • Ճոպիկներ • Ստանդարտների կոր բռնակ կամ քառանկյուն և փոխարինող նյութեր • Վզի ձգում (դռան վրա) • Ոսկորի աճի խթանիչներ • Դիալիզի խնամքի սարքավորումներ Այլ պարագաներ, որոնք կարող են փոխհատուցվել: Մենք կվճարենք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ երկարատև օգտագործման բոլոր սարքավորումների (DME) համար, որոնց համար սովորաբար վճարում են Medicare-ը և Medi-Cal-ը: Եթե մեր տարածքում ձեր մատակարարը չի ունենա որոշակի ապրանքանիշ կամ արտադրող, ապա կարող եք հարցնել նրանց, թե արդյոք նրանք կարող են հատուկ պատվիրել այն ձեզ համար:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Արտակարգ բուժօգնություն Արտակարգ բուժօգնություն՝ նշանակում է ծառայություններ, որոնք՝ • Տրամադրվում են մատակարարի կողմից, ով նախապատրաստված է անհետաձգելի բուժսպասարկում մատուցել, **և** • Անհրաժեշտ են արտակարգ պատահարի հետևանքով առաջացած հիվանդությունը բուժելու համար: Անհետաձգելի բուժօգնության անհրաժեշտությունը՝ դա առողջական վիճակ է, որն ուղեկցվում է սուր ցավով կամ լուրջ վնասվածքով: Առողջական վիճակն այնքան լուրջ է, որ եթե այն չենթարկվի անմիջական բժշկական միջամտության, դուք կամ յուրաքանչյուր ոք միջին մակարդակի բժշկական գիտելիքներով կարող է ակնկալել, որ այն կհանգեցնի՝ • Ձեր առողջության կամ ձեր չծնված երեխայի համար լուրջ վտանգի, **կամ** • Մարմնի գործառական լուրջ վնասի, **կամ** • Մարմնի որևէ օրգանի կամ մասի լուրջ դիսֆունկցիայի, **կամ** • Աշխատանքում ակտիվ հղի կնոջ պարագայում, երբ՝ ◦ Բավական ժամանակ չկա ապահով փոխադրելու ձեզ մեկ այլ հիվանդանոց նախքան ծննդաբերությունը: ◦ Մեկ այլ հիվանդանոց տեղափոխելը կարող է վտանգել ձեր առողջությունը կամ անվտանգությունը կամ ձեր չծնված երեխային: Անհետաձգելի օգնությունը հասանելի է միայն Միացյալ Նահանգներում և դրա տարածքներում՝ բացառությամբ առանձին հատուկ դեպքերի: Մանրամասնությունների համար, կապվեք պլանի հետ:	$0 Եթե դուք անհետաձգելի բուժօգնություն ստանաք ոչ-ցանցային հիվանդանոցում և ստացիոնար բուժօգնության կարիք ունենաք, որպեսզի ձեր արտակարգ իրավիճակը կայունանա,դուք պետք է վերադառնաք ցանցային հիվանդանոց, որպեսզի ձեր բուժման համար վճարվի: Դուք կարող եք գտնվել ոչ-ցանցային հիվանդանոցում ձեր ստացիոնար բուժման նպատակով միայն, եթե պլանը հավանության արժանացնի ձեր այնտեղ գտնվելը:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ Օրենքը թույլ է տալիս ընտանիքի պլանավորման որոշակի ծառայությունների համար ընտրել ցանկացած մատակարարի: Սա նշանակում է ցանկացած բժիշկ, կլինիկա, հիվանդանոց, դեղատուն կամ ընտանիքի պլանավորման գրասենյակ: Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Ընտանիքի պլանավորման ստուգումներ և բժշկական բուժում • Ընտանիքի պլանավորման լաբորատոր և ախտորոշման ստուգումներ • Ընտանեկան պլանավորման մեթոդներ (ներարգանդային հակաբեղմնավորիչ (IUD), իմպլանտներ, ներարկումներ, հակաբողմնավորիչ դեղահատեր, արգանդի վզիկի կափարիչ կամ հեշտոցային օղակ) • Արտակարգ հակաբեղմնավորիչ նյութեր, երբ դրանք բաց են թողնվում կապալառու դեղագործի կամ ոչ կապալառու մատակարարի կողմից, արտակարգ բուժօգնության անհրաժեշտության դեպքում: • Հետագա ամբուլատոր հսկողություն ձեր բոլոր հնարավոր խնդիրների համար՝ օգտագործելով ընտանիքի պլանավորման մատակարարների կողմից ցուցված հակաբեղմնավորման մեթոդները: • Ընտանիքի պլանավորման նյութեր դեղատոմսով (պահպանակ, սպունգ, փրփուր, ժապավեն, ստոծանի, պատիճ) • Անպտղաբերության խորհրդատվություն և ախտորոշում և այլ առնչվող ծառայություններ • Սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների (sexually transmitted infections, STIs) խորհրդատվություն, ստուգում և բուժում • AIDS և HIV, և HIV-ին առնչվող այլ հիվանդությունների խորհրդատվություն և ստուգում **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ (շարունակությունը) • Մշտական հակաբեղմնավորիչ միջոց (Ընտանեկան պլանավորման այս մեթոդն ընտրելու համար դուք պետք է լինեք 21 տարեկան կամ բարձր: Դուք պետք է ստորագրեք մանրէազերծման մասին դաշնային համաձայնագրի ձևը վիրահատության ամսաթվից առնվազն 30 օր, սակայն ոչ ավելի քան 180 օր առաջ:) • Գենետիկական խորհրդատվություն Մենք նաև կվճարենք ընտանիքի պլանավորման որոշ այլ ծառայությունների համար: Այնուամենայնիվ, դուք պետք է այցելեք մեր ցանցում եղած մատակարարներից մեկին հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Անպտղաբերության հիվանդության բուժում (Այս ծառայությունը չի ներառում արհեստական բեղմնավորման եղանակները:) • AIDS-ի և HIV-ին առնչվող այլ հիվանդությունների բուժում • Գենետիկական ստուգում* Ձեր տարածաշրջանում ձեզ հասանելի ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Առողջապահության նահանգային դեպարտամենտ (State Department of Health Services), Ընտանիքի պլանավորման գրասենյակ անվճար 1(800) 942-1054 հեռախոսահամարով: • հակաբեղմնավորման ծառայություններ՝ ներառյալ արտակարգ բեղմնականխումը, ամլացումը (ներառյալ արգանդի փողերի անոթակապ ծննդի և ծննդաբերության ժամանակ) կամ արհեստական վիժեցում: Զանգահարեք ձեր բժշկին, բուժանձնակազմին կամ կլինիկա կամ զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին անվճար հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8:00-20:00-ն՝ համոզվելու համար, որ դուք կարող եք ստանալ ձեզ անհրաժեշտ առողջապահական խնամքի ծառայությունները	

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Առողջապահական և առողջացման կրթական ծրագրեր Մենք առաջարկում ենք բազմաթիվ ծրագրեր, որոնք կենտրոնացած են որոշակի հիվանդությունների վրա: Դրանք ներառում են՝ • Առողջապահական կրթական դասընթացներ*, • Սնման կրթական դասընթացներ*, • Ծխելը և թութունի օգտագործումը թողնելը, և • Բուժքույրական խնամքի հեռախոսային կապ	$0
	Լսողության վերականգնման ծառայություններ Մենք վճարում ենք ձեր մատակարարի կողմից կատարած լսողության և հավասարակշռության պահպանման ստուգումների համար: Այդ ստուգումներով պրզվում է, արդյոք ձեզ հարկավոր է բժշկական միջամտություն: Դրանք փոխհատուցվում են որպես ամբուլատոր բուժօգնություն, երբ դուք դրանք ստանում եք բժշկի, լսողաբանի կամ այլ որակավորված մատակարարի կողմից: Պլանը կհատուցի հետևյալի համար՝ • Մեկ ստանդարտ լսողության ստուգում յուրաքանչյուր տարի • Լսողական սարքի մեկ հարմարեցում/գնահատում յուրաքանչյուր երկու տարի Եթե դուք հղի եք, կամ բնակվում եք բուժքույրական խնամքի հաստատությունում, մենք կվճարենք նաև լսողական սարքերի համար, ներառյալ*՝ • ներդրակները, նյութերը և ներդիրները • վերանորոգումներ, որոնք արժեն յուրաքանչյուր վերանորոգման համար $25-ից ավել • մարտկոցների սկզբնական լրակազմ • վեց այցելություն նույն մատակարարի մոտ լսողության ստացված սարքի վերաբերյալ ուսուցման, հարմարեցման և կարգաբերման նպատակով • Լսողական սարքերի վարձակալության փորձաշրջան • Լսողական սարքերը փոխհատուցվում են համաձայն Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթի ուղեցույցերի:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	HIV-ի ստուգում Մենք վճարում ենք HIV մեկ ստուգման համար յուրաքանչյուր 12 ամսվա ընթացքում այն մարդկանց համար, ովքեր՝ • Դիմում են HIV-ի ստուգման համար, **կամ** • HIV վարակի բարձր ռիսկի գոտում են գտնվում: Հղի կանանց համար մենք վճարում ենք մինչև HIV երեք ստուգման համար հղիության ընթացքում:	$0
	Տնային պայմաններում բուժսպասարկում գործակալության կողմից* Նախքան դուք կկարողանաք ստանալ տնային բուժսպասարկման ծառայությունը, բժիշկը պետք է հայտնի մեզ, որ դրանք ձեզ անհրաժեշտ են, և դրանք պետք է մատուցվեն տնային բուժսպասարկման գործակալության կողմից: Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և հնարավոր է այստեղ չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • Կես դրույքով կամ անկանոն արհեստավարժ բուժքույրական խնամք և տան պայմաններում բժշկական ծառայությունների տրամադրում: (Պետք է փոխհատուցվի, որպես տան պայմաններում տրամադրվող առողջապահական խնամքի նպաստ, ձեր հմուտ բուժքույրական խնամքը և տան պայմաններում բժշկական ծառայությունների տրամադրումը ընդհանուր առմամբ չպետք է գերազանցեն 8 ժամ օրական, և 35 ժամ շաբաթական:) • Ֆիզիոթերապիա, մասնագիտական հիվանդությունների թերապիա, խոսելախանգարման թերապիա • Բժշկական և սոցիալական ապահովության ծառայություններ • Բժշկական սարքավորումներ և նյութեր	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Հոսպիս խնամք Դուք կարող եք բուժսպասարկում ստանալ Medicare-ի կողմից արտոնագրված անբուժելի հիվանդների յուրաքանչյուր ծրագրի կողմից: Եթե ձեր մատակարարը և հոսպիսի բժշկական տնօրենը եկել են այն եզրակացության, որ դուք ունեք անբուժելի հիվանդություն, ապա դուք ունեք հոսպիս ընտրելու իրավունք: Դա նշանակում է, որ դուք ունեք մահացու հիվանդություն, և ձեզ մնացել է ապրելու վեց կամ ավելի քիչ ամիսներ: Անբուժելի հիվանդների բուժսպասարկող բժիշկը կարող է լինել ինչպես ցանցային, այնպես էլ ոչ-ցանցային մատակարար: Հոսպիսային ծառայություններ ստանալու ընթացքում, այս պլանը կվճարի հետևյալի համար. • Ախտանշանները և ցավը բուժելու դեղերի • Խնամատարի կարճատև փոխարինման ծառայություն • Տնային խնամք **Medicare-ի Մաս A-ի կամ B-ի կողմից անբուժելի հիվանդների ծառայությունների և ապահովագրված ծառայությունների համար, որոնք վերաբերվում են մահացու հիվանդությանը:** • Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, տե՛ս այս գլխի Բաժին E: **Molina Dual Options-ի կողմից ապահովագրված, բայց Medicare-ի Մաս A-ի կամ B-ի կողմից չապահովագրված ծառայությունների համար՝** • Molina Dual Options-ը կփոխհատուցի պլանի ապահովագրված ծառայությունները, որոնք չեն փոխհատուցվում Medicare-ի Մաս A-ի կամ B-ի կողմից: Պլանը կփոխհատուցի ծառայություններն անկախ ձեր անբուժելի վիճակի կանխատեսումներից: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար: **Այն դեղերի համար, որոնք կարող են փոխհատուցել Molina Dual Options-ի Medicare Մաս D-ի նպաստներով:** • Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ անբուժելի հիվանդների պլանով և մեր պլանով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, տե՛ս Գլուխ 5:	$0 Երբ դուք մասնակցում եք Medicare-ի կողմից արտոնագրված անհույս հիվանդների ծրագրում, անհույս հիվանդների ձեր ծառայությունները և Medicare-ի Մաս A-ի կամ B-ի ձեր ծառայությունները, որոնք վերաբերվում են ձեր մահացու հիվանդությանը, վճարվում են Medicare-ի կողմից: Molina Dual Options-ը չի վճարում ձեր ծառայությունների համար: Գոյություն չունեն մասնակցի կանխիկ ծախսումներ ապահովագրված ծառայությունների համար:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Անբուժելի հիվանդների խնամք՝ հոսպիս (շարունակությունը) **Նշում:** Եթե ձեզ հարկավոր է ոչ անբուժելի հիվանդների բուժսպասարկում, դուք պետք է զանգահարեք ձեր գործերի կառավարիչին ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ-անբուժելի հիվանդների բուժսպասարկում՝ դա այն բուժսպասարկումն է, որը չի վերաբերում ձեր անբուժելի վիճակի կանխատեսումներին: Մեր պլանը փոխհատուցում է անբուժելի հիվանդների խորհրդատվական ծառայությունները (միայն մեկ անգամ) մահացու հիվանդ անձի համար, ով չի ընտրել անբուժելի հիվանդների նպաստը:	
	Պատվաստումներ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Թոքաբորբի դեմ պատվաստում • Գրիպի պատվաստումներ յուրաքանչյուր գրիպի սեզոնին՝ մեկ անգամ աշնանը և ձմռանը, անհրաժեշտության դեպքում գրիպի լրացուցիչ պատվաստումներ • Հեպատիտ Բ-ի պատվաստում, եթե դուք հեպատիտ Բ ունենալու բարձր կամ միջին ռիսկի գոտում եք գտնվում • Այլ պատվաստումներ, եթե դուք ռիսկի գոտում եք և դրանք բավարարում են Medicare Մաս B-ի փոխհատուցման կանոններին Մենք կվճարենք այլ պատվաստումների համար, որոնք բավարարում են Medicare Մաս D-ի փոխհատուցման կանոններին: Ավելին իմանալու համար, կարդա՛ Գլուխ 6-ը:	$0
	Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնություն* Մեր Պլանը ներառում է հիվանդանոցում ստացիոնար մնալու անսահմանափակ թվով օրեր: Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և հնարավոր է այստեղ չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • Կիսաառանձին սենյակ (կամ առանձին սենյակ, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է) • Կերակուր՝ ներառյալ հատուկ սննդակարգերը • Պարբերական բուժքույրական ծառայություններ **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնություն* (շարունակությունը) • Հատուկ բուժօգնության բաժանմունքների ծախսեր, ինչպես ինտենսիվ կամ կորոնար բուժօգնության բաժանմունքները • Դեղեր և դեղամիջոցներ • Լաբորատոր ստուգումներ • Ռենտգենի և ռենտգենագրման այլ ծառայություններ • Անհրաժեշտ վիրաբուժական և բժշկական նյութեր • Հարմարանքներ, ինչպես անվասայլակները • Վիրահատական և վերականգնողական սենյակի ծառայություններ • Ֆիզիոթերապիա, մասնագիտական հիվանդությունների թերապիա, խոսելախանգարման թերապիա • Թմրանյութերի չարաշահման բժշկման ստացիոնար ծառայություններ • Որոշ դեպքերում տրանսպլանտատի հետևյալ տեսակները՝ եղջերաթաղանթի, երիկամի, երիկամի/ենթաստամոքսային գեղձի, սրտի, լյարդի, թոքի, սրտի/թոքի, ոսկրածուծի, ցողունային բջջի և աղիքային/որովայնախոռոչային: Եթե դուք փոխպատվաստման կարիք ունեք, Medicare-ի կողմից հավանության արժանացած փոխպատվաստման կենտրոնը կուսումնասիրի ձեր գործը և որոշում կկայացնի, արդյոք փոխպատվաստում ստանալու թեկնածու եք հանդիսանում: Փոխպատվաստման ծառայություններ մատուցող մատակարարները կարող են լինել տեղային կամ սպասարկման տարածքից դուրս: Եթե փոխպատվաստման ծառայություններ մատուցող տեղային մատակարարները պատրաստ են ընդունել Medicare-ի սակագինը, ապա դուք կարող եք ստանալ ձեր փոխպատվաստման ծառայությունները տեղում կամ ձեր համայնքի խնամքի ծառայությունների մոդելից դուրս: Եթե Molina Dual Options-ը տրամադրում է փոխպատվաստման ծառայություններ ձեր համայնքի խնամքի ծառայությունների մոդելից դուրս, և դուք որոշում եք ստանալ **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	Դուք պետք է հավանություն ստանաք պլանի կողմից, որպեսզի կարողանաք շարունակել ստանալ ստացիոնար բուժօգնություն ոչ-ցանցային հիվանդանոցում, երբ ձեր արտակարգ իրավիճակը կարգավորվում է:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնություն (շարունակություն) Ձեր փոխպատվաստումն այստեղ, մենք կկազմակերպենք կամ կվճարենք ձեր և մեկ այլ անձի կացարանի և ճանապարհորդության ծախսերը: Տրանսպլանտատի և ապահովագրված ծառայությունների վերաբերյալ հետագա տեղեկությունը ստանալու համար կապվեք Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ: • Արյուն, ներառյալ պահեստավորումը և կառավարումը • Բժշկի ծառայություններ	
	Ստացիոնար հոգեկան բուժօգնություն* Մենք կվճարենք հոգեկան բուժօգնության այն ծառայությունների համար, որոնք պահանջում են հոսպիտալացում: • Եթե ձեզ հարկավոր են ստացիոնար ծառայություններ առանձին հոգեբուժարանում, մենք կվճարենք առաջին 190 օրվա համար: Դրանից հետո շրջանի հոգեկան առողջության տեղական գրասենյակը կվճարի ստացիոնար հոգեբուժական ծառայությունների համար, որոնք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են: 190 օրից ավել բուժսպասարկման թույլտվությունը կհամաձայնեցվի վարչաշրջանի հոգեկան առողջության տեղային գրասենյակի հետ: ◦ 190 օրվա սահմանափակումը չի կիրառվում ստացիոնար հոգեկան բուժօգնության ծառայություններին, որոնք տրամադրվում են ընդհանուր պրոֆիլի հոգեբուժական բաժանմունքում: • Եթե դուք 65 տարեկան եք կամ ավելի բարձր, մենք կվճարենք Հոգեկան հիվանդությունների ինստիտուտում (Institute for Mental Diseases, IMD) ստացված ծառայությունների համար:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Հիվանդանոցային սպասարկում՝ Ապահովագրված ծառայություններ հիվանդանցում կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատություն (SNF) չապահովագրված ստացիոնար բուժման ժամանակ* Եթե ձեր ստացիոնար հոսպիտալացումը հիմնավորված չէ և բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ չէ, ապա մենք չենք վճարի դրա համար: Այնուամենայնիվ, որոշ դեպքերում մենք կվճարենք հիվանդանոցում կամ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում գտնվելու ընթացքում ձեր կողմից ստացած ծառայությունների համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, կապվեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և հնարավոր է այստեղ չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • բժշկի ծառայություններ • ախտորոշման թեստեր, ինչպես լաբորատոր թեստերը • ռենտգեն, ռադիում և իզոտոպային թերապիա, ներառյալ՝ տեխնիկական մասնագիտական նյութերը և ծառայությունները • վիրաբուժական վիրակապեր • փայտաձողիկներ, գիպսային վիրակապեր և այլ սարքեր, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների և տեղահանումների համար • պրոթեզներ և օրթոպեդիկ սարքեր, բացառությամբ ատամնաբուժական սարքերի, ներառյալ նման սարքերի փոխարինումը և վերանորոգումը: Սրանք սարքեր են, որոնք՝ ◦ Փոխարինում են մարմնի ներքին օրգանի մի մասը կամ ամբողջությամբ (ներառյալ սահմանակից հյուսվածքը) կամ ◦ Փոխարինում են մարմնի ներքին չգործող կամ թերաշխատ օրգանի գործառույթի մի մասը կամ ամբողջությամբ:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Հիվանդանոցային սպասարկում՝ Ապահովագրված ծառայություններ հիվանդանցում կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատություն (SNF) չապահովագրված ստացիոնար բուժման ժամանակ* (շարունակությունը) • Ոտքի, ձեռքի, մեջքի և վզի տաբատաձիգներ, բանդաժներ (աղեկապեր) և արհեստական ոտքեր, ձեռքեր և աչքեր: Սա ներառում է կարգաբերումը, վերանորոգումը և փոխարինումը, որոնց կարիքն առաջանում է կոտրվելու, մաշվածության, կորստի կամ հիվանդի վիճակի փոփոխության հետևանքով: • Ֆիզիոթերապիա, մասնագիտական հիվանդությունների թերապիա, խոսելախանգարման թերապիա	
	Երիկամային հիվանդությունների ծառայություններ և նյութեր Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Երիկամային հիվանդության կրթական ծառայությունները, որոնք սովորեցնում են ինչպես իրականացնել երիկամների խնամքը և օգնում մասնակիցներին ճիշտ որոշում կայացնել դրանց բուժսպասարկման վերաբերյալ: Դուք պետք է ունենաք IV ստադիայի երիկամային հիվանդություն, և ձեր բժիշկը պետք է ուղեգրի ձեզ: Մենք կփոխհատուցենք երիկամային հիվանդության կրթական ծառայությունների մինչև վեց սեանս: • Դիալիզի ամբուլատոր բուժման տեսակներներ՝ ներառյալ դիալիզ այն բուժման տեսակները, երբ հիվանդը ժամանակավորապես գտնվում է սպասարկման տարածքից դուրս, ինչպես այն բացատրվում է Գլուխ 3-ում: • Դիալիզի ստացիոնար բուժման տեսակներ, եթե դուք հոսպիտալացվում եք հատուկ բուժօգնություն ստանալու նպատակով • Ինքնուրույն դիալիզ անցկացնելու նախապատրաստական դասընթացներ, ներառյալ ուսուցումը ձեր կամ տնային պայմաններում դիալիզի բուժում իրականացնելու հարցում ձեզ օգնող յուրաքանչյուր անձի համար: • Տնային պայմաններում իրականացվող դիալիզի սարքավորումներ և նյութեր	

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Երիկամային հիվանդությունների ծառայություններ և նյութեր (շարունակությունը) • Որոշակի օժանդակ ծառայություններ տնային պայմաններում, ինչպես դիալիզի նախապատրաստված աշխատակցի կողմից այցելություններ տնային պայմաններում դիալիզի անցկացման ստուգման, արտակարգ իրավիճակներում օգնության, ինչպես նաև ձեր դիալիզի սարքավորումների և ջրամատակարարման ստուգման նպատակով: Ձեր Medicare-ի Մաս B-ի դեղերի նպաստի միջոցով վճարվում է դիալիզի համար օգտագործվող որոշ դեղերի համար: Տեղեկություն ստանալու համար տե՛ս այս աղյուսակում «Medicare-ի Մաս B դեղատոմսով դեղեր» բաժինը:	$0
	Թոքերի քաղցկեղի սկանավորում Պլանը կվճարի թոքերի քաղցկեղի զննման համար, յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ, եթե դուք՝ • 55-80 տարեկան եք, **և** • Խորհրդատվության և համատեղ որոշումների կայացման համար այցելում եք ձեր բժշկին կամ այլ որակավորված մատակարարի, **և** • Ծխել եք օրական առնվազն 1 տուփ 30 տարի շարունակ՝ առանց թոքերի քաղցկեղի նշանների կամ ախտանիշների *կամ* ծխում եք հիմա կամ թողել եք ծխելը վերջին 15 տարվա ընթացքում: Առաջին զննումից հետո, պլանը կվճարի ամեն տարի մեկ այլ զննման համար՝ ձեր բժշկի կամ այլ որակավորված մատակարարի գրավոր պատվերի հիման վրա:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Սննդի նպաստ* Այս ծրագիրն առանձնահատուկ նախագծված է ձեզ առողջ և ուժեղ պահելու համար, մինչ դուք վերականգնվում եք հիվանդանոցում ստացիոնար բուժումից կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում (SNF) մնալուց հետո: Եթե դուք որակավորվում եք, ապա ձեր պլանի գործերի կառավարիչը կանդամագրի ձեզ ծրագրում: Դուք նաև կարող եք որակավորվել, եթե ձեր բժիշկը պահանջում է այս նպաստը ձեզ համար ձեր քրոնիկ վիճակի պատճառով: Այս նպաստը 14 օրվա ընթացքում ապահովում է օրական 2 կերակուր: Լրացուցիչ հաստատման դեպքում դուք կարող եք ստանալ ևս 14 օր՝ օրական 2 կերակուր: Առավելագույնը 56 կերակուր 4 շաբաթվա ընթացքում:	$0
	Բուժական սնուցման թերապիա Այս նպաստը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն շաքարախտ և երիկամային հիվանդություն առանց դիալիզի անհրաժեշտության: Սա նաև նախատեսված է երիկամի հետ փոխպատվաստման համար, երբ այն պատվիրված է ձեր բժշկի կողմից: Մենք կվճարենք դեմ առ դեմ երեքժամյա խորհրդատվության ծառայությունների համար ձեր կողմից Medicare-ի բուժական սնուցման թերապիայի ծառայությունները ստանալու առաջին տարվա ընթացքում: (Սա ներառում է մեր պլանը, Medicare Advantage պլանը կամ Medicare-ը:) Կարող ենք հաստատել լրացուցիչ ծառայություններ, եթե բժշկական անհրաժեշտություն լինի: Մենք պետք է վճարենք դեմ առ դեմ երկժամյա խորհրդատվական ծառայությունների համար դրան հաջորդող յուրաքանչյուր տարվա համար: Ձեր առողջական վիճակի, բուժման կամ ախտորոշման փոփոխությունների համար դուք կկարողանաք բժշկի ցուցումով ստանալ բուժման հավելյալ ժամեր: Բժիշկը պետք է նշանակի այդ ծառայությունները և թարմացնի ցուցումն ամեն տարի, եթե հաջորդ օրացուցային տարում անհրաժեշտ է ձեր բուժումը: Կարող ենք հաստատել լրացուցիչ ծառայություններ, եթե բժշկական անհրաժեշտություն լինի:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Medicare-ի շաքարախտի կանխարգելման ծրագիր (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Պլանը կվճարի շաքարախտի կանխարգելման ծրագրի ծառայությունների համար: Շաքարախտի կանխարգելման ծրագիրը նախագծված է օգնելու ձեզ՝ բարձրացնել առող վարքագիծը: Այն տրամադրում է գործնական ուսուցում հետևյալում՝ • երկարաժամկետ դիետիկ փոփոխություն, **և** • բարձր ֆիզիկական ակտիվություն, **և** • քաշի կորստի և առողջ ապրելակերպի պահպանման ուղիներ:	$0
	Medicare-ի Մաս B դեղատոմսով դեղեր* Այս դեղերը փոխհատուցվում են Medicare-ի Մաս B-ով: Molina Dual Options-ը կվճարի հետևյալ դեղերի համար՝ • Դեղեր, որոնք դուք սովորաբար ինքներդ չեք ստանում, այլ որոնք ներարկվում են բժշկին այցելու, հիվանդանոցի ամբուլատոր բուժման կամ ամբուլատոր վիրահատական կենտրոնի ծառայությունները ստանալու ընթացքում: • Դեղեր, որոնք դուք ընդունում եք երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում օգտագործելիս (ինչպես փոշիացնողները), որոնք թույլատրվել են ձեր պլանի կողմից: • Մակարդման գործոնները, որոնք դուք ստանում եք ներարկման միջոցով, եթե ունեք հեմոֆիլիա: • Իմունոընկճող դեղեր, եթե դուք անդամագրվել էիք Medicare-ի Մաս A-ում օրգանի փոխպատվաստման պահի դրությամբ: • Օստեոպորոզի ներարկվող դեղեր: Այս դեղերի համար վճարվում է, եթե դուք տանից չեք կարող դուրս գալ, ունեք ոսկրի կոտրվածք, որը բժշկի հավաստմամբ առնչվում է հետդաշտանադադարային օստեոպորոզին, և չեք կարող ինքներդ ներարկել դեղը • Հակածիններ • Որոշակի ներքին ընդունման հակաուռուցքային դեղեր և հակասրտխառնոցային դեղեր	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Medicare-ի Մաս B դեղատոմսով դեղեր* (շարունակությունը) • Տնային պայմաններում անցկացվող դիալիզի համար որոշակի դեղեր, ներառյալ հեպարինը (heparin), հակաթույն հեպարինի համար (բժշկական անհրաժեշտության դեպքում), տեղային անզգայացնող դեղեր և էրիթրոպոեզը խթանող նյութեր (ինչպես Procrit®կամ Epoetin Alfa) • Ներերակային իմունոգլոբուլին տնային պայմաններում առաջնային իմունային անբավարարության հիվանդությունների բուժման համար Գլուխ 5-ում բացատրվում է ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի նպաստը: Այն բացատրում է կանոնները, որոնց պետք է հետևեք, որպեսզի ձեր նշանակումները փոխհատուցվեն: Գլուխ 6-ում բացատրվում է, որքան եք դուք վճարում ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի համար մեր պլանի միջոցով:	
	Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP)* Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիրը՝ դա գործերի կառավարման ծրագիր է, որը տանը կամ համայնքի տարածքում ծառայություններ (HCBS) է մատուցում Medi-Cal-ում ընտրվելու իրավունք ունեցող անհատներին: Ընտրվելու իրավունք ունենալու համար, դուք պետք է լինեք 65 տարեկան կամ բարձր, բնակվեք տեղանքի սպասարկման տարածքում, կարողանաք սպասարկվել տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագրի (MSSP) ծախսային սահմանափակումների շրջանակներում, համապատասխանեք բուժսպասարկման կառավարման ծառայությունները ստանալու չափանիշներին, ներկայումս ընտրվելու իրավունք ունենաք Medi-Cal ծրագրում, ինչպես նաև լինեք արտոնագրված կամ արտոնագրելի բուժքույրական խնամքի հաստատություն ընդունվելու համար: Տանը կամ համայնքի տարածքում ծառայությունները (MSSP) ներառում են՝ • մեծահասակների ցերեկային բուժսպասարկում/աջակցման կենտրոն • կացարանային օժանդակություն • տնային աշխատանքի և անձնական խնամքի իրականացման օժանդակություն	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP)* (շարունակությունը) • պաշտպանիչ հսկողություն • բուժսպասարկման կառավարում • փոխարինում • փոխադրում • սննդի ծառայություններ • սոցիալական ապահովության ծառայություններ • հաղորդակցման ծառայություններ Այս նպաստը փոխհատուցվում է տարեկան մինչև $4,285:	
	Ոչ-անհետաձգելի բժշկական փոխադրում* Այս նպաստը թույլ է տալիս իրականացնել փոխադրում, որն առավելապես շահութաբեր է և մատչելի: Սա կարող է ներառել՝ շտապօգնություն, պառկած հիվանդների տեղափոխման մեքենայի, անվասայլակների տեղափոխման մեքենայի բժշկական փոխադրման ծառայություններ և համաձայնեցում տարեցների և հաշմանդամների սոցիալական փոխադրումների հետ: Փոխադրման ձևերը թույլ են տրվում, երբ՝ • Ձեր բժշկական և/կամ ֆիզիկական վիճակը թույլ չի տալիս ձեզ ճամփորդել ավտոբուսով, մարդատար մեքենայով, տաքսիով կամ մասնավոր կամ հանրային փոխադրման որևէ այլ ձևով, և • Փոխադրումը պահանջվում է անհրաժեշտ բուժօգնություն ստանալու նպատակով: • Ձեր բժիշկը պետք է գրավոր դեղատոմս ներկայացնի տեղափոխման համար, որը կոչվում է «Բժիշկի սերտիֆիկացման հայտարարագրի» (PCS) ձև, որը ներառում է հարցման պատճառը, հայցադիմումի ժամկետը (առավելագույնը 12 ամիս) և անհրաժեշտ փոխադրման եղանակը: Կախված ծառայությունից՝ հնարավոր է պահանջվի նախնական թույլտվություն: Այս ծառայությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, խնդրում ենք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Ոչ-բժշկական փոխադրում Այս նպաստը՝ բժշկական ծառայություններ ստանալու համար, թույլ է տալիս իրականացնել փոխադրում մարդատար մեքենայով, տաքսիով կամ մասնավոր/հանրային փոխադրման որևէ այլ ձևով: Այս նպաստը չի սահմանափակում ձեր ոչ-անհետաձգելի բժշկական փոխարդման նպաստը: Դուք կարող եք օգտագործել այս նպաստը, երբ ձեզ անհրաժեշտ է երկկողմանի այցելություն դեպի պլանավորված ծառայությունները և այն վայրերը, որոնք իրավասու են Medicaid-ի կողմից փոխհատուցված ոչ բժշկական տեղափոխման համար: Տարեկան ուղևորությունների քանակի սահմանափակումներ չկան: Կախված ծառայությունից՝ հնարավոր է պահանջվի նախնական թույլտվություն: Ինչպես կազմել գրաֆիկը՝ • Զանգահարեք՝ (844) 644-6357, TTY՝ (844) 292-2690 կամ 711: • Սովորական (ոչ հրատապ) բժշկական նշանակումների համար դուք պետք է զանգահարեք առնվազն յոթանասուներկու (72) ժամ առաջ ձեր ուղևորությունը պատվիրելու համար: • Այս զանգերը կարող են կատարվել շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր: • Սովորական նախապատվերների պահանջներ չեն ընդունվի ազգային տոների օրերին (այդ թվում՝ Ամանոր, Հիշատակի օր, Հուլիսի 4, Աշխատավորության օր, Գոհաբանության օր և Սուրբ Ծնունդ): • Հրատապ/միևնույն օրվա նշանակումների, հաստատությունների փոխադրման կամ պարզելու համար, թե որտեղ է գտնվում ձեր փոխադրամիջոցը, զանգահարեք օրը 24 ժամ, շաբաթական 7 օր, տարեկան 365 օր: • Մասնակիցները կարող են կատարել նախապատվերներ՝ մինչև իննսուն (90) օր առաջ: **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Ոչ-բժշկական փոխադրում (շարունակություն) • Քիմիաթերապիայի, ճառագայթահարման, ֆիզիկական թերապիայի կամ դիալիզի համար կրկնվող նշանակումների համար ամրագրումները կարող են նշանակվել իննսուն (90) օր ժամանակահատվածով: «Կզանգահարենք» վերադարձի ուղևորության համար • Վերադարձի ուղևորության համար, երբ չգիտեք, թե որքան կտևի ձեր բժշկական նշանակումը, զանգահարեք (844) MY-RIDE կամ (844) 697-4337: Զանգահարման պահից սկսած՝ մատակարարն ունի մինչև մեկ (1) ժամ մասնակցին վերցնելու համար: Ո՞վ կարող է պահանջել փոխադրում • մասնակիցներն, որոնք առնվազն տասնվեց (16) տարեկան են: • Մասնակցի ծնողը, օրինական խնամակալը, կամ լիազոր ներկայացուցիչը: • Բժշկական ապահովագրության պլանի գործերի կառավարիչը կամ պլանի այլ ներկայացուցիչը, բժշկական ապահովագրության պլանի պատվիրակը, այլ բժշկական մատակարարները և/կամ հաստատությունները:	
	Բուժքույրական խնամքի հաստատության բուժսպասարկում* **(Դուք պետք է զրուցեք ձեր մատակարարի հետ և ստանաք ուղեգիր:)** Բուժքույրական խնամքի հաստատությունը (NF) վայր է, որը խնամք է տրամադրում այն մարդկանց, ովքեր չեն կարող բուժօգնություն ստանալ տանը, բայց և կարիք էլ չունեն մնալու հիվանդանոցում: Ծառայությունները, որոնց համար մենք կվճարենք, ներառում են հետևյալը՝ • Երկտեղանոց սենյակ (կամ առանձին սենյակ, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է) • Կերակուր՝ ներառյալ հատուկ սննդակարգերը • Բուժքույրական ծառայություններ • Ֆիզիոթերապիա, մասնագիտական հիվանդությունների թերապիա, խոսելախանգարման թերապիա	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Բուժքույրական խնամքի հաստատության բուժսպասարկում* (շարունակությունը) • Շնչառական թերապիա • Ձեզ տրվող դեղեր՝ որպես ձեր բժշկական սպասարկման պլանի մի մաս (Սա ներառում է նյութեր, որոնք բնականոն ձևով առկա են օրգանիզմում, ինչպես արյան մակարդման գործոններ:) • Արյուն, ներառյալ պահեստավորումը և կառավարումը • Բժշկական և վիրաբուժական նյութեր, որոնք սովորաբար տրամադրվում են որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունների կողմից • Լաբորատոր ստուգումներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունների կողմից • Ռենտգենի և այլ ռենտգենագրման ծառայություններ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունների կողմից • Հարմարանքների օգտագործում, ինչպես անվասայլակներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունների կողմից • Բժշկի/բուժաշխատողի ծառայություններ • Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում • Ատամնաբուժական ծառայություններ, ներառյալ պրոթեզները • Տեսողության նպաստներ • Լսողության ստուգումներ • Խիրոպրակտիկ բուժօգնություն • Պոդիատրիայի ծառայություններ Դուք ձեր բուժսպասարկումը սովորաբար կստանաք ցանցային հաստատություններից: Այնուամենայնիվ, դուք կկարողանաք ստանալ ձեր բուժօգնությունը մեր ցանցի մեջ չմտնող հաստատությունից: Դուք կարող եք բուժօգնություն ստանալ հետևյալ վայրերում, եթե դրանք ընդունեն մեր պլանի վճարման գումարները՝ **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Բուժքույրական խնամքի հաստատության բուժսպասարկում (շարունակությունը) • Բուժքույրական խնամքի տունը կամ տարեցների շարունակական բուժօգնության գիշերօթիկը, որտեղ դուք ապրում էիք ճիշտ նախքան հիվանդանոց տեղափոխվելը (այնքան ժամանակ, որքան այն տրամադրում է բուժքույրական խնամքի ծառայություններ): • Բուժքույրական խնամքի հաստատություն, որտեղ ապրում է ձեր ամուսինը/կինը ձեր հիվանդանոցից դուրս գրվելու պահին:	
	Ճարպակալման ստուգում և բուժում քաշն իջեցնելու նպատակով Եթե ձեր մարմնի զանգվածի ինդեքսը կազմում է 30 կամ ավելին, մենք կվճարենք խորհրդատվության համար, որը կօգնի ձեզ նվազեցնել ձեր քաշը: Դուք պետք է խորհրդատվություն ստանաք առաջնային բուժսպասարկման հաստատությունում: Այդ միջոցով դա հնարավոր կլինի կառավարել ձեր ամբողջական կանխարգելման պլանի միջոցով: Ավելին իմանալու համար, խոսեք ձեր առաջնային բուժսպասարկման մատակարարի հետ:	$0
	Օփիոիդների բուժման ծրագրի ծառայություններ* Ծրագիրը վճարելու է հետևյալ ծառայությունների համար օփիոիդային օգտագործման խանգարումը բուժելու համար: • Սննդի և դեղամիջոցների հսկման վարչություն կողմից (FDA) հաստատված դեղերի համար, և, եթե կիրառելի է, կառավարել և տալ ձեզ այս դեղամիջոցները • Նյութի օգտագործման հետևանքով խանգարում • Անհատական եւ խմբային թերապիա • Ձեր մարմնի թմրամիջոցների կամ քիմիական նյութերի փորձարկում (թունաբանական ուսումնասիրություն)	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Ամբուլատոր ախտորոշիչ թեստեր և թերապևտիկ ծառայություններ և մատակարարումներ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և հնարավոր է այստեղ չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • Ռենտգեն • Ճառագայթում (ռադիում և իզոտոպային) թերապիա՝ ներառյալ տեխնիկական մասնագիտական նյութեր և նյութատեխնիկական միջոցներ* • Վիրաբուժական նյութեր, ինչպիսիք են վիրակապերը* • Փայտաձողիկներ, գիպսային վիրակապեր և այլ սարքեր, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների և տեղախախտների համար* • Լաբորատոր ստուգումներ* • Արյուն, ներառյալ պահեստավորումը և կառավարումը* Դուք պետք է զրուցեք ձեր մատակարարի հետ և ստանաք ուղեգիր: • Այլ ամբուլատոր ախտորոշիչ թեստեր*	$0
	Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ* Մենք կվճարենք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք դուք ստանում եք հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում հիվանդության կամ վնասվածքի ախտորոշման կամ բուժման համար, ինչպիսիք են՝ • Ծառայություններ անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքում կամ ամբուլատոր կլինիկայում, ինչպիսիք են դիտարկման ծառայությունները կամ ամբուլատոր վիրաբուժությունը ◦ Զննման ծառայությունները օգնում են ձեր բժշկին իմանալ՝ արդյոք անհրաժեշտ է հիվանդանոց ընդունվել որպես «ստացիոնար»: ◦ Երբեմն կարող եք գիշերել հիվանդանոցում և շարունակել «ամբուլատոր» լինել: ◦ Դուք կարող եք ստացիոնար կամ ամբուլատոր լինելու մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ այս փաստական էջում՝ https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ* (շարունակությունը) • Լաբորատոր և ախտորոշման ստուգումների համար հաշիվը ներկայացվում է հիվանդանոցի կողմից • Հոգեկան առողջության բուժօգնություն, ներառյալ բուժօգնությունը մասնակի հոսպիտալացման ծրագրի շրջանակներում, եթե բժիշկը հավաստագրում է, որ ստացիոնար բուժումը կպահանջվի առանց դրա: • Ռենտգենի և այլ ռենտգենագրման ծառայություններ, որոնց համար սովորաբար հաշիվները ներկայացվում են հիվանդանոցի կողմից: • Բժշկական նյութեր, ինչպես փայտաձողիկներ և գիպսային վիրակապեր • Կանխարգելիչ զննումներ և ծառայություններ, որոնք թվարկված են Նպաստների աղյուսակում • Որոշ դեղեր, որոնք դուք չեք կարող ստանալ ինքնուրույն	
	Ամբուլատոր հոգեկան բուժօգնություն Մենք կվճարենք հոգեկան բուժսպասարկման ծառայությունների համար, որոնք տրամադրվում են ներքոնշյալների կողմից՝ • նահանգի կողմից արտոնագրված հոգեբույժ կամ բժիշկ • կլինիկական հոգեբան • կլինիկական սոցիալական աշխատակից • կլինիկական բուժքույր-մասնագետ • բարձր որակավորմամբ բուժքույր • բժշկի օգնական • Medicare-ի կողմից որակավորված հոգեկան առողջության բուժօգնության որևէ այլ մասնագետ, ինչպես որ թույլատրվում է նահանգի գործող օրենքներով Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և հնարավոր է այստեղ չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • կլինիկական ծառայություններ • ցերեկային բուժում	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Ամբուլատոր հոգեկան բուժօգնություն (շարունակությունը) • հոգեբանասոցիալական վերականգնման ծառայություններ • մասնակի հոսպիտալացում/ինտենսիվ ամբուլատոր ծրագրեր • հոգեկան առողջության բուժօգնության անհատական և խմբակային գնահատում և բուժում • Հոգեբանական ստուգում, երբ կլինիկապես ցուցված է գնահատել հոգեկան առողջության բուժօգնության միջոցառումների արդյունքները • Ամբուլատոր ծառայություններ դեղորայքային բուժման վերահսկման նպատակներով • Ամբուլատոր լաբորատորիա, դեղեր, նյութեր և հավելումներ • Հոգեբույժի խորհրդատվություն	
	Ամբուլատոր վերականգնման ծառայություններ* Մենք կվճարենք ֆիզիոթերապիայի, մասնագիտական հիվանդությունների թերապիայի, խոսելախանգարման թերապիայի համար Դուք կարող եք ստանալ ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքի, անկախ թերապևտի գրասենյակի, բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատությունների (CORF-ների) և այլ հաստատությունների կողմից:	$0
	Թմրանյութերի չարաշահման բժշկման ամբուլատոր ծառայություններ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և հնարավոր է այստեղ չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • Ալկոհոլի չարաշահման սկանավորում և խորհրդատվություն • Թմրանյութերի չարաշահման բուժում • Որակավորված կլինիկական բժշկի կողմից խմբակային կամ անհատական խորհրդատվություն • Ենթասուր թունազերծում կախվածության բուժման վերականգնողական ծրագրի շրջանակներում	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Թմրանյութերի չարաշահման բժշկման ամբուլատոր ծառայություններ (շարունակությունը) • Ալկոհոլիզմով և թմրամոլությամբ հիվանդների վերականգնողական ծառայություններ ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման կենտրոնում • Նալտրեքսոնով (Naltrexone) (վիվիտրոլի՝ vivitrol) երկարաձգված ազդեցությամբ բուժում	
	Ամբուլատոր վիրաբուժություն* Մենք կվճարենք հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքներում և ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոններում տրամադրած ամբուլատոր վիրաբուժության և ծառայությունների համար:	$0
	Առանց դեղատոմսի (Over-the-counter, OTC) պարագաներ Մենք փոխհատուցում ենք առանց դեղատոմսի (OTC) ապրանքներ, ինչպիսիք են՝ վիտամիններ, արևապաշտպան, ցավազրկողներ, հազի/մրսածության դեմ դեղ և վիրակապեր: Յուրաքանչյուր 3 ամսվա համար դուք ստանում եք $60.00, որը կարող եք ծախսել պլանով հաստատված իրերի վրա: Ձեր եռամսյա նպաստն օգտագործման համար հասանելի է դառնում հունվար, ապրիլ, հուլիս և հոկտեմբեր ամիսներին: Ձեր կողմից չօգտագործված ցանկացած դոլարային գումար կտեղափոխվի հաջորդ 3 ամիսներ: Անպայման ամբողջը ծախսեք մինչև տարվա վերջ, քանի որ դրա վավերականությունն ավարտվում է օրացուցային տարվա վերջում: Առաքումը ձեզ համար չի արժենա ոչինչ: Առանց դեղատոմսի (OTC) պարագաներ ստանալու համար, դուք բժշկից դեղատոմս ստանալու կարիք չունեք: [Կարող եք զանգահարել 866-420-4010 հեռախոսահամարով, առցանց՝ www.MolinaHealthcareOTC.com կամ փոստով: Լրացուցիչ տեղեկությունների և առանց դեղատոմսի (OTC) դեղերի ամբողջական ցանկի համար հղում կատարեք ձեր Առանց դեղատոմսի (OTC) գրացուցակին կամ կապվեք ձեր պլանի ներկայացուցչի հետ:]	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Մասնակի հոսպիտալացման ծառայություններ* Մասնակի հոսպիտալացումը՝ դա ակտիվ հոգեբուժական կառուցվածքավորված ծրագիր է: Այն առաջարկվում է որպես հիվանդանոցի ամբուլատոր կամ հոգեկան առողջության բուժօգնության համայնքային կենտրոնի ծառայություն: Այն ավելի ինտենսիվ է, քան ձեր բժշկի կամ թերապևտի գրասենյակում ստացված բուժսպասարկումը: Դա կարող է օգնել ձեզ չգտնվել հիվանդանոցում:	$0
	Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ, ներառյալ բժշկի գրասենյակի այցելությունը Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ բուժօգնության կամ վիրաբուժական ծառայություններ այնպիսի վայրերում, ինչպիսիք են՝ ◦ բժշկի գրասենյակ ◦ արտոնագրված ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն* ◦ հիվանդանոցային ամբուլատոր բաժանմունք* • խորհրդատվություն, ախտորոշում և բուժում մասնագետի կողմից ◦ նախքան մասնագետին հանդիպելը խնդրում ենք նախ և առաջ այցելել ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի բժշկին՝ ուղեգիր ստանալու համար: • Լսողության և հավասարակշռության պահպանման հիմնական ստուգումներ, որոնք տրամադրվում են ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի կողմից, եթե ձեր բժիշկը ցուցում է դա, որպեսզի պարզի, արդյոք ձեզ հարկավոր է բուժում • Տելեհեալթ ծառայություններ՝ ինսուլտի ախտանիշները ախտորոշելու, գնահատելու կամ բուժելու համար • Վիրտուալ ստուգումներ (օրինակ՝ հեռախոսով կամ վիդեո զրույցով) ձեր մատակարարի հետ 5-10 րոպե, եթե ՝ **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ, ներառյալ բժշկի գրասենյակի այցելությունը (շարունակելի) ◦ դուք նոր հիվանդ չեք և ◦ զննումը կապ չունի գրասենյակի այցի հետ վերջին 7 օրվա ընթացքում և ◦ զննումը չի հանգեցնում 24 ժամվա ընթացքում գրասենյակային այցի կամ շուտափույթ այցի նշանակման • Ձեր բժշկին ուղարկած վիդեոյի և/կամ պատկերների գնահատում և բացատրություն և պատասխան ձեր բժշկի կողմից 24 ժամվա ընթացքում, եթե՝ ◦ դուք նոր հիվանդ չեք և ◦ գնահատումը կապ չունի գրասենյակի այցի հետ վերջին 7 օրվա ընթացքում և ◦ գնահատումը չի հանգեցնում 24 ժամվա ընթացքում գրասենյակային այցի կամ շուտափույթ այցի նշանակման • Ձեր բժշկի խորհրդատվությունը այլ բժիշկների հետ հեռախոսով, ինտերնետով կամ էլեկտրոնային առողջապահական գրառումներով, եթե դուք նոր հիվանդ չեք • Երկրորդ կարծիք այլ ցանցային մատակարարի կողմից նախքան բժշկական պրոցեդուրան • Ոչ ստանդարտ ատամնաբուժական բուժսպասարկում*: Ապահովագրված ծառայությունները սահմանափակվում են՝ ◦ ծնոտի կամ առնչվող կառուցվածքների վիրաբուժություն ◦ ծնոտի կամ դեմքի ոսկրերի կոտրվածքների վերադիրքավորում ◦ ատամների հեռացում նախքան ուռուցքային գոյացության ճառագայթումային բուժումը ◦ ծառայություններ, որոնք կփոխհատուցվեն, երբ տրամադրվեն բժշկի կողմից	

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Պոդիատրիայի ծառայություններ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • ոտնաթաթի վնասվածքների կամ հիվանդությունների (ինչպես մուրճանման մատը կամ գարշապարի բութակ) ախտորոշում և բժշկական կամ վիրաբուժական բուժում • ոտքերի վրա ներազդող հիվանդությամբ, ինչպես շաքարախտը, պլանի մասնակիցների ոտնաթաթի ստանդարտ բուժօգնություն	$0
	Շագանակագեղձի քաղցկեղի սկանավորման ստուգումներ 50 տարեկան և բարձր տարիքի տղամարդկանց համար, մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար 12 ամիսը մեկ անգամ՝ • ուղիղ աղիքի թվային ստուգում • շագանակագեղձին բնորոշ հակածնի (prostate specific antigen, PSA) ստուգում	$0
	Պրոթեզային սարքեր և առնչվող նյութեր* Պրոթեզային սարքերը փոխարինում են մարմնի մասի կամ գործառույթի մի մասը կամ ամբողջը: Մենք կվճարենք հետևյալ պրոթեզային սարքերի համար և հնարավոր է այստեղ չնշված այլ սարքերի համար՝ • Կոլոստոմիկ պարկեր և կոլոստոմիկ բուժօգնությանն առնչվող նյութեր • Մուտքագրում և ներարգանդային սնուցում, ներառյալ կերակրման մատակարարման փաթեթները, ինֆուզիոն պոմպը, խողովակները և աղապտերը, լուծումները և ինքնակառավարման ներարկումների լուծույթների մատակարարումը • Սրտի ռիթմի կանոնավորիչներ • Տաբատաձիգներ • Պրոթեզային կոշիկներ • Արհեստական ձեռքեր և ոտքեր • Կրծքի պրոթեզ (ներառյալ վիրաբուժական կրծկալ կրծքագեղձի հեռացումից հետո)	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Պրոթեզային սարքեր և առնչվող նյութեր* (շարունակությունը) • Պրոթեզներ՝ փոխարինելու դեմքի մարմնի արտաքին մասի ամբողջ մասը, որը հանվել կամ ճնասվել է հիվանդության, ճնասվածքի կամ բնածին արատների հետևանքով • Անպահության քսուք և տակդիրներ Մենք նաև կվճարենք պրոթեզային սարքերին վերաբերող որոշ նյութերի համար: Մենք նաև կվճարենք պրոթեզային սարքերի վերանորոգման և փոխարինման համար: Մենք կառաջարկենք որոշ փոխհատուցում կատարակտի հեռացումից կամ կատարակտի վիրահատությունից հետո: Մանրամասների համար տե՛ս ստորև այս բաժնում նշված «Տեսողության բուժօգնություն» մասը:	
	Թոքերի վերականգնման ծառայություններ Մենք կվճարենք այն մասնակիցների թոքերի վերականգնման ծրագրերի համար, որոնց մոտ առկա է միջինից մինչև շատ սուր թոքերի քրոնիկ խցանիչ հիվանդություն (chronic obstructive pulmonary disease, COPD): Դուք պետք է ունենաք թոքերի վերականգնման ցուցում թոքերի քրոնիկ խցանիչ հիվանդությունը (COPD) բուժող բժշկի կամ մատակարարի կողմից: Մենք կվճարենք հետևյալ շնչառական ծառայությունների համար թոքերի արհեստական օդափոխության սարքից կախված հիվանդների համար:	$0
	Սեռավարակների (STIs) ստուգում և խորհրդատվություն Մենք կվճարենք խլամիդիայի, սուսանակի, սիֆիլիսի և հեպատիտ Բ-ի սկրինինգի համար: Այս ստուգումները փոխհատուցվում են հղի կանանց և այն անձանց համար, ովքեր գտնվում են սեռավարակների (STIs) բարձր ռիսկի գոտում: Առաջնային բուժսպասարկման մատակարարը պետք է պատվիրի ստուգումները: Մենք փոխհատուցում ենք այդ ստուգումները 12 ամիսը մեկ անգամ կամ որոշակի ժամանակահատվածներում հղիության ընթացքում: Մենք նաև յուրաքանչյուր տարի կվճարենք մինչև երկու դեմ առ դեմ, բարձր ինտենսիվությամբ վարքագծային խորհրդատվության սեանսի համար սեռական կյանք վարող այն մեծահասակների համար, որոնք գտնվում են սեռավարակների (STIs)	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Սեռավարակների (STIs) ստուգում և խորհրդատվություն (շարունակությունը) բարձր ռիսկի գոտում: Յուրաքանչյուր սեանս կարող է տևել 20-ից 30 րոպե: Մենք կվճարենք այդ խորհրդատվական սեանսների համար, որպես կանխարգելիչ ծառայություն միայն, եթե դրանք տրամադրվել են առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի կողմից: Սեանսները պետք է անցկացվեն առաջնային բուժօգնության օղակի հաստատությունում, ինչպես բժշկի գրասենյակը:	
	Որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության (SNF) կողմից տրամադրվող բուժսպասարկում* Մեր պլանը ներառում է որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում (SNF) գտնվելու ժամանակահատվածը Medicare-ով և Ոչ-Medicare-ով առանց նախնական հոսպիտալացման: Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և հնարավոր է այստեղ չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • Երկտեղանոց սենյակ, կամ առանձին սենյակ, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է • Կերակուր՝ ներառյալ հատուկ սննդակարգերը • Բուժքույրական ծառայություններ • Ֆիզիոթերապիա, մասնագիտական հիվանդությունների թերապիա, խոսելախանգարման թերապիա • Այն դեղերը, որոնք դուք ստանում եք, որպես բուժսպասարկման պլանի մաս, ներառյալ օրգանիզմում բնականորեն առկա նյութերը, ինչպես արյան մակարդման գործոնները • Արյուն, ներառյալ պահեստավորումը և կառավարումը • Բժշկական և վիրաբուժական նյութեր, որոնք տրամադրվում են որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունների կողմից • Լաբորատոր ստուգումներ, որոնք տրամադրվում են որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունների կողմից • Ռենտգեն և այլ ռենտգենագրման ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունների կողմից	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության (SNF) կողմից տրամադրվող բուժսպասարկում* (շարունակությունը) • Հարմարանքներ, ինչպես անվասայլակներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունների կողմից • Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ Դուք ձեր բուժսպասարկումը սովորաբար կստանաք ցանցային հաստատություններից: Այնուամենայնիվ, դուք կկարողանաք ստանալ ձեր բուժօգնությունը մեր ցանցի մեջ չմտնող հաստատությունից: Դուք կարող եք բուժօգնություն ստանալ հետևյալ վայրերում, եթե դրանք ընդունեն մեր պլանի վճարման գումարները՝ • Բուժքույրական խնամքի տունը կամ տարեցների շարունակական բուժօգնության գիշերօթիկը, որտեղ դուք ապրել եք նախքան հիվանդանոց տեղափոխվելը (այնքան ժամանակ, որքան այն տրամադրում է բուժքույրական խնամքի ծառայություններ) • Բուժքույրական խնամքի հաստատություն, որտեղ ապրում է ձեր ամուսինը/կինը ձեր հիվանդանոցից դուրս գրվելու պահին	
	Վերահսկվող վարժեցման թերապիա (Supervised Exercise Therapy, SET) Պլանը պետք է վճարի այն սիմպտոմատիկ ծայրամասային զարկերակների հիվանդությամբ (peripheral artery disease, PAD) մասնակիցների վերահսկվող վարժեցման թերապիայի (SET) համար, որոնք ունեն բժշկից ուղեգիր, որը պատասխանատու է ծայրամասային զարկերակների հիվանդությամբ (PAD) բուժման համար: Պլանը կվճարի՝ • Մինչև 36 սեանս 12 շաբաթվա ընթացքում՝ վերահսկվող վարժեցման թերապիայի (SET) բոլոր պահանջները պահպանելու պայմանով: • Լրացուցիչ 36 սեսիաները ժամանակի ընթացքում, եթե այն համարվում է բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Վերահսկվող վարժեցման թերապիա (Supervised Exercise Therapy, SET) (շարունակությունը) Վերահսկվող վարժեցման թերապիայի (SET) ծրագիրը պետք է լինի: • Թերապևտիկ վարժությունների ծրագրի 30-ից 60-րոպեանոց դասընթացներ ծայրամասային զարկերակների հիվանդությամբ (PAD) մասնակիցների համար, որոնց մոտ գրանցվում են արյան վատ շրջանառության (միկրոկրծրիչային խանգարումներ) պատճառով ոտքերի ցնցումներ • Հիվանդանոցում ամբուլատոր կամ բժշկի գրասենյակ • Նշանակվի որակավորված անձնակազմի կողմից, համոզված լինելու համար, որ ծայրամասային զարկերակների հիվանդության (PAD) վարժությունների բուժումից ստացած օգուտը գերազանցում է վնասը: Անմիջական բժշկի, բժշկի օգնականի կամ բուժքրոջ/կլինիկական մասնագետի հսկողության ներքո, որոնք անցել են վերապատրաստում կենսապահովման ինչպես հիմնական, այնպես էլ առաջավոր մեթոդներում:	
	Անհետաձգելի բուժօգնություն Անհետաձգելի բուժօգնությունը՝ դա բուժօգնություն է, որ տրամադրվում է բուժելու համար՝ • ոչ-արտակարգ իրավիճակ, որը պահանջում է անհապաղ բժշկական օգնության, **կամ** • հանկարծակի հիվանդություն, **կամ** • վնասվածք, **կամ** • առողջական վիճակ, որն ունի անմիջապես բուժսպասարկման կարիք: Եթե դուք պահանջեք անհետաձգելի բուժօգնություն, դուք սկզբում պետք է փորձեք ստանալ այն ցանցային մատակարարի կողմից: Այնուամենայնիվ, դուք կարող եք օգտվել ոչ-ցանցային մատակարարներից, երբ չեք կարող օգտվել ցանցային մատակարարից: Չի փոխհատուցվում Միացյալ Նահանգներից և դրա տարածքներից դուրս՝ բացառությամբ առանձին հատուկ դեպքերի: Մանրամասնությունների համար, կապվեք պլանի հետ:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	Տեսողության բուժօգնություն Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Աչքի մեկ ստանդարտ ստուգում յուրաքանչյուր տարի, և • Մինչև $100 ակնոցների համար (շրջանակներ և լինզաներ) կամ մինչև $100 կոնտակտային ոսպնյակներ յուրաքանչյուր երկու տարին մեկ անգամ: Մենք կվճարենք ամբուլատոր բժշկական ծառայությունների համար աչքի հիվանդությունների և վնասվածքների բուժման և ախտորոշման նպատակով: Օրինակ՝ դա ներառում է շաքարախտային ռետինոպաթիայի համար շաքարախտով հիվանդների աչքերի ամենամյա զննում և տարիքային մակուլյար դեգեներացիայի բուժում: Գլաուկոմայի բարձր ռիսկի գոտում գտնվող հիվանդների համար մենք կվճարենք տարեկան գլաուկոմայի մեկ ստուգում: Գլաուկոմայի բարձր ռիսկի գոտում գտնվող հիվանդներ ներառում են՝ • Գլաուկոմայի ընտանեկան պատմություն ունեցող հիվանդներ • Շաքարախտով հիվանդներ • 50 տարեկան և բարձր տարիքի աֆրոամերիկացիներ • 65 տարեկան կամ բարձր հիսպանիկ ամերիկացիներ Մենք կվճարենք մեկ զույգ ակնոցների կամ կոնտակտային ոսպնյակների համար կատարակտի յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո, երբ բժիշկը տեղադրում է ներակնային ոսպնյակներ: (Եթե դուք ունեք կատարակտի երկու առանձին վիրահատություններ, դուք պետք է ստանաք մեկ զույգ ակնոց յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո: Դուք չեք կարող ստանալ երկու զույգ ակնոց երկրորդ վիրահատությունից հետո նույնիսկ, եթե դուք չեք ստացել մեկ զույգ ակնոց առաջին վիրահատությունից հետո): Մենք նաև կվճարենք ուղղիչ լինզաների և շրջանակների, ինչպես նաև դրանց փոխարինման համար, եթե դրանք անհրաժեշտ լինեն ձեզ կատարակտի հեռացումից հետո առանց ոսպնյակային իմպլանտատի:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Ի՞նչ պետք է դուք վճարեք
	«Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցելություն Մենք փոխհատուցում ենք միանվագ «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցելության համար: Այցելությունը ներառում է՝ • Ձեր առողջական վիճակի ուսումնասիրում, • Ձեզ անհրաժեշտ կանխարգելիչ ծառայությունների վերաբերյալ ուսուցում և խորհրդատվություն (ներառյալ ստուգումները և սրսկումները) և • Ուղեգրում այլ տեսակի բուժսպասարկման նպատակով, եթե դրա կարիքն ունեք: **Նշում:** Մենք հատուցում ենք «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցելության համար միայն առաջին 12 ամիսների ընթացքում, եթե դուք ունեք Medicare Մաս B: Այցելության պայմանավորվածություն ձեռք բերելիս՝ տեղեկացրեք ձեր բժշկի գրասենյակին, որ ցանկանում եք հերթագրվել ձեր «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցելության համար:	$0

E. Նպաստներ, որոնք փոխհատուցվում են Molina Dual Options-ից դուրս

Հետևյալ ծառայությունները չեն փոխհատուցվում Molina Dual Options-ի կողմից, սակայն հասանելի են Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի միջոցով:

E1. California-ի համայնքային անցումներ (California Community Transitions, CCT)՝

Կալիֆորնիայի համայնքային անցումների (CCT) ծրագիրն օգտագործում է տեղական առաջատար կազմակերպությունները՝ պարզելու Medi-Cal-ի իրավասու շահառուներին, որոնք ապրել են հաստատությունում 90 անընդմեջ օր և ցանկանում են վերադառնալ ամբուլատոր պայմանների: California համայնքային անցումների (CCT) ծրագրի դրամական միջոցների անցումային համակարգման ծառայություններ, նախաանցումային և 365 օրվա համար հետանցումային շրջանում, օգնելու շահառուներին վերադառնալ համայնք:

Դուք կարող եք ստանալ անցումային ծառայություններ California համայնքային անցումների (CCT) առաջատար կազմակերպությունների կողմից ձեր վարչական շրջանում: California համայնքային անցումների (CCT) առաջատար կազմակերպությունների և վարչական շրջանների ցանկը, որտեղ նրանք սպասարկում են, կարող եք գտնել Առողջապահության դեպարտամենտի (DHCS) վեբ կայքում՝ http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx:

California համայնքային անցումների (CCT) ծառայությունների անցումս համակարգմում

Medi-Cal կվճարի անցումային ծառայությունների համակարգման համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար: Ձեր California համայնքային անցումների (CCT) անցմանը չվերաբերող ծառայություններ.

Մատակարարը հաշիվ կներկայացնի Molina Dual Options-ին ձեր ծառայությունների համար: Molina Dual Options-ը կվճարի ծառայությունների համար ձեր անցումից հետո: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Մինչ դուք ստանում եք California համայնքային անցումների (CCT) անցումային համակարգման ծառայություններ, Molina Dual Options-ը կվճարի այս գլխի D բաժնում, Նպաստների աղյուսակում թվարկված ծառայությունների համար:

Molina Dual Options ապահովագրված դեղերի նպաստները չեն փոխվում՝

Դեղերը չեն փոխհատուցվում California համայնքային անցումների (CCT) ծրագրի կողմից: Դուք կշարունակեք ստանալ ձեր կանոնավոր դեղերի նպաստները Molina Dual Options-ի միջոցով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, տե՛ս Գլուխ 5:

Նշում: Եթե ձեզ հարկավոր չէ ոչ CCT-ի անցումային խնամք, դուք պետք է զանգահարեք ձեր Գործերի կառավարչին կամ Մասնակիցների սպասարկման բաժին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով ծառայությունները կարգավորելու համար: Ոչ-CCT բուժսպասարկումը՝ դա այն բուժսպասարկումս է, որը չի վերաբերում ձեր անցմանը հաստատությունից:

E2. Medi-Cal-ի ատամնաբուժական ծրագիր

Որոշակի ատամնաբուժական ծառայություններ հասանելի են Medi-Cal Dental Program (Denti-Cal) ծրագրի միջոցով, ինչպիսիք են՝

- նախնական զննում, ռենտգեն, մաքրում և ֆտորիդ բուժում
- վերականգնումներ և պսակներ
- արմատային խողովակի բուժում
- ատամնաշարի կարգավորում, վերանորոգում և ուղղում

ատամնաբուժական նպաստները Denti-Cal-ում վճարովի են: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, կամ, եթե ցանկանում եք գտնել ատամնաբույժ, որն ընդունում է Denti-Cal, խնդրում ենք զանգահարել Denti-Cal Beneficiary-ի սպասարկման բաժին 1-800-322-6384 հեռախոսահամարով (TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2922): Զանգն անվճար է: Denti-Cal ծրագրի ներկայացուցիչները հասանելի են 8:00-ից 17:00-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել Denti-Cal վեբ կայքը՝ https://www.denti-cal.ca.gov/:

Ի լրումն Denti-Cal վճարովի ծառայությանը, դուք կարող եք ստանալ ատամնաբուժական նպաստներ ատամնաբուժական ծառայությունների կարգավորվող բժշկական սպասարկման պլանի միջոցով: Ատամնաբուժական ծառայությունների կարգավորվող բժշկական սպասարկման պլանները գործում են Los Angeles վարչական շրջանում: Եթե դուք ցանկանում եք ստանալ լրացուցիչ տեղեկություն ատամնաբուժական պլանների վերաբերյալ, անհրաժեշտ է օգնություն ձեր ատամնաբուժական պլանը որոշելու, կամ ցանկանում եք փոխել ձեր ատամնաբուժական պլանները՝ կապվեք Health Care Options հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-430-4263 (TTY օգտվողները զանգահարեն՝ 1-800-430-7077), երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը: Զանգն անվճար է:

E3. Անբուժելի հիվանդների խնամք՝ հոսպիս

Դուք կարող եք բուժսպասարկում ստանալ Medicare-ի կողմից արտոնագրված անբուժելի հիվանդների յուրաքանչյուր ծրագրի կողմից: Եթե ձեր մատակարարը և հոսպիսի բժշկական տնօրենը եկել են այն եզրակացության, որ դուք ունեք անբուժելի հիվանդություն, ապա դուք ունեք հոսպիս ընտրելու իրավունք: Դա նշանակում է, որ դուք ունեք մահացու հիվանդություն, և ձեզ մնացել է ապրելու վեց կամ ավելի քիչ ամիսներ: Անբուժելի հիվանդների բուժսպասարկող բժիշկը կարող է լինել ինչպես ցանցային, այնպես էլ ոչ-ցանցային մատակարար:

Լրացուցիչ տեղեկությունների Molina Dual Options-ի վճարումների վերաբերյալ ձեր կողմից ստացվող հոսպիսային ծառայությունների համար՝ տե՛ս այս գլխի Բաժին D՝ Նպաստների աղյուսակը:

Medicare-ի Մաս A-ի կամ B-ի կողմից անբուժելի հիվանդների ծառայությունների և ապահովագրված ծառայությունների համար, որոնք վերաբերվում են անբուժելի հիվանդությանը՝

- Անհբուժելի հիվանդների խնամքի մատակարարը հաշիվ կներկայացնի Medicare-ին ձեր ծառայությունների համար: Medicare-ը կվճարի ձեր մահվան կանխատեսումներին առնչվող հոսպիսային ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Medicare-ի Մաս A-ի կամ B-ի կողմից ապահովագրված ծառայությունների համար, որոնք չեն վերաբերվում անբուժելի հիվանդությանը (բացառությամբ անհետաձգելի բուժօգնության կամ շտապ անհրաժեշտ բուժօգնության դեպքերի)՝

- Մատակարարը հաշիվ կներկայացնի Medicare-ին ձեր ծառայությունների համար: Medicare-ը կվճարի Medicare-ի Մաս A-ի կամ B-ի կողմից ապահովագրված ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Այն դեղերի համար, որոնք կարող են փոխհատուցել Molina Dual Options-ի Medicare Մաս D-ի նպաստներով:

- Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ անբուժելի հիվանդների պլանով և մեր պլանով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, տե՛ս Գլուխ 5:

Նշում: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է ոչ-հոսպիս խնամք, դուք պետք է զանգահարեք գործի կառավարչին կամ Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով ծառայությունները կարգավորելու համար: Ոչ-անբուժելի հիվանդների բուժսպասարկում՝ դա այն բուժսպասարկումն է, որը չի վերաբերում ձեր անբուժելի վիճակի կանխատեսումներին:

F. Նպաստներ, որոնք չեն փոխհատուցվում Molina Dual Options-ի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից

Այս բաժնում պատմվում է, ինչ տեսակի նպաստներն են բացառվում պլանի կողմից: Բացառված՝ նշանակում է, որ մենք չենք վճարում այդ նպաստների համար: Medicare-ը և Medi-Cal-ը նույնպես չեն վճարի դրանց համար:

Ներքոնշյալ ցանկը նկարագրում է որոշ ծառայություններ և պարագաներ, որոնք չեն փոխհատուցվում մեր կողմից ոչ մի պայմանով, և որոշները, որոնք բացառվում են մեր կողմից միայն որոշ դեպքերում:

Մենք չենք վճարի այս բաժնում (կամ տվյալ *Մասնակցի ձեռնարկում* որևէ այլ տեղ) նշված բացառվող բժշկական նպաստների համար, բացառությամբ ստորև նշված հատուկ պայմանների: Եթե դուք կարծում եք, որ մենք պետք է վճարենք չապահովագրված ծառայության համար, դուք կարող եք բողոքարկել: Բողոքարկելու վերաբերյալ հավելյալ տեղեկություն ստանալու համար տե՛ս Գլուխ 9-ը:

Ի լրումն Նպաստների աղյուսակում նկարագրված յուրաքանչյուր բացառության կամ սահմանափակման, հետևյալ պարագաները և ծառայությունները չեն փոխհատուցվում մեր պլանի կողմից՝

- Ոչ «հիմնավորված և բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ» համարվող ծառայությունները՝ համաձայն Medicare-ի և Medi-Cal-ի ստանդարտների, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այդ ծառայությունները թվարկված են մեր պլանի կողմից, որպես ապահովագրված ծառայություններ:
- Փորձարարական բժշկական և վիրահատական բուժումներ, պարագաներ և դեղեր, բացառությամբ, եթե դրանք ապահովագրված չեն Medicare-ի կողմից կամ Medicare կողմից

հավանության արժանացված կլինիկական հետազոտության շրջանակներում, կամ մեր պլանի կողմից: Տես Գլուխ 3, էջ՝ 45 կլինիկական հետազոտությունների վերաբերյալ հավելյալ տեղեկություն ստանալու համար: Փորձարարական բուժումները և պարագաները՝ դա նրանք են, որոնք բժշկական միության կողմից ընդհանուր ճանաչում ստացած չեն:

- Դպրոցի կողմից կամ վերականգնողական մարմնամարզության համար պահանջվող բժշկական զննություն
- Պաթոլոգիական գիրության համար վիրահատական բուժում, բացառությամբ, եթե այն բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է և Medicare-ը վճարում է դրա համար:
- Առանձին սենյակ հիվանդանոցում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է:
- Մասնավոր բուժքույրեր:
- Հիվանդանոցի կամ բուժքույրական խնամքի հաստատության սենյակում գտնվող ձեր անձնական իրերը, ինչպես հեռախոսը կամ հեռուստացույցը:
- Լրիվ դրույքով խնամքի ծառայություններ ձեր տանը:
- Ձեր անմիջական հարազատների կամ ձեր ընտանիքի մասնակիցների կողմից գանձվող վճարներ:
- Ընտրովի կամ կամավոր կազդուրման պրոցեդուրաներ կամ ծառայություններ (ներառյալ քաշի կորուստ, մազերի աճ, սեռական ակտիվություն, մարզական վիճակ, կոսմետիկ նպատակներ, երիտասարդացման և մտավոր գործունեություն), բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է:
- Կոսմետիկ վիրաբուժություն կամ այլ կոսմետիկ աշխատանք, բացառությամբ, եթե դրա անհրաժեշտությունը պայմանավորված չէ պատահարի արդյունքում առաջացած փսասվածքի հետևանքով կամ մարմնի որևէ մասի բարելավման նպատակով, որը ճիշտ չէ ձևավորված: Այնուամենայնիվ, մենք կվճարենք կրծքի վերականգնման համար կրծքագեղձի հեռացումից հետո, ինչպես նաև մյուս կրծքի մշակման համար դրանց համապատասխանությունն ապահովելու նպատակով:
- Անձնական հարմարավետության և հարմարության պարագաներ
- Այնպիսի ձևերի լրացում, ինչպիսիք են՝ հաշմանդամության, Կանանց, նորածինների և երեխաների ծրագրի (Woman, Infants, and Children, WIC), Տրանսպորտային միջոցների դեպարտամենտի (Department of Motor Vehicles, DMV)
- Օրթոպեդիկ կոշիկներ, եթե կոշիկներն ոտքի ֆիքսատորի մաս են կազմում և ներառված են ֆիքսատորի արժեքի մեջ կամ կոշիկները շաքարախտային ոտնաթաթի հիվանդություն ունեցող անձի համար է:
- Աջակցող սարքեր ոտքի համար, բացառությամբ օրթոպեդիկ կամ թերապևտիկ կոշիկների՝ շաքարախտային ոտնաթաթի հիվանդություն ունեցող հիվանդների համար:
- Ճառագայթային քերաթոտոմիա, LASIK վիրաբուժություն և այլ վատ տեսողության սարքեր:

- Մանրէազերծման ընթացակարգերի ամբողջական փոփոխում և առանց դեղատոմսի հակաբեղմնավորիչ միջոցներ:
- Ծառայություններ ԱՄՆ տարածքից դուրս, բացառությամբ արտակարգ բուժօգնության ծառայություններ, որոնք պահանջում են հոսպիտալացում Կանադայում կամ Մեքսիկայում
- Բնաթերապիայի ծառայություններ (բնական կամ այլընտրանքային բուժումների կիրառում):
- Վետերաններին տրամադրվող ծառայություններ Վետերանների գործերով զբաղվող դեպարտամենտում (Veterans Affairs, VA): Այնուամենայնիվ, երբ վետերանը ստանում է անհետաձգելի բուժօգնության ծառայություններ Վետերանների գործերով զբաղվող դեպարտամենտի հիվանդանոցում և Վետերանների գործերով զբաղվող դեպարտամենտի ծախսաբաժինն ավելին է, քան մեր պլանի շրջանակում, ապա մենք կփոխհատուցենք վետերանին տարբերությունը: Դուք դեռ պատասխանատու եք ձեր ծախսաբաժնի գումարների համար:
- Առանց դեղատոմսի դեղեր (OTC) (եթե չեն հաստատվել)
- Ոչ պարտադիր թլպատություններ

Գլուխ 5. Ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի ստացումը պլանի միջոցով

Ներածություն

Այս գլուխը բացատրում է ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերը ստանալու կանոնները: Սրանք այն դեղերն են, որոնք ձեր մատակարարը պատվիրում է ձեզ համար, որը դուք ստանում եք դեղատնից կամ փոստային պատվերի միջոցով: Դրանք ներառում են Medicare Մաս D-ով and Medi-Cal-ով ապահովագրված դեղերը մեջ: Հիմնական տերմինները և նրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով Մասնակցի ձեռնարկի վերջին գլխում:

Molina Dual Options-ը նույնպես փոխհատուցում է հետևյալ դեղերի համար, սակայն դրանք չեն քննարկվի այս գլխում՝

- Medicare-ի Մաս A-ի կողմից ապահովագրված դեղեր: Դրանք ներառում են ձեզ տրվող որոշ դեղեր, երբ դուք գտնվում եք հիվանդանոցում կամ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում:
- Medicare-ի Մաս B-ի կողմից ապահովագրված դեղեր: Դրանք ներառում են քիմիաթերապիայի որոշ դեղեր, բժշկի կամ մատակարարի գրասենյակի այցելության ժամանակ ձեզ տրվող որոշ դեղի ներարկումներ և դիալիզի կլինիկայում ձեզ տրվող դեղեր: Medicare-ի Մաս B-ի կողմից ապահովագրված դեղերի վերաբերյալ հավելյալ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 4-ում ներկայացված Նպաստների աղյուսակը:

Պլանի ամբուլատոր դեղորայքային փոխհատուցման կանոններ

Մենք, որպես կանոն, կփոխհատուցենք ձեր դեղերը այնքան ժամանակ, որքան դուք կհետևեք այս բաժնում նշված կանոններին:

1. Դուք մեր ցանցում պետք է ունենաք բժիշկ կամ մատակարար, որը դուրս է գրում ձեր դեղատոմսը: Այս անձը հաճախ ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարն (PCP) է: Այն կարող է նաև լինել այլ մատակարար, եթե ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը ուղեգրել է ձեզ նրա մոտ բուժսպասարկման:
2. Սովորաբար դուք պետք է օգտվեք ցանցային դեղատնից, որպեսզի ստանաք ձեր դեղատոմսով դեղը:
3. Ձեր դեղատոմսով դեղը պետք է լինի պլանի *Ապահովագրված դեղերի ցանկում*: Մենք այն կարճ անվանում ենք «Դեղերի ցանկ»:
   - Եթե այն նշված չէ Դեղերի ցանկում, մենք հնարավոր է կարողանանք փոխհատուցել այն՝ բացառություն անելով ձեզ համար:
   - Բացառության համար դիմելու վերաբերյալ տեղեկությունը կարող եք գտնել Գլուխ 9-ում:
4. Ձեր դեղը պետք է օգտագործվի բժշկական տեսանկյունից ընդունված ցուցման նպատակով: Սա նշանակում է, որ դեղի կիրառումը հաստատված է ինչպես Մթերային ապրանքների և դեղամիջոցների վերահսկողության վարչության կողմից, այնպես էլ հաստատվում է դեղամիջոցների տեղեկատուի կողմից:

Բովանդակություն

A. Ձեր դեղի բացթողումը դեղատոմսով 100
A1. Ձեր դեղատոմսով դեղի համալրումը ցանցային դեղատանը 100
A2. Ձեր ID անդամաքարտի կիրառումը, երբ դեղատոմսով դեղ եք ստանում 100
A3. Ինչ անել, եթե փոխադրվել եք մեկ այլ ցանցային դեղատուն 100
A4. Ինչ անել, եթե ձեր դեղատունը դուրս է գալիս ցանցից 100
A5. Մասնագիտացված դեղատնից օգտվելը 101
A6. Փոստային պատվերով ծառայություն՝ ձեր դեղը ստանալու համար 101
A7. Դեղերի երկարատև պաշարի ստացումը 103
A8. Օգտվել դեղատնից, որը պլանի ցանցում գրանցված 103
A9. Ձեր փոխհատուցումը, եթե դուք վճարեք դեղատոմսով դեղերի համար 103
B. Պլանի Դեղերի ցանկը 104
B1. Դեղերի ցանկի դեղերը 104
B2. Ինչպես գտնել դեղը Դեղերի ցանկում 104
B3. Դեղեր, որոնք Դեղերի ցանկում չեն 104
B4. Դեղերի ցանկի օղակները 105
C. Սահմանափակումներ որոշակի դեղերի վրա 106
D. Ձեր դեղը չփոխհատուցելու պատճառները 107
D1. Ժամանակավոր դեղապաշարի ստացում 108
E. Ձեր դեղերի փոխհատուցման փոփոխությունները 110
F. Դեղային փոխհատուցումը հատուկ դեպքերում 112
F1. Եթե ձեր գտնվելը հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում փոխհատուցվում է մեր պլանի կողմից 112
F2. Եթե դուք գտնվում եք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում 112
F3. Եթե դուք Medicare-ի անբուժելի հիվանդների հաստատագրված ծրագրի մասնակից եք 113
G. Դեղերի անվտանգության և դեղերի կառավարման ծրագիր 113
G1. Դեղերն անվտանգ ընդունելու աջակցման ծրագրեր մասնակիների համար 113
G2. Մասնակիցներին իրենց դեղերը կառավարելու աջակցման ծրագրեր 114
G3. Դեղի կառավարման ծրագիր՝ օգնելու մասնակիցներին իրենց օփիոիդային դեղերն անվտանգ ընդունել: 114

A. Ձեր դեղի բացթողումը դեղատոմսով

A1. Ձեր դեղատոմսով դեղի համալրումը ցանցային դեղատանը

Դեպքերի մեծամասնությունում մենք կվճարենք դեղատոմսով դեղերի համար **միայն**, եթե դրանք բաց են թողնվում մեր ցանցային որևէ դեղատնից: Ցանցային դեղատունը՝ դա դեղատուն է (դեղի վաճառքի խանութներ), որը համաձայնել է մեր պլանի մասնակիցներին դեղատոմսով դեղ տրամադրել: Դուք կարող եք այցելել մեր ցանցային դեղատներից յուրաքանչյուրը:

Ցանցային նոր դեղատուն կարող եք փնտրել *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի մեջ*, այցելել մեր վեբ կայքը կամ կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի կամ ձեր գործերի կառավարիչի հետ:

A2. Ձեր ID անդամաքարտի կիրառումը, երբ դեղատոմսով դեղ եք ստանում

Դեղատոմսով դեղ ստանալու համար **ցույց տվեք ձեր ID անդամաքարտը** ձեր ցանցային դեղատանը: Ցանցային դեղատունը մեզ կներկայացնի հաշիվներ ապահովագրված դեղատոմսով դեղերի համար:

Եթե ձեր պլանի ID անդամաքարտը ձեզ հետ չէ, երբ դուք ստանում եք ձեր դեղատոմսով դեղը, խնդրեք դեղատանը, որպեսզի նրանք զանգահարեն մեզ՝ ստանալու անհրաժեշտ տեղեկությունը:

Եթե դեղատունը ի վիճակի չէ ստանալ անհրաժեշտ տեղեկությունը, դուք հնարավոր է ստիպված լինեք վճարել դեղատոմսով դեղի ամբողջ արժեքն այն վերցնելու ժամանակ: Այնուհետև կարող եք դիմել մեզ հատուցում տրամադրելու խնդրանքով: Եթե դուք չեք կարող վճարել դեղերի համար, անհապաղ կապվեք Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ: Մենք կանենք հնարավորին բան ձեզ օգնելու համար:

- Տեղեկանալու համար, ինչպես դուք կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք փոխհատուցենք ձեզ, տե՛ս Գլուխ 7-ը:
- Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն դեղատոմսով դեղ ստանալու համար, կարող եք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի կամ ձեր գործերի կառավարիչի հետ:

A3. Ինչ անել, եթե փոխադրվել եք մեկ այլ ցանցային դեղատուն

Եթե դուք փոխեք դեղատները և դեղատոմսով դեղ ստանալու կարիք ունենաք, կարող եք դիմել, որպեսզի մատակարարի կողմից դուրս գրվի նոր դեղատոմս, ինչպես նաև դիմել, որպիսզի ձեր դեղատունը փոխանցի դեղատոմսը նոր դեղատանը, եթե լիցքավորման համար քանակությունն առկա է:

Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն ձեր ցանցային դեղատունը փոխելու հարցում, դուք կարող եք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ:

A4. Ինչ անել, եթե ձեր դեղատունը դուրս է գալիս ցանցից

Եթե այն դեղատունը, որից դուք օգտվում եք, դուրս գա պլանի ցանցից, դուք ստիպված կլինեք գտնել նոր ցանցային դեղատուն:

Ցանցային նոր դեղատուն գտնելու համար դուք կարող եք փնտրել այն *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի մեջ*, այցելել մեր վեբ կայքը կամ կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի կամ ձեր գործերի կառավարիչի հետ:

A5. Մասնագիտացված դեղատնից օգտվելը

Երբեմն դեղատոմսով դեղը պետք է բաց թողնվի մասնագիտացված դեղատան կողմից: Մասնագիտացված դեղատները ներառում են՝

- Դեղատներ, որոնք մատակարարում են դեղեր տնային ներերակային ներարկման թերապիայի համար:
- Դեղատներ, որոնք դեղեր են մատակարարում երկարատև բուժօգնության հաստատությունների բնակիչների համար, ինչպես բուժքույրական խնամքի տունը:
    - Սովորաբար երկարատև բուժօգնության հաստատություններն ունեն իրենց սեփական դեղատները: Եթե դուք հանդիսանում եք երկարատև հաստատության ռեզիդենտ, ապա մեք պետք է համոզված լինենք, որ դուք կարողանում եք ձեռք բերել ձեզ անհրաժեշտ դեղերը տվյալ հաստատության դեղատնից:
    - Եթե ձեր երկարատև խնամքի հաստատության դեղատունը չի մտնում մեր ցանց, կամ տվյալ երկարատև խնամքի հաստատությունում դուք դժվարանում եք ստանալ ձեր դեղերի նպաստները, խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ:
- Դեղատները, որոնք սպասարկում են Հնդիկների առողջապահական ծառայության/Ցեղային կենսակերպ վարող/Քաղաքաբնակ հնդիկների առողջապահական ծրագիրը: Բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների, միայն բնիկ ամերիկացիները կամ Ալյասկայի բնիկները կարող են օգտվել այդ դեղատներից:
- Դեղատներ, որոնք մատակարարում են այնպիսի դեղեր, որոնք պահանջում են հատուկ տիրապետում և հրահանգներ դրանց կիրառման համար:

Ցանցային մասնագիտացված դեղատուն գտնելու համար դուք կարող եք փնտրել այն *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի մեջ*, այցելել մեր վեբ կայքը կամ կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնիկամ ձեր գործերի կառավարիչի հետ:

A6. Փոստային պատվերով ծառայություն՝ ձեր դեղը ստանալու համար

Որոշակի տեսակի դեղերի համար դուք կարող եք օգտագործել պլանի ցանցի փոստային պատվերի ծառայությունները: Ընդհանուր առմամբ, փոստային պատվերով հասանելի դեղերը՝ դրանք այն դեղերն են, որոնք դուք կարող եք ընդունել պարբերական հիմունքով քրոնիկ կամ երկարատև հիվանդության դեպքում: Այն դեղերը, որոնք հասանելի չեն պլանի փոստային պատվերով ծառայության միջոցով, մեր Դեղերի ցանկում նշված են NM նշանով:

Մեր պլանի փոստային պատվերով ծառայությունը թույլ է տալիս ձեզ, պատվիրել դեղի առնվազն 30 օրվա պաշար և ոչ ավելի, քան 90 օրվա պաշարը: 90 օրվա պաշարների հառաքումն ունի նույն մեկ ամսվա հավելավճարը:

Իմ դեղատոմսով դեղապաշարի համալրումը փոստով

Պատվերի ձևերը և փոստով ձեր դեղատոմսով դեղը ստանալու վերաբերյալ տեղեկության համար խնդրում ենք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ ժամը 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով, կամ կարող եք այցելել www. MolinaHealthcare.com/Duals:

Սովորաբար, փոստային պատվերով դեղատոմսով դեղը հասնում է 10 օրվա ընթացքում: Խնդրում ենք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին ձեր դեղատոմսով դեղի ժամանակավոր մատակարարման ստանալու հետ կապված աջակցություն ստանալու նպատակով (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով, եթե ձեր փոստային պատվերը ուշացել է:

Փոստային պատվերի գործընթացները

Փոստային պատվիրների ծառայությունն ունի տարբեր ընթացակարգեր ձեզնից ստացած նոր դեղատոմսերի համար, այն նոր դեղատոմսերի համար, որը նա ստանում է անմիջապես ձեր մատակարարի գրասենյակից, և ձեր փոստով պատվիրված դեղատոմսերի համալրման համար:

1. **Նոր դեղատոմսեր, որոնք դեղատունը ստանում է ձեզնից**

   Դեղատունը ավտոմատ կերպով լրացնում և առաքում է ձեզնից ստացած նոր դեղատոմսերը:

2. **Նոր դեղատոմսեր, որոնք դեղատունը ստանում է անմիջապես ձեր մատակարարի գրասենյակից**

   Դեղատոմսն առողջապահական մատակարարից ստանալուց հետո, դեղատունը կկապվի ձեզ հետ՝ ճշտելու, արդյոք դուք ուզում եք անմիջապես համալրել ձեր դեղի պաշարը, թե դա անել ավելի ուշ:

   - Սա կտա ձեզ հնարավորություն համոզվելու, որ դեղատունն առաքում է ճիշտ դեղը (ներառյալ դեղի ուժը, գումարը և ձևը), և անհրաժեշտության դեպքում թույլ է տալիս ձեզ դադարեցնել կամ հետաձգել պատվերը մինչև այն առաքվելը:
   - Կարևոր է, ամեն անգամ պատասխանել, երբ ձեզ դիմում է դեղատունը, որպեսզի իմանան, թե ինչ պետք է անել նոր դեղատոմսի հետ և կանխել ցանկացած ձգձգում առաքման հետ կապված:

3. **Փոստային պատվերով ստացած դեղատոմսերի հիման վրա պաշարների համալրումը**

   Ձեր դեղերի համալրման համար դուք հնարավորություն ունեք գրանցվելու և ինքնաբերաբար ստանալու դեղերի համալրումը, որը կոչվում է Համալրման և նորացման ծրագիր (Refill and Renewal Program)*:* Այս ծրագրի միջոցով մենք կսկսենք ձեր դեղերի հաջորդ համալրման ինքնաբերաբար գործընթացը, եթե մեր տվյալների համաձայն ձեր դեղերը կարող են շուտով սպառվել:

   - Դեղատան ներկայացուցիչը կկապվի ձեզ հետ նախքան յուրաքանչյուր համալրման առաքումը, համոզված լինելու համար, որ դուք դեղերի կարիքն ունեք, ինչպես նաև կարող եք չեղարկել պլանավորված համալրումը, եթե ունեք բավարար քանակով դեղեր կամ, եթե դեղը փոխվել է:
   - Եթե դուք չեք ցանկանում օգտվել մեր համալրման ծրագրից, խնդրում ենք կապվել ձեր դեղատան հետ 10 օր առաջ մինչև ձեր ունեցած դեղերը կվերջանան և նոր պատվերը կառաքվի ժամանակին:

Համալրման և նորացման ծրագրից հրաժարվելու համար,որի միջոցով ինքնաբերաբար պատրաստվում են փոստային առաքման դեղերի համալրումները, խնդրում ենք կապվել մեզ հետ՝ զանգահարելով Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

Այսպես, դեղատունը կարող է կապվել ձեզ հետ՝ ձեր պատվերը առաքելուց առաջ հաստատելու համար. խնդրում ենք նշել ձեր հետ կապվելու լավագույն միջոցը: Դեղատունը ձեզ հետ կապ կհաստատի ձեր կողմից տրամադրված հեռախոսահամարով: Կարևոր է համոզվել, որ ձեր դեղատունն ունի ընթացիկ ամենաշատ կոնտակտային տվյալները:

A7. Դեղերի երկարատև պաշարի ստացումը

Դուք կարող եք ստանալ մեր պլանի Դեղերի ցանկում նշված պահպանիչ դեղերի երկարատև պաշար: Պահպանիչ դեղերը՝ դրանք այն դեղեր են, որոնք դուք ընդունում եք պարբերական հիմունքով քրոնիկ կամ երկարատև հիվանդության համար:

Որոշ ցանցային դեղատներ թույլ են տալիս ձեզ ստանալ պահպանիչ դեղերի երկարատև պաշար: 90 օրվա պաշարների հառաքումն ունի նույն մեկ ամսվա հավելավճարը: *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն* տեղեկացնում է ձեզ, որ դեղատները կարող են տրամադրել ձեզ պահպանիչ դեղերի երկարատև պաշար: Դուք նաև կարող եք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:

Որոշակի տեսակի պահպանիչ դեղերի երկարատև պաշարը ստանալու համար, կարող եք օգտվել պլանի ցանցի փոստային պատվերի ծառայություններից: Տե՛ս վերոնշյալ բաժինը և ծանոթացեք փոստային պատվերի ծառայություններին:

A8. Օգտվել դեղատնից, որը պլանի ցանցում գրանցված

չէ՛ Սովորաբար, մենք վճարում ենք ոչ-ցանցային դեղատանը բաց թողնված դեղերի համար միայն, եթե դուք չեք կարող օգտվել ցանցային դեղատնից: Մենք ունենք մեր սպասարկման տարածքից դուրս գտնվող ցանցային դեղատներ, որտեղ ձեզ՝ որպես մեր պլանի մասնակցի համար, կարող են բաց թողնվել ձեր դեղատոմսով դեղերը:

Մենք կվճարենք ոչ-ցանցային դեղատանը բաց թողնցված դեղերի համար հետևյալ դեպքերում՝

- Եթե դեղատոմսով դեղը վերաբերվում է շտապ անհրաժեշտ բուժօգնությանը
- Եթե այս դեղատոմսով դեղերն առնչվում են անհետաձգելի բուժօգնության հետ:
- Փոխհատուցումը կսահմանափակվի 31 օրվա պաշարով, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դեղատոմսն ավելի կարճ ժամկետով է դուրս գրված

Այս դեպքերում խնդրում ենք սկզբից ճշտել Մասնակիցների սպասարկման բաժնից, և պարզել, արդյոք մոտակայքում գոյություն ունի որևէ ցանցային դեղատուն:

A9. Ձեր փոխհատուցումը, եթե դուք վճարեք դեղատոմսով դեղերի համար

Ոչ-ցանցային դեղատնից օգտվելու դեպքում, դուք սովորաբար պետք է վճարեք ձեր դեղատոմսով դեղի ամբողջ արժեքը: Կարող եք դիմել մեզ փոխհատուցում տրամադրելու խնդրանքով:

Սրա վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 7-ը:

B. Պլանի Դեղերի ցանկը

Մենք ունենք *Ապահովագրված դեղերի ցանկ*։ Մենք այն կարճ անվանում ենք «Դեղերի ցանկ»:

Դեղերի ցանկի դեղերն ընտրված են մեր կողմից բժիշկների և դեղագործների խմբի օգնությամբ: Դեղերի ցանկը նաև տեղեկացնում է ձեզ, արդյոք գոյություն ունեն որևէ կանոններ, որոնց դուք պետք է հետևեք ձեր դեղերը ստանալու համար:

Մենք սովորաբար պետք է փոխհատուցենք Դեղերի ցանկում ներառված դեղի համար այնքան ժամանակ, որքան դուք հետևում եք այս գլխում բացատրվող կանոններին:

B1. Դեղերի ցանկի դեղերը

Դեղերի ցանկը ներառում է դեղեր, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի Մաս D-ով, ինչպես նաև որոշ դեղատոմսով դեղեր և առանց դեղատոմսի դեղեր (OTC), ապրանքներ, որոնք փոխհատուցվում են ձեր Medi-Cal-ի նպաստների հաշվով:

Դեղերի ցանկը ներառում է ապրանքանիշային անվանումով BYSTOLIC և ջեներիկ դեղեր, օրինակ՝ մետոպրոլոլ *(metoprolol)*: Ջեներիկ և ապրանքանիշային անվանումով դեղն ունի միևնույն ակտիվ բաղադրությունը: Ընդհանրապես, դրանք ներազդում են նույնքան լավ, որքան ապրանքանիշային անվանումով դեղերը և սովորաբար արժեն ավելի էժան:

Մեր պլանն ապահովագրում է նաև որոշ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր և ապրանքներ։ Առանց դեղատոմսի (OTC) որոշ դեղեր ավելի էժան արժեն, քան դեղատոմսով դեղերը և ներազդում նույնքան լավ: Լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին:

B2. Ինչպես գտնել դեղը Դեղերի ցանկում

Պարզելու համար, արդյոք ձեր ընդունած դեղը ներառված է Դեղերի ցանկում, դուք կարող եք՝

- Ստուգել Դեղերի ցանկի ամենա վերջին տարբերակը, որը մենք ուղարկել ենք ձեզ փոստով:
- Այցելել պլանի վեբ կայքը www.MolinaHealthcare.com/Duals հասցեով: Վեբ կայքում գտնվող Դեղերի ցանկը միշտ ներկայացված է ամենա վերջին տարբերակով:
- Զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին, և պարզել, արդյոք դեղը ներառված է Դեղերի ցանկում, կամ պահանջել ցանկի պատճենը:
- Դիմել ձեր գործերի կառավարիչին, պարզելու թե արդյոք դեղը գտնվում է պլանի Դեղերի ցանկում։

B3. Դեղեր, որոնք Դեղերի ցանկում չեն

Մենք չենք փոխհատուցում բոլոր դեղատոմսով դեղերը: Որոշ դեղեր չեն մտնում Դեղերի ցանկի մեջ, քանի որ օրենքը թույլ չի տալիս, որպեսզի մենք փոխհատուցենք այդ դեղերի համար: Այլ դեպքերում մենք որոշել ենք չներառել դեղը Դեղերի ցանկի մեջ:

Molina Dual Options-ը չի վճարի այս բաժնում թվարկված դեղերի համար: Նրանք կոչվում են **բացառված դեղեր**: Եթե դուք դեղատոմս եք ստանում բացառված դեղի համար, դուք պետք է վճարեք դրա համար ինքներդ: Եթե դուք կարծում եք, որ մենք պետք է վճարենք բացառված դեղի համար, քանի որ ձեր գործն է այդպես պահանջում, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: (Բողոքարկման ձևերին ծանոթանալու համար, տե՛ս Գլուխ 9-ը:)

Ահա երեք ընդհանուր կանոններ բացառված դեղերի համար՝

1. Մեր պլանի ամբուլատոր դեղերի ապահովագրությունը (այդ թվում՝ Մաս D և Medi-Cal-ի դեղերը) չի կարող վճարել ապահովագրված դեղի համար համաձայն Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի: Դեղերը, որոնք ապահովագրված են Medicare-ի Մաս A-ով և Մաս B-ով, ապահովագրվում են Molina Dual Options-ի կողմից անվճար, սակայն դրանք չեն համարվում ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի նպաստների մաս:
2. Մեր պլանը չի կարող փոխհատուցել ԱՄՆ-ից և դրա տարածքներից դուրս գնված դեղի համար:
3. Դեղի կիրառոումը՝ որպես ձեր հիվանդության բուժման միջոց, պետք է հաստատվի ինչպես Մթերային ապրանքների և դեղամիջոցների վերահսկողության վարչության (Food and Drug Administration, FDA), այնպես էլ՝ որոշ դեղային միջոցների տեղեկատուի կողմից: Ձեր բժիշկը կարող է նշանակել որոշակի դեղ ձեր հիվանդությունը բուժելու համար նույնիսկ, եթե հաստատված չէ, որ այն կբուժի ձեր հիվանդությունը: Սրան անվանում են դեղերի օգտագործում ոչ ըստ ցուցումների: Մեր պլանը, սովորաբար, չի փոխհատուցում դեղերի համար, երբ դրանք նշանակված են ոչ ըստ ցուցումների օգտագործման համար:

Նույնպես, ըստ օրենքի, ստորև թվարկված դեղերի տեսակները չեն փոխհատուցվում Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից:

- Պտղաբերությանը նպաստող դեղեր
- Կոսմետիկ նպատակներով կամ մազերի աճը խթանելու նպատակով օգտագործվող դեղեր:
- Սեռական կամ էրեկցիայի դիսֆունկցիայի բուժման համար օգտագործվող դեղեր, ինչպիսիք են Viagra®, Cialis®, Levitra® և Caverject®
- Ամբուլատոր դեղեր, երբ ընկերությունը, որը պատրաստում է դեղեր, հայտնում է, որ դուք պետք է թեստեր հանձնեք կամ օգտվեք ծառայություններից, որոնք անց են կացվում և տրամադրվում են միայն իրենց կողմից:

B4. Դեղերի ցանկի օղակները

Մեր Դեղերի ցանկում եղած յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է ծախսերի երեք (3) օղակներից մեկում: Օղակ՝ դա հիմնականում նույն տեսակի դեղերի խումբ է (օրինակ՝ ապրանքանիշային անվանումով, ջեներիկ, կամ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր):

- 1-ին օղակի դեղերը հանդիսանում են ջեներիկ դեղեր: 1-ին օղակի դեղերի համար դուք ոչինչ չեք վճարում:
- 2-րդ օղակի դեղերը հանդիսանում են ապրանքանիշային անվանումով դեղեր: 2-ին օղակի դեղերի համար դուք ոչինչ չեք վճարում:
- 3-րդ օղակի դեղերը հանդիսանում են ոչ-Medicare Rx/առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր: 3-ին օղակի դեղերի համար դուք ոչինչ չեք վճարում:

Պարզելու համար, ծախսերի որ օղակում է գտնվում ձեր դեղը, փնտրեք այն մեր Դեղերի ցանկում:

Գլուխ 6-ում նշված է այն գումարը, որը դուք վճարում եք յուրաքանչյուր օղակի դեղերի համար:

C. Սահմանափակումներ որոշակի դեղերի վրա

Որոշակի դեղատոմսով դեղերի համար հատուկ կանոններով գործում են սահմանափակումներ պլանի կողմից դեղերի փոխհատուցման ձևերի և ժամկետների վերաբերյալ: Ընդհանուր առմամբ, մեր կանոնները խրախուսում են ձեզ ստանալ դեղ, որն օգնում է առողջական վիճակի բարելավմանը, ինչպես նաև անվտանգ է և արդյունավետ: Այն դեպքում, երբ անվտանգ, ցածրարժեք դեղը ներազդում է նույնքան լավ, որքան որ բարձրարժեքը, մենք ակնկալում ենք, որ ձեր մատակարարը նշանակի ցածրարժեք դեղը:

Եթե գոյություն ունի հատուկ կանոն ձեր դեղի համար, այն սովորաբար նշանակում է, որ դուք կամ ձեր մատակարարը պետք է ձեռնարկեք լրացուցիչ քայլեր, որպեսզի մենք փոխհատուցենք դեղի համար: Օրինակ, ձեր մատակարարը կարող է սկզբում ասել մեզ ձեր ախտորոշումը կամ արյան ստուգման արդյունքները: Եթե դուք կամ ձեր մատակարարը կարծում եք, որ մեր կանոնը կիրառելի չէ ձեր իրավիճակի նկատմամբ, դուք պետք է դիմեք մեզ բացառություն ստանալու համար: Մենք կարող ենք համաձայնվել կամ չհամաձայնվել թույլ տալ ձեզ օգտագործել դեղը առանց լրացուցիչ քայլեր նախաձեռնելու:

Բացառություն հայցելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար տե՛ս Գլուխ 9-ը:

Նախնական թույլտվությունը (Prior authorization, PA)՝ որոշակի չափանիշ է, որը պետք է բավարարված լինի նախքան դեղը կփոխհատուցվի: Օրինակ, ախտորոշման, լաբորատոր գնահատումների, կամ նախորդ բուժումների փորձերի և ձախողումների դեպքում:

Փուլային բուժում (Step therapy, ST)՝ որոշակի ծախսարդյունավետ դեղեր պետք է օգտագործվեն նախքան այլ ավելի թանկ դեղերի ապահովագրումը: Օրինակ, որոշ ապրանքանիշային անվանումով դեղեր կհատուցվեն միայն այն դեպքում, եթե ջեներիկ այլընտրանքային դեղն առաջին հերթին է փորձարկվել:

Քանակական սահմանաչափ (Quantity limit, QL)՝ որոշ դեղեր ունեն փոխհատուցվող առավելագույն քանակ: Օրինակ, Մթերային ապրանքների և դեղամիջոցների վերահսկողության վարչության (FDA) կողմից հաստատված որոշակի դեղեր, որոնք պետք է ընդունել ամեն օր, կարող են ունենալ քանակական սահմանափակում, 30 հատ՝ 30 օրվա համար:

Բ/Դ՝ որոշակի դեղեր կախված հանգամանքներից կարող են փոխհատուցվել Medicare Մաս B-ով կամ D-ով:

1. **Ապրանքանիշային անվանումով դեղի կիրառման սահմանափակում, երբ հասանելի է դրա ջեներիկ տարբերակը**

   Ընդհանրապես, ջեներիկ դեղը ներազդում է նույն կերպ, ինչպես և ապրանքանիշային անվանումով դեղը և սովորաբար արժե ավելի էժան: Եթե գոյություն ունի ապրանքանիշային անվանումով դեղի ջեներիկ տարբերակը, մեր ցանցային դեղատները կտրամադրեն ձեզ ջեներիկ տարբերակը:

   - Սովորաբար մենք չենք վճարում ապրանքանիշային անվանումով դեղի համար, եթե կա դրա ջեներիկ տարբերակը:
   - Այնուամենայնիվ, եթե ձեր մատակարարը հայտնել է մեզ բժշկական հիմնավորումը, որ ո՛չ ջեներիկ դեղը, ո՛չ էլ այլ ապահովագրված դեղեր, որոնք ցուցված են նույն հիվանդության համար, չեն ներազդի ձեր դեպքում, ապա այդ դեպքում մենք կփոխհատուցենք ապրանքանիշային անվանումով դեղի համար:

2. Նախապես ստանալ պլանի հավանություն

Որոշ դեղերի համար դուք կամ ձեր բժիշկը պետք է ստանաք Molina Dual Options-ի հավանությունը նախքան ձեր դեղատոմսով դեղը ստանալը: Եթե դուք չստանաք հավանություն, Molina Dual Options-ը հնարավոր է չփոխհատուցի դեղերի համար:

3. Սկզբում փորձեք այլ դեղ օգտագործել

Ընդհանրապես, մենք ցանկանում ենք, որ դուք փորձեք օգտագործել էժան դեղեր (որոնք հաճախակի նույնքան արդյունավետ են) նախքան մենք կփոխհատուցենք ավելի թանկարժեք դեղերը: Օրինակ, եթե դեղ A-ն և դեղ B-ն բուժում են նույն հիվանդությունը, և դեղ A-ն արժե ավելի էժան, քան դեղ B-ն, մենք կարող ենք պահանջել ձեզնից նախ փորձել դեղ A-ն:

Եթե դեղ A-ն չի ներազդում ձեր դեպքում, ապա մենք կփոխհատուցենք դեղ B-ն: Սա կոչվում է փուլային բուժում:

4. Քանակի սահմանափակումներ

Որոշ դեղերի համար մենք սահմանափակում ենք դեղի քանակը, որը դուք կարող եք ստանալ: Սա կոչվում է քանակական սահմանափակում: Օրինակ, մենք կարող ենք սահմանափակել դեղի համալրման չափը՝ յուրաքանչյուր անգամ ձեր դեղատոմսով դեղերը ստանալու պահին:

Պարզելու համար, արդյո՞ք վերոնշյալ կանոններից ոմանք կիրառելի են ձեր ընդունած կամ որ ցանկանում եք ընդունել դեղի նկատմամբ, ստուգեք Դեղերի ցանկը: Ամենավերջին տեղեկատվության համար զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին կամ ստուգեք մեր վեբ կայքը www.MolinaHealthcare.com/Duals հասցեով:

D. Ձեր դեղը չփոխհատուցելու պատճառները

Մենք փորձում ենք ապահովել ձեր դեղային փոխհատուցման արդյունավետ աշխատանքը, բայց երբեմն դեղը հնարավոր է չփոխհատուցվի այն կերպ, ինչպես դուք կցանկանայիք, որ այն փոխհատուցվեր: Օրինակ,

- Այն դեղը, որը դուք ցանկանում եք ընդունել, չի փոխհատուցվում մեր պլանի կողմից: Դեղը կարող Դեղերի ցանկում ընդգրկված չլինի: Դեղի ջեներիկ տարբերակը հնարավոր է փոխհատուցվի, իսկ ապրանքանիշային անվանումով տարբերակը, որը դուք ցանկանում եք ընդունել՝ ոչ: Դեղը հնարավոր է նոր լինի և մենք դեռևս հասցրած չլինենք ստուգել դրա անվտանգությունը և արդյունավետությունը:
- Դեղը փոխհատուցվում է, սակայն գոյություն ունեն հատուկ կանոններ կամ սահմանափակումներ դրա փոխհատուցման նկատմամբ: Ինչպես բացատրվում է վերոնշյալ բաժնում, մեր պլանի կողմից ապահովագրված որոշ դեղեր ունեն կանոններ, որոնք սահմանափակում են դրանց օգտագործումը: Որոշ դեպքերում դուք կամ ձեր դեղատոմս դուրս գրողը կարող է ցանկանալ դիմել մեզ կանոնից բացառություն անելու համար:

Գոյություն ունեն գործողություններ, որոնք դուք կարող եք ձեռնարկել, եթե ձեր դեղը չի փոխհատուցվում այնպես, ինչպես դուք կցանկանայիք, որ դա տեղի ունենար:

D1. Ժամանակավոր դեղապաշարի ստացում

Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք տրամադրել ձեզ դեղի ժամանակավոր պաշար, եթե այն ընդգրկված չէ Դեղերի ցանկում կամ, եթե այն ինչ-որ կերպ սահմանափակված է: Սա ձեզ ժամանակ կտա զրուցել ձեր մատակարարի հետ այլ դեղ ստանալու վերաբերյալ կամ դիմել մեզ դեղը փոխհատուցելու խնդրանքով:

Դեղի ժամանակավոր պաշար ստանալու համար, դուք պետք է բավարարեք ստորև նշված երկու կանոնների՝

1. Այն դեղը, որը դուք ընդունում էիք՝
   - այլևս չի մտնում մեր Դեղերի ցանկի մեջ, **կամ**
   - երբևէ չի մտել մեր Դեղերի ցանկի մեջ, **կամ**
   - այժմ ինչ-որ ձևով սահմանափակված է:
2. Դուք պետք է լինեք այս իրավիճակներից որևէ մեկում՝

- Դուք պլանի մեջ էիք անցած տարի:
  - Մենք կարող ենք ժամանակավոր բավարարել ձեր դեղի համալրումը **օրացուցային տարվա առաջին 90 օրերի ընթացքում**:
  - Այս ժամանակավոր դեղապաշարի համալրումը կտևի մինչև 60 օր:
  - Եթե ձեր դեղատոմսը գրված է ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ կտանք կատարել պաշարների բազմաթիվ համալրում, որպեսզի ապահովենք մինչև առավելագույնը դեղի 60 օրվա պաշարը: Դուք պետք է ստանաք դեղատոմսով դեղը ցանցային դեղատնից:
  - Երկարատև խնամքի դեղատները կարող են տրամադրել դեղատոմսով դեղը փոքր քանակությամբ՝ կորուստներից խուսափելու համար:
- Դուք մեր պլանում նոր մասնակից եք:
  - Մենք կփոխհատուցենք ձեր դեղի պաշարը **մեր Պլանում գտնվելու ձեր անդամակցության առաջին 90 օրերի ընթացքում:**
  - Այս ժամանակավոր պաշարը կկազմի մինչև 60 օրվա պաշար:
  - Եթե ձեր դեղատոմսը գրված է ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ կտանք կատարել պաշարների բազմաթիվ համալրում, որպեսզի ապահովենք մինչև առավելագույնը դեղի 60 օրվա պաշարը: Դուք պետք է ստանաք դեղատոմսով դեղը ցանցային դեղատնից:
  - Երկարատև խնամքի դեղատները կարող են տրամադրել դեղատոմսով դեղը փոքր քանակությամբ՝ կորուստներից խուսափելու համար:
- Դուք գտնվում եք Պլանում 90 օրից ավել և բնակվում եք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում և ձեզ անմիջապես հարկավոր է դեղապաշար:
  - Մենք կփոխհատուցենք մեկանգամյա 31 օրվա պաշար, կամ ավելի քիչ, եթե ձեր դեղատոմսը դուրս է գրված ավելի քիչ օրերի համար: Սա ի լրումն վերոնշյալ ժամանակավոր մատակարարման:

- Եթե դուք երկարատև բուժօգնության (LTC) հաստատության նոր բնակիչ եք և անդամագրված եք մեր Պլանում 90 օրից ավել, և ձեզ հարկավոր է դեղ, որը ներառված չէ մեր դեղաբանական տեղեկատուի մեջ կամ ենթակա է այլ սահմանափակումների, ինչպես փուլային բուժումը կամ դեղաչափի սահմանափակումները, մենք կփոխհատուցենք այդ դեղի ժամանակավոր 31 օրվա անհետաձգելի պաշարը (բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դեղատոմսը դուրս է գրված ավելի քիչ օրերի համար), քանի դեռ մասնակիցը փորձում է ստանալ բացառություն դեղաբանական տեղեկատուից: Բացառությունները հասանելի են այնպիսի իրավիճակներում, երբ դուք նկատում եք ձեր կողմից ստացվող բուժօգնության մակարդակի փոփոխություն, և որի հետևանքով դուք պարտադրված եք տեղափոխվել մի հաստատությունից կամ բժշկական կենտրոնից մեկ այլ: Նման հանգամանքներում դուք իրավունք կունենաք ստանալ ժամանակավոր, միանվագ դեղատոմսով դեղի բացառություն նույնիսկ, եթե առաջին 90 օրվա ժամկետը, որպես պլանի մասնակից, սպառվել է: Սա միայն Medicare-ի Մաս D-ի ապահովագրված դեղերի համար է և չի կիրառվում Medi-Cal-ի ապահովագրված դեղերի նկատմամբ: Խնդրում ենք ուշադրություն դարձնել, որ մեր տեղափոխման քաղաքականությունը կիրառվում է միայն այն դեղերի նկատմամբ, որոնք հանդիսանում են «Մաս D-ի դեղեր» և գնված են ցանցային դեղատնից: Փոխադրման քաղաքականությունը չի կարող օգտագործվել՝ գնելու Մաս D-ին չպատկանող դեղ կամ մեր ցանցից դուրս վաճառվող դեղ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դուք իրավունք ունեք օգտվել ոչ-ցանցային հաստատությունից:
- Դեղի ժամանակավոր պաշար ստանալու նպատակով դիմելու համար խնդրում ենք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին:

Դեղի ժամանակավոր պաշարը ստանալուց հետո, ձեզ հարկավոր է զրուցել ձեր մատակարարի հետ և որոշել, ինչ անել, երբ ձեր պաշարը սպառվի: Ահա ձեր ընտրության հնարավորությունները՝

- Դուք կարող եք անցնել այլ դեղի օգտագործմանը

  Հնարավոր է լինեն մեր պլանի կողմից ապահովագրված տարբեր դեղերը, որոնք կարող են օգնել ձեզ: Կարող եք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին և խնդրել այն ապահովագրված դեղերի ցանկը, որոնք ցուցված են նույն հիվանդության համար: Ցանկը կարող է օգնել ձեր մատակարարին գտնելու այն դեղը, որը ձեզ կօգնի:

  ԿԱՄ

- Դուք կարող եք խնդրել բացառություն ստանալու համար:

  Դուք և ձեր մատակարարը կարող եք մեզ խնդրել բացառություն անել: Օրինակ, դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխհատուցել դեղը նույնիսկ, եթե այն չի մտնում Դեղերի ցանկի մեջ: Կամ դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխհատուցել դեղն առանց սահմանափակումների: Եթե ձեր մատակարարն ասի, որ դուք լավ բժշկական հիմնավորում ունեք բացառություն ստանալու համար, ապա նա կարող է օգնել ձեզ՝ խնդրելու նման բացառություն:

Եթե այն դեղը, որը դուք ընդունում եք, դուրս կբերվի Դեղերի ցանկից կամ կսահմանափակվի որևէ կերպ հաջորդ տարվա համար, մենք թույլ կտանք ձեզ դիմել բացառություն ստանալու համար մինչև մյուս տարի:

- Մենք տեղյակ կպահենք ձեզ հաջորդ տարվա համար ձեր դեղի փոխհատուցման յուրաքանչյուր փոփոխության վերաբերյալ: Դուք կարող եք խնդրել մեզ բացառություն անել

և փոխհատուցել դեղը այն ձևով, որով դուք կցանկանայիք, որ այն փոխհատուցվեր հաջորդ տարում:

- Մենք կպատասխանենք բացառություն ստանալու ձեր հայտին՝ ձեր հայտը ստանալուց 72 ժամվա ընթացքում (կամ ձեր դեղատոմս դուրս գրողի հիմնավորող հայտարարությունը):

Բացառություն հայցելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար տե՛ս Գլուխ 9-ը:

Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն բացառություն հայցելու հարցում, դուք կարող եք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի կամ ձեր գործերի կառավարիչի հետ:

E. Ձեր դեղերի փոխհատուցման փոփոխությունները

Դեղերի ապահովագրության մեջ շատ փոփոխություններ կատարվում են հունվարի 1-ին, սակայն մենք Դեղերի ցանկում կարող ենք ավելացնել կամ հանել դեղերը տարվա ընթացքում: Մենք նույնպես կարող ենք փոխել մեր կանոնները դեղի վերաբերյալ: Օրինակ, մենք կարող ենք.

- Որոշել՝ պահանջել կամ չպահանջել նախնական համաձայնություն դեղի համար: (Նախնական թույլտվությունը դեղն ընդունելուց առաջ Molina Dual Options-ի կողմից ստացած ձեր թույլտվությունն է:)
- Ավելացնել կամ փոփոխել դեղերի քանակը, որը դուք կարող եք ստանալ (կոչվում է, «քանակական սահմանափակումները»):
- (Ավելացնել կամ փոփոխել փուլային բուժման սահմանափակումները): (Փուլային բուժումը նշանակում է, որ դուք պետք է փորձեք մի դեղ, մինչ մենք կփոխհատուցենք մյուսը:)

Այս դեղերի վերաբերյալ կանոնների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Բաժին C՝ այս գլխի սկզբում:

Եթե դուք ստանում եք դեղ, որն ապահովագրված էր տարվա **սկզբից**, ապա ընդհանուր առմամբ, մենք չենք հանի այդ դեղը կամ փոփոխի այդ դեղի ապահովագրությունը **տարվա մնացած ժամանակահատվածում**, եթե դեղը չհանվի շուկայի շրջանառությունից:

- նոր, ավելի էժան դեղ է ի հայտ գալիս, որը նույնպես է աշխատում ինչպես Դեղերի ցանկի դեղը հիմա, **կամ**
- մենք պարզում ենք, որ այդ դեղը ոչ անվտանգ է, **կամ**
- դեղը հեռացվել է շուկայից:

Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար, թե ինչ է տեղի ունենում, երբ դեղերի ցանկը փոփոխվում է, դուք միշտ կարող եք՝

- Ստուգել մեր արդի Դեղերի ցանկը առցանց www.MolinaHealthcare.com/Duals կամ
- Ներկայիս Դեղերի ցանկը ճշտելու համար զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711 երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

Որոշ փոփոխություններ Դեղերի ցանկում կկատարվեն **անհապաղ**: Օրինակ,

- **Հասանելի է դառնում նոր ջեներիկ դեղ**: Երբեմն, շուկայում նոր ջեներիկ դեղ է ի հայտ գալիս, որն աշխատում նույնպես, ինչպես Դեղերի ցանկի որևէ այլ ապրանքանիշային դեղ: Երբ դա տեղի ունենա, մենք կհանենք ապրանքանիշային դեղը և կավելացնենք նոր ջեներիկ դեղը, սակայն ձեր համար նոր դեղի արժեքը կմնա նույնը:

Երբ մենք ավելացնում ենք նոր ջեներիկ դեղ, մենք կարող ենք նաև որոշել պահել ապրանքանիշային դեղը ցանկում, սակայն փոխել դրա ապահովագրման կանոնները կամ սահմանափակումները:

- Մենք չենք կարող ձեզ հայտնել, նախքան այս փոփոխությունը կատարելը, բայց մենք կուղարկենք ձեզ տեղեկություններ մեր կողմից կատարված կոնկրետ փոփոխության մասին այն կատարելուց անմիջապես հետո:
- Դուք կամ ձեր մատակարարը կարող եք նաև դիմել «բացառության» համար այդ փոփոխություններից: Մենք ձեզ կուղարկենք ծանուցում, և դուք կարող եք քայլեր ձեռնարկել բացառություն խնդրելու համար: Բացառությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար՝ տե՛ս այս ձեռնարկի Գլուխ 9:
- **Դեղը հանվում է շուկայից:** Եթե Մթերային ապրանքների և դեղամիջոցների վերահսկողության վարչությունը (FDA) հայտնում է, որ ձեր կողմից ընդունվող դեղն անվտանգ չէ կամ դեղարտադրողը դեղը հանում է շուկայի շրջանառությունից, ապա մենք կհանենք այն Դեղերի ցանկից: Եթե դուք ընդունում եք դեղեր, ապա մենք ձեզ կտեղեկացնենք: Կապվեք ձեր բուժող բժշկի հետ, եթե ծանուցում ստանաք:

Մենք կարող ենք կատարել այլ փոփոխություններ, որոնք ազդում են ձեր դեղերի վրա:

Մենք նախապես կտեղեկացնենք ձեզ Դեղերի ցանկում կատարված այս այլ փոփոխությունների մասին: Այս փոփոխությունները կարող են տեղի ունենալ, եթե՝

- Մթերային ապրանքների և դեղամիջոցների վերահսկողության վարչությունը (FDA) տրամադրում է նոր ուղեգիր կամ առկա են նոր կլինիկական ուղեցույցներ դեղի մասին:
- Մենք ավելացնում ենք ջեներիկ (վերարտադրված) դեղ, որը նոր է շուկայում **և**
  - Փոխարինում ենք դեղի ապրանքանշային անվանումը ներկայիս Դեղերի ցանկում **կամ**
  - Փոխում ենք ապահովագրման կանոնները կամ սահմանափակումներն ապրանքանշային անվանումով դեղերի համար:

Երբ տեղի ունենան այս փոփոխությունները, մենք՝

- կտեղեկացնենք ձեզ Դեղերի ցանկից դեղի հեռացման մասին առնվազն 30 օր առաջ կամ երբ դուք դիմեք ձեր դեղը համալրելու համար:
- Կտեղեկացնենք ձեզ և կտրամադրենք 30-օրյա դեղի մատակարարում, ձեր՝ լրացուցիչ դեղ պահանջելուց հետո:

Սա կտա ձեզ ժամանակ խոսել ձեր մասնագետի հետ: Նա կարող է օգնել ձեզ որոշել հետևյալ հարցերը՝

- Եթե դեղերի ցանկում կա նմանատիպ դեղ, կարող եք փոխարինել կամ
- Արդյոք բացառություն խնդրել այս փոփոխություններից: Բացառություն հայցելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար տե՛ս Գլուխ 9-ը:

Մենք կարող ենք փոփոխություններ մտցնել ձեր ընդունած դեղերում, որոնք այժմ չեն ազդում ձեզ վրա: Եթե դուք ստանում եք դեղ, որն ապահովագրված էր տարվա **սկզբից**, ապա ընդհանուր առմամբ, մենք չենք հանի այդ դեղը կամ փոփոխի այդ դեղի ապահովագրությունը **տարվա մնացած ժամանակահատվածում**, եթե դեղը չհանվի շուկայի շրջանառությունից:

Օրինակ, եթե մենք հանենք ձեր կողմից ստացված դեղը կամ սահմանափակենք դրա օգտագործումը, ապա փոփոխությունը չի ազդի դեղամիջոցի օգտագործման վրա տարվա մնացած ժամանակահատվածի համար:

F. Դեղային փոխհատուցումը հատուկ դեպքերում

F1. Եթե ձեր գտնվելը հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում փոխհատուցվում է մեր պլանի կողմից

Եթե դուք ընդունվել եք հիվանդանոց կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատություն, և ձեր այնտեղ գտնվելը փոխհատուցվում է մեր պլանի կողմից, մենք, սովորաբար, կվճարենք ձեր դեղատոմսով դեղերը ձեր այնտեղ գտնվելու ընթացքում: Դուք ստիպված չեք լինի հավելավճարներ վճարել: Ձեր կողմից հիվանդանոցը կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունը դուրս գալուց անմիջապես հետո, մենք կվճարենք ձեր դեղերը այնքան ժամանակ, որքան տվյալ դեղերը համապատասխանում են փոխհատուցման բոլոր կանոններին:

F2. Եթե դուք գտնվում եք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում

Սովորաբար, երկարատև բուժօգնության հաստատությունը, ինչպես բուժքույրական խնամքի տունը, ունի իր սեփական դեղատունը կամ դեղատուն, որը մատակարարում է դեղեր դրա բոլոր բնակիչների համար: Եթե դուք բնակվում եք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում, դուք կարող եք ստանալ ձեր դեղատոմսով դեղերը այդ հաստատության դեղատան միջոցով, եթե այն հանդիսանում է մեր ցանցի մաս:

Ստուգեք ձեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*, որպեսզի պարզեք, արդյոք ձեր երկարատև բուժօգնության հաստատության դեղատունը հանդիսանում է մեր ցանցի մաս: Եթե ոչ կամ եթե ձեզ հարկավոր է լրացուցիչ տեղեկություն, խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ:

F3. Եթե դուք Medicare-ի անբուժելի հիվանդների հաստատագրված ծրագրի մասնակից եք

Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ անբուժելի հիվանդների պլանով և մեր պլանով:

- Եթե դուք գրանցված եք Medicare-ի ծերանոցում, համաձայն որի ցավազրկող, հակասրտխառնուքի, լուծողական կամ հանգստացնող դեղերը չեն փոխհատուցվում այդ ծերանոցի կողմից, քանի որ դրանք կապված չեն ձեր վերջին փուլի հիվանդության և առնչվող իրավիճակների հետ, մեր ծրագիրը պետք է տեղեկացվի կամ դեղատոմսը դուրս գրողի կողմից կամ ձեր ծերանոցի ծառայություն մատուցողի կողմից այն մասին, որ դեղը չի առնչվում դրա հետ՝ մինչ մեր ծրագիրը կփոխհատուցի դեղը:
- Այդ դեղերի ստացման ձգձգումները կանխելու համար, որոնք պետք է ընդգրկվեն մեր Պլանում, դուք կարող եք հարցնել ձեր անբուժելի հիվանդների մատակարարին կամ դեղատոմս դուրս գրողին համոզվելու, որ մենք ունենք ծանուցում այն մասին, որ դեղը կապ չունի ձեր հիվանդության հետ, մինչև դուք կդիմեք դեղատուն ձեր դեղատոմսը համալրելու համար:

Եթե դուք թողում եք հոսպիսը, ապա մեր Պլանը պետք է փոխհատուցի ձեր բոլոր դեղերը: Դեղատան հետ ձգձգումներից խուսափելու համար և, երբ ձեր Medicare-ի հոսպիսի նպաստը ավարտվում է, դուք պետք է փաստաթղթերը ներկայացնեք դեղատանը, որոնք հաստատում են, որ դուք թողել եք հոսպիսը: Տե՛ս այս գլխի նախորդ մասերը, որտեղ պատմվում է Մաս D-ի շրջանակներում դեղեր ստանալու կանոնների մասին:

Անբուժելի հիվանդներին հասանելի նպաստների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 4-ը:

G. Դեղերի անվտանգության և դեղերի կառավարման ծրագիր

G1. Դեղերն անվտանգ ընդունելու աջակցման ծրագրեր մասնակիների համար

Յուրաքանչյուր անգամ, երբ դուք ստանում եք դեղատոմսով դեղ, մենք փնտրում ենք հնարավոր խնդիրներ, ինչպիսիք են դեղերի սխալները կան այն դեղերը, որոնք՝

- Անհրաժեշտությունը հնարավոր է չկա, քանի որ դուք այլ դեղ եք ընդունում, որն ունի նույն ազդեցությունը
- Չլինեն անվտանգ ձեր տարիքի և սեռական պատկանելության համար
- Կարող է վնասել, եթե դուք դրանք միաժամանակ ընդունեք
- Ունեք բաղադրիչներ, որոնցից դուք ալերգիա ունեք կամ կարող եք ունենալ
- Ունեք անապահով քանակությամբ օփիոնային ցավի դեղեր

Եթե մենք տեսնենք ձեր կողմից դեղատոմսով դեղերի օգտագործման հնարավոր խնդիր, մենք կհամագործակցենք ձեր մատակարարի հետ խնդիրը շտկելու ուղղությամբ:

G2. Մասնակիցներին իրենց դեղերը կառավարելու աջակցման ծրագրեր

Եթե դուք ընդունում եք դեղեր տարբեր բժշկական պայմանների համար, դուք հնարավոր է իրավունք ունենաք ստանալու ձեզ համար անվճար ծառայություններ դեղային թերապիայի կառավարման ծրագրի միջոցով (medication therapy management ՝ MTM): Այս ծրագիրը կօգնի ձեզ և ձեր մատակարարին համոզվելու, որ ձեր դեղերը աշխատում են ձեր առողջությունը բարելավելու համար: Դեղագործը կամ այլ բժշկական մասնագետը կտա ձեզ ամբողջական պատկեր ձեր բոլոր դեղերի մասին և կխոսի ձեզ հետ հետևյալի մասին՝

- ինչպես ստանալ առավելագույն օգուտ այն դեղերից, որոնք դուք ընդունում եք
- ցանկացած խնդրի մասին կապված ձեր դեղի արժեքի և դեղանյութերի ռեակցիաների հետ
- ինչպես է ավելի լավ ընդունել դեղերը
- Ցանկացած հարցի կամ խնդրի մասին կապված ձեր դեղատոմսի և առանց դեղատոմսի դեղի հետ

Դուք կստանաք այս քննարկման գրավոր ամփոփումը: Ամփոփումն ունի դեղերի գործողությունների ծրագիրը, որն առաջարկում է, թե ինչ կարող եք դուք անել, որպեսզի լավագույն օգուտը ստանաք ձեր դեղերից: Դուք նաև կստանաք անձնական Դեղերի ցանկ, որը ներառում է բոլոր այն դեղերը, որոնք դուք ընդունում եք և ինչու եք ընդունում դրանք:

Լավ գաղափար է պլանավորելու ձեր դեղերը վերանայումը, նախքան ձեր ամենամյա «առողջության ընդհանուր ստուգման» այցը, այնպես, որ դուք կարող եք խոսել ձեր բժշկի հետ ձեր գործողությունների պլանի և Դեղերի ցանկի մասին: Բերեք ձեր գործողությունների պլանը և Դեղերի ցանկը ձեր հետ ձեր այցի ժամանակ, կամ ցանկացած այլ ժամանակ, երբ դուք խոսում եք ձեր բժշկի, դեղագործի և այլ բուժօգնության մատակարարի հետ: Նաև, վերցրեք ձեր Դեղերի ցանկը ձեզ հետ, եթե գնում եք հիվանդանոց կամ անհետաձգելի բուժօգնության սենյակ:

Դեղային բուժման կառավարման ծրագրերը կամավոր և անվճար են մասնակիցների համար: Եթե մենք ունենք ձեր կարիքներին համապատասխանող ծրագիր, մենք կանդամագրենք ձեզ ծրագրում և կուղարկենք ձեզ տեղեկություն: Եթե դուք չեք ցանկանում անդամագրվել ծրագրին, խնդրում ենք մեզ տեղյակ պահել, և մենք ձեզ դուրս կգրենք ծրագրից:

Եթե ունեք հարցեր ծրագրի հետ կապված, խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի կամ ձեր գործերի կառավարիչի հետ:

G3. Դեղի կառավարման ծրագիր՝ օգնելու մասնակիցներին իրենց օփիոիդային դեղերն անվտանգ ընդունել:

Molina Dual Options-ն ունի ծրագիր, որը կարող է օգնել մասնակիցներին անվտանգ ընդունել իրենց դեղատոմսով օփիոիդային դեղերը կամ այլ դեղ, որոնք հաճախ են չարաշահվում: Այս ծրագիրը կոչվում է Դեղի կառավարման ծրագիր (Drug Management Program, DMP):

Եթե դուք օգտագործում եք օփիոիդային դեղեր, որոնք ստանում եք տարբեր բժիշկներից կամ դեղատներից, մենք կարող ենք խոսել ձեր բժիշկների հետ, համոզվելու՝ որ դուք դեղն ընդունում եք տեղին և այն բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է: Եթե մենք ձեր բժիշկների հետ աշխատանքի արդյունքում որոշում ենք, որ դուք չարաշահում եք կամ սխալ եք ընդունում օփիոիդային դեղերը,

դրանով իսկ ենթարկվելով ռիսկի, ապա մենք կարող ենք սահմանափակել ձեր դեղամիջոցները ստանալու գործընթացը: Սահմանափակումները կարող են ներառել՝

- Դուք պարտավոր եք ձեզ այդ դեղի բոլոր դեղատոմսերը ստանալ **մեկ դեղատնից** և/կամ **մեկ բժշկից**
- **Սահմանափակել** այս դեղի գումարը, որը մենք կվճարենք ձեզ համար:

Եթե մենք որոշում ենք, որ ձեզ համար մեկ կամ ավելի սահմանափակումներ պետք է կիրառվեն, մենք ձեզ նախօրոք նամակ կուղարկենք: Նամակը կբացատրի այն սահմանափակումները, որոնք, մեր կարծիքով, անհրաժեշտ է կիրառել:

Դուք հնարավորություն կունենաք մեզ տեղեկացնել, թե որ բժիշկներին կամ դեղատներն եք նախընտրում: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, և դուք համաձայն չեք, որ ենթարկվում եք ռիսկի դեղատոմսով դեղերի չարաշահման պատճառով, կամ համաձայն չեք սահմանափակման հետ, ապա դուք և ձեր դեղատոմս դուրս գրողը կարող եք բողոքարկել: (Բողոքարկման ձևերին ծանոթանալու համար, տե՛ս Գլուխ 9-ը:)

Հնարավոր է ձեր նկատմամբ Դեղի կառավարման ծրագիրը չկիրառվի, եթե դուք՝

- ունեք որոշակի բժշկական պայմաններ, ինչպես օրինակ քաղցկեղը,
- ստանում են հոսպիսային, պալիատիվ կամ կյանքի ավարտի խնամք, **կամ**
- գտնվում եք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում:

Գլուխ 6. Որքան եք դուք վճարում ձեր Medicare և Medi-Cal դեղատոմսով դեղերի համար

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացվում է այն մասին, թե որքան եք դուք վճարում ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի համար: Ասելով «դեղեր» մենք ի նկատի ունենք՝

- Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով դեղեր, **և**
- Medi-Cal-ի շրջանակներում ապահովագրված դեղեր և պարագաներ, **և**
- Պլանի կողմից, որպես լրացուցիչ նպաստներ, ապահովագրված դեղեր և պարագաներ:

Քանի որ դուք Medi-Cal-ում ընտրվելու իրավունք ունեք, դուք ստանում եք «Հավելյալ օգնություն» Medicare-ի կողմից, որն օգնում է վճարել Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի համար:

> **Հավելյալ օգնությունը** հանդիսանում է Medicare-ի ծրագիր, որն աջակցում է սահմանափակ եկամուտ և աղբյուրներ ունեցող անձանց՝ նվազեցնելու դեղատոմսով դեղերի ծախսերը համաձայն Medicare-ի Մաս D-ի, ինչպիսիք են՝ ապահովագրավճարները, նվազեցումները և հավելավճարները: Հավելյալ օգնությունը կոչվում է նաև «Ցածր եկամուտ ունեցողների նպաստ» (LIS, Low-Income Subsidy):

Այլ հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով *Մասնակցի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Դեղատոմսով դեղերի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար դուք կարող եք կարդալ այստեղ՝

- Մեր *Ապահովագրված դեղերի ցանկը:*
  - Մենք այն կոչում ենք «Դեղերի ցանկ»: Այն պատմում է ձեզ՝
    - Որ դեղերի համար ենք մենք վճարում
    - Ծախսերի մասնաբաժնի երեք (3) օղակներից որին է պատկանում յուրաքանչյուր դեղը
    - Արդյոք դեղերի նկատմամբ սահմանափակումներ են գործում
  - Եթե ձեզ հարկավոր է Դեղերի ցանկի պատճենը, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Ձևանմուշը կարող եք նաև գտնել Medicare-ի կայքէջում՝ www.MolinaHealthcare.com/Duals: Վեբ կայքում գտնվող Դեղերի ցանկը միշտ ներկայացված է ամենավերջին տարբերակով:
- Այս *Մասնակցի ձեռնարկի* Գլուխ 5:
  - Գլուխ 5-ում նկարագրվում է, թե ինչպես մեր պլանի միջոցով ստանալ ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերը:

- Այն ներառում է կանոններ, որոնց դուք պետք է հետևեք: Այն նաև տեղեկացնում է, որ տեսակի դեղատոմսով դեղերը չեն փոխհատուցվում մեր պլանի կողմից:

- Մեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*:
  - Դեպքերի մեծամասնությունում ձեր ապահովագրված դեղերը ստանալու համար դուք պետք է օգտվեք ցանցային դեղատնից: Ցանցային դեղատները՝ այն դեղատներն են, որոնք համաձայնել են համագործակցել մեզ հետ:
  - *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն* պարունակում է ցանցային դեղատների ցանկը: Գլուխ 5-ում կարող եք ընթերցել ցանցային դեղատների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունը:

Բովանդակություն

A. Նպաստների նկարագրում (Explanation of Benefits, EOB) 119

B. Ինչպես պահել ձեր դեղերի ծախսերի հաշվառումը 119

C. Դուք ոչինչ չեք վճարում մեկամսյա կամ երկարատև դեղերի մատակարարման համար 120

C1. Մեր օղակները 120

C2. Դեղատների ձեր ընտրությունը 121

C3. Դեղի երկարատև պաշարի ստացումը 121

C4. Ինչ եք դուք վճարում 122

D. Պատվաստումներ 123

D1. Ինչ է ձեզ անհրաժեշտ իմանալ պատվաստումից առաջ 123

A. Նպաստների նկարագրում (Explanation of Benefits, EOB)

Մեր պլանը վարում է ձեր դեղատոմսով դեղերի հաշվառումը: Մենք վարում ենք երկու տեսակի ծախսերի հաշվառում՝

- Ձեր **«հաշվին կատարված ծախսերը»:** Սա այն գումարն է, որը դուք կամ ձեր փոխարեն այլ անձիք վճարել են ձեր դեղատոմսով դեղերի համար:
- Ձեր **դեղերի ընդհանուր ծախսերը**: Սա այն գումարն է, որը դուք կամ ձեր փոխարեն այլ անձիք վճարել են ձեր դեղատոմսով դեղերի համար՝ դրան գումարած մեր կողմից վճարվող գումարը:

Երբ դուք մեր պլանի միջոցով ստանում եք դեղատոմսով դեղեր, մենք ուղարկում ենք հաշվետվություն, որը կոչվում է *«Նպաստների նկարագրում»: (EOB)* Մենք այն կարճ անվանում ենք EOB: Նպաստների նկարագրումը ներառում է՝

- **Տեղեկատվություն ամսվա համար**: Հաշվետվությունը տեղեկացնում է, ինչ դեղատոմսով դեղեր եք դուք ստացել: Այն ցույց է տալիս դեղերի ընդհանուր ծախսերը, որքան ենք մենք վճարել և որքան եք դուք կամ ձեր համար վճարող այլ անձիք վճարել:
- **«Տարվա սկզբից առ այսօր» տեղեկությունը:** Սա ձեր դեղերի ընդհանուր ծախսերն են և հունվարի 1-ից կատարած ընդհանուր վճարումները:

Մենք առաջարկում ենք այն դեղերի փոխհատուցում, որոնք չեն փոխհատուցվում Medicare-ի շրջանակներում:

- Այս դեղերի համար կատարած վճարումները չեն վերագրվի ձեր ընդհանուր կանխիկ ծախսերին:
- Պարզելու համար, որ դեղերն են փոխհատուցում մեր պլանով, տե՛ս Դեղերի ցանկը:

B. Ինչպես պահել ձեր դեղերի ծախսերի հաշվառումը

Ձեր դեղերի ծախսերը և ձեր կատարած վճարումները հաշվառելու համար մենք օգտագործում ենք այն գրառումները, որոնք մենք ստանում ենք ձեզնից և ձեր դեղատնից: Ահա, թե ինչպես դուք կարող եք օգնել մեզ՝

1. **Օգտագործեք ձեր ID անդամաքարտը:**

   Ցույց տվեք պլանի ձեր ID անդամաքարտը յուրաքանչյուր անգամ, երբ դեղատոմսով դեղ եք ստանում: Սա կօգնի մեզ տեղյակ լինել, ինչ դեղատոմսով դեղ եք ստանում և որքան եք վճարում:

2. **Համոզվեք, որ մենք ստանում ենք մեզ անհրաժեշտ տեղեկությունը:**

   Տրամադրեք մեզ ձեր կողմից վճարած դեղերի դեղատոմսերի պատճենները: Դուք կարող եք դիմել մեզ ձեզ ետ վճարել դեղի համար:

   Ահա մի քանի օրինակ, երբ դուք պետք է տրամադրեք մեզ ձեր դեղատոմսերի պատճենները՝

- Երբ դուք գնում եք ապահովագրված դեղ ցանցային դեղատնից հատուկ գնով կամ օգտվում եք զեղչային քարտից, որը մեր պլանի նպաստների մաս չի կազմում:
- Երբ դուք վճարում եք հավելավճար դեղի համար, որը ստանում եք դեղագործական ընկերության հիվանդների աջակցման ծրագրի շրջանակներում:
- Երբ դուք գնում եք ապահովագրված դեղեր ոչ-ցանցային դեղատնից:
- Երբ դուք վճարում եք ապահովագրված դեղի ամբողջ գումարը:

Փոխհատուցման համար դիմելու մասին ավելի մանրամասն տեղեկության համար, տե՛ս Գլուխ 7-ը:

3. Ուղարկեք մեզ այլ անձանց կողմից ձեր համար կատարած վճարումների վերաբերյալ տեղեկությունը:

Որոշակի այլ անձանց կամ կազմակերպությունների կողմից կատարած վճարումները նույնպես վերագրվում են ձեր կանխիկ ծախսերին: Օրինակ՝ AIDS դեղային աջակցման ծրագրի, Հնդիկների առողջապահական ծառայության և բարեգործական հաստատությունների մեծամասնության կողմից կատարած վճարումները վերագրվում են ձեր կանխիկ ծախսերին:

4. Ստուգեք մեր կողմից ձեզ ուղարկած հաշվետվությունները:

Երբ դուք փոստով ստանում եք *Նպաստների նկարագրումը*, խնդրում ենք համոզվել, որ այն ամբողջական է և ճշգրիտ: Եթե կարծում եք, որ հաշվետվության մեջ ինչ-որ բան սխալ է կամ բաց է թողնված կամ ունեք հարցեր, խնդրում ենք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Պարտադիր պահպանեք այդ հաշվետվությունները: Դրանք հանդիսանում են ձեր դեղերի ծախսերի կարևոր գրառումը:

C. Դուք ոչինչ չեք վճարում մեկամսյա կամ երկարատև դեղերի մատակարարման համար

Molina Dual Options-ի հետ, ապահովագրված դեղերի համար դուք ոչինչ չեք վճարում, եթե հետևում եք պլանի կանոններին:

C1. Մեր օղակները

Օղակները՝ մեր Դեղերի ցանկում ընդգրկված դեղերն են: Պլանի Դեղերի ցանկում եղած յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է երեք (3) օղակներից մեկում: Molina Dual Options-ի դեղերի ցանկում դուք չունեք հավելավճարներ դեղատոմսի և առանց դեղատոմսի (OTC) դեղերի համար: Որպեսզի գտնեք ծախսերի մասնաբաժնի օղակները ձեր դեղերի համար, դուք պետք է փնտրեք Դեղերի ցանկում:

- 1-ին օղակի դեղերը հանդիսանում են ջեներիկ դեղեր: 1-ին օղակի դեղերի համար դուք ոչինչ չեք վճարում:
- 2-րդ օղակի դեղերը հանդիսանում են ապրանքանիշային անվանումով դեղեր: 2-ին օղակի դեղերի համար դուք ոչինչ չեք վճարում:
- 3-րդ օղակի դեղերը հանդիսանում են ոչ-Medicare Rx/առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր: 3-ին օղակի դեղերի համար դուք ոչինչ չեք վճարում:

C2. Դեղատների ձեր ընտրությունը

Դեղի համար ձեր վճարելիք գումարի չափը կախված է նրանից, որտեղից եք դուք այն ստանում՝

- ցանցային դեղատնից, **կամ**
- ոչ-ցանցային դեղատնից:

Սահմանափակ դեպքերում մենք փոխհատուցում ենք ոչ-ցանցային դեղատներից դեղատոմսով ստացվող դեղերը: Տե՛ս Գլուխ 5-ը, որպեսզի պարզեք, երբ ենք մենք այդպես վարվում:

Դեղատների այս ընտրությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս այս ձեռնարկի Գլուխ 5-ը և մեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն:*

C3. Դեղի երկարատև պաշարի ստացումը

Որոշ դեղերի համար դուք կարող եք ստանալ երկարատև պաշար (նաև կոչվում է «երկարաձգված պաշար»), երբ ստանալիս եք լինում ձեր դեղատոմսով դեղերը: Երկարատև պաշարը կազմում է մինչև 90 օրվա պաշար: Երկարատև մատակարարումն անվճար է ձեր համար:

Դեղերի երկարատև պաշար ստանալու ձևերի և վայրերի վերաբերյալ մանրամասներին ծանոթանալու համար, տե՛ս Գլուխ 5-ը կամ *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն:*

C4. Ինչ եք դուք վճարում

	Ցանցային դեղատուն Մեկամսյա կամ մինչև 90 օրվա պաշար	**Պլանի փոստային ծառայությունը** Մեկամսյա կամ մինչև 90 օրվա պաշար	**Ցանցային երկարատև բուժօգնության դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար	**Ոչ-ցանցային դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար Փոխհատուցումը սահմանափակված է որոշակի դեպքերով: Մանրամասների համար, տե՛ս Գլուխ 5-ը:
Ծախսերի մասնաբաժնի 1-րդ օղակ (ջեներիկ դեղեր)	$0	$0	$0	$0
Ծախսերի մասնաբաժնի 2-րդ օղակ (ապրանքանիշային անվանումով դեղեր)	$0	$0	$0	$0
Ծախսերի մասնաբաժնի 3-րդ օղակ (Ոչ Medicare Rx/ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր)	$0	$0	$0	$0

Որպեսզի ստանաք տեղեկություն՝ որ դեղատները կարող են տրամադրել ձեզ երկարատև դեղապաշար, տե՛ս պլանի *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն:*

D. Պատվաստումներ

Մենք փոխհատուցում ենք Medicare-ի Մաս D-ի պատվաստանյութերը: Գոյություն ունեն Medicare-ի Մաս D-ի պատվաստումների փոխհատուցման երկու մասեր՝

1. Փոխհատուցման առաջին մասը նախատեսված է **անմիջապես պատվաստանյութի** ծախսի համար: Պատվաստանյութը համարվում է դեղատոմսով դեղ:
2. Փոխհատուցման երկրորդ մասը նախատեսված է **պատվաստման ծախսի համար**: Օրինակ՝ երբեմն դուք կարող եք ստանալ պատվաստանյութ, որպես ձեր բժշկի կողմից տրված պատվաստ:

D1. Ինչ է ձեզ անհրաժեշտ իմանալ պատվաստումից առաջ

Մենք խորհուրդ ենք տալիս, որ դուք սկզբում զանգահարեք մեզ՝ Մասնակիցների սպասարկման բաժին, երբ էլ որ պլանավորելիս լինեք պատվաստում ստանալ:

- Մենք կարող ենք պատմել ձեզ, ինչպես է փոխհատուցվում պատվաստումը մեր պլանով:
- Մենք կարող ենք պատմել ձեզ, ինչպես թույլ չտալ ծախսերի ավելացում՝ օգտվելով ցանցային դեղատներից և մատակարարներից: Ցանցային դեղատները՝ այն դեղատներն են, որոնք համաձայնել են համագործակցել մեր պլանի հետ: Ցանցային մատակարարը՝ դա այն մատակարարն է, ով աշխատում է բժշկական ապահովագրության պլանի հետ: Ցանցային մատակարարը պետք է աշխատի Molina Dual Options-ի հետ, որպեսզի երաշխավորի, որ դուք չունենաք որևէ կանխավճարային ծախսեր Մաս D-ի պատվաստանյութի համար:

Գլուխ 7. Ապահովագրված ծառայությունների կամ դեղերի համար ներկայացված հաշվի մեր մասնաբաժինը վճարելու խնդրանք

Ներածություն

Այս գլուխը տեղեկացնում է ձեզ, ինչպես և երբ ուղարկել մեզ հաշիվ՝ վճարման խնդրանքով: Այն նաև տեղեկացնում է ձեզ, ինչպես ներկայացնել բողոք, եթե դուք համաձայն չեք ապահովագրության ծածկույթի վերաբերյալ որոշման հետ: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով կարող եք գտնել *Մասնակցի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Դիմեք մեզ ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար վճարելու խնդրանքով 125

B. Ուղարկվում է վճարման հարցում 127

C. Որոշումներ ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ 127

D. Բողոքարկումներ 128

A. Դիմեք մեզ ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար վճարելու խնդրանքով

Մեր ցանցային մատակարարները պետք է հաշիվ ներկայացնեն պլանին ձեր կողմից արդեն ստացված ապահովագրված ծառայությունների և դեղերի համար: Ցանցային մատակարարը՝ դա այն մատակարարն է, ով աշխատում է բժշկական ապահովագրության պլանի հետ:

Եթե դուք հաշիվ ստանաք բուժսպասարկման կամ դեղերի համար, հաշիվը մեզ ուղարկեք: Հաշիվը մեզ ուղարկելու համար, տե՛ս էջ 179:

- Եթե ծառայությունը կամ դեղերն ապահովագրված են, մենք կվճարենք անմիջապես մատակարարին:
- Եթե ծառայությունները կամ դեղերն ապահովագրված են և դուք արդեն վճարել եք հաշիվը, ձեր իրավունք է վճարումը ետ ստանալու:
- Եթե ծառայությունները կամ դեղերն ապահովագրված **չեն**, մենք ձեզ կտեղեկացնենք դրա մասին:

Հարցեր ունենալու դեպքում, կապվեք Մասնակիցների սպասարկման բաժնի կամ ձեր գործերի կառավարիչի հետ: Եթե դուք չեք իմանում թե ինչպես վարվել ստացած հաշվի հետ՝ մենք կարող ենք ձեզ օգնել: Դուք կարող եք նաև զանգահարել, եթե ցանկանում եք հայտնել մեզ տեղեկություն վճարման հայտի մասին, որը դուք արդեն ուղարկել եք մեզ:

Ահա այն դեպքերի օրինակները, երբ ձեզ հնարավոր է պետք լինի դիմել մեզ ձեզ հատուցելու կամ ձեր ստացած հաշիվը վճարելու խնդրանքով՝

1. **Երբ եք դուք ստանում անհետաձգելի կամ շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն ոչ-ցանցային մատակարարից**

   Դուք պետք է դիմեք մատակարարին հաշիվը մեզ ներկայացնելու խնդրանքով:

   - Եթե դուք վճարում եք ամբողջ գումարը, երբ ստանում եք բուժօգնություն, դիմեք մեզ՝ հատուցելու ձեր ծախսերը: Ուղարկեք մեզ հաշիվը և ձեր կատարած որևէ վճարման ապացույցը:
   - Դուք հնարավոր է մատակարարից ստանաք հաշիվ, որում նա ձեզնից պահանջում է վճարում կատարել, որը դուք, ըստ ձեր կարծիքի, պարտք չեք: Ուղարկեք մեզ հաշիվը և ձեր կատարած որևէ վճարման ապացույցը:
     - Եթե մատակարարին պետք է վճարել, մենք կվճարենք անմիջապես մատակարարին:
     - Եթե դուք արդեն վճարել եք ծառայության կամ դեղի համար, մենք կհատուցենք այն:

2. **Երբ ցանցային մատակարարը ձեզ հաշիվ է ուղարկում**

   Ցանցային մատակարարը պարտավոր է միշտ մեզ հաշիվ ուղարկել: Որևէ ծառայություն կամ դեղատոմս ստանալու դեպքում, ցույց տվեք ձեր Molina Dual Options-ի ID անդամաքարտը: Սխալ/անհամապատասխան վճարային հաշիվ դուրս է գրվում, երբ մատակարարի (օրինակ՝ բժշկի կամ հիվանդանոցի) կողմից ձեզ համար վճարմանը ներկայացված հաշվի գումարը գերազանցում է պլանի ծախսերի մասնաբաժինն այդ ծառայությունների համար: **Զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին, եթե ստանաք որևէ հաշիվ:**

- Քանի որ Molina Dual Options-ը վճարում է ձեզ մատուցված ծառայությունների ամբողջ արժեքը, դուք որևէ ծախսերի մասնաբաժին պարտք չեք: Այս ծառայությունների համար մատակարարները չպետք է կատարեն ձեզնից գանձում:
- Ամեն անգամ ցանցային մատակարարից հաշիվ ստանալուն պես, ուղարկեք այն մեզ: Մենք կկապվենք անմիջապես մատակարարի հետ և կզբաղվենք խնդրի լուծմամբ:
- Եթե դուք արդեն վճարել եք ցանցային մատակարարից ստացած հաշիվը, ուղարկեք մեզ հաշիվը և ձեր կատարած որևէ վճարման ապացույցը: Մենք կվճարենք ձեզ ապահովագրված ծառայությունների համար:

3. Երբ դուք օգտվում եք ոչ-ցանցային դեղատնից, որպեսզի ստանաք ձեր դեղատոմսով դեղը

Եթե դուք գնում եք ոչ-ցանցային դեղատուն, դուք ստիպված եք վճարել ձեր դեղատոմսով դեղի ամբողջ արժեքը:

- Միայն եզակի դեպքերում մենք կփոխհատուցենք ոչ-ցանցային դեղատներից դեղատոմսով ստացվող դեղերը: Ուղարկեք մեզ ձեր ստացականի պատճենը, երբ դիմում եք մեզ՝ հատուցելու ձեզ:
- Խնդրում ենք կարդալ Գլուխ 5-ը, որպեսզի ստանաք լրացուցիչ տեղեկատվություն ոչ-ցանցային դեղատների վերաբերյալ:

4. Երբ դուք վճարում եք դեղատոմսով դեղի ամբողջ արժեքը, քանի որ պլանի ID անդամաքարտը ձեր հետ չէ

Եթե ձեր պլանի ID անդամաքարտը ձեր հետ չէ, դուք կարող եք խնդրել դեղատանը զանգահարել մեզ կամ փնտրել ձեր պլանի անդամագրման տեղեկության մեջ:

- Եթե դեղատունը չի կարող անմիջապես ստանալ իրենց անհրաժեշտ տեղեկությունը, դուք հնարավոր է ստիպված լինեք ինքներդ վճարել դեղատոմսով դեղի ամբողջ արժեքը:
- Ուղարկեք մեզ ձեր ստացականի պատճենը, երբ դիմում եք մեզ՝ հատուցելու ձեզ:

5. Երբ դուք վճարում եք ամբողջ ծախսը դեղատոմսով դեղի համար, որը չի փոխհատուցվում

Դուք հնարավոր է վճարեք դեղատոմսով դեղի ամբողջ արժեքը, քանի որ դեղը չի փոխհատուցվում:

- Հնարավոր է դեղը չլինի մեր *Ապահովագրված դեղերի ցանկում* (Դեղերի ցանկ) կամ այն կարող է ունենալ պահանջ կամ սահմանափակում, որի մասին դուք չգիտեիք կամ չեք կարծում, որ այն պետք է կիրառվի ձեր նկատմամբ: Եթե դուք որոշեք ստանալ դեղը, դուք հնարավոր է ստիպված լինեք վճարել դրա ամբողջ արժեքը:
  - Եթե դուք չեք վճարում դեղի համար, բայց կարծում եք, որ այն պետք է փոխհատուցվի, կարող եք պահանջել փոխհատուցման որոշում (տե՛ս Գլուխ 9-ը):
  - Եթե դուք և ձեր բժիշկը կամ նշանակում կատարող այլ անձ կարծում եք, որ դեղը ձեզ անմիջապես է անհրաժեշտ, դուք կարող եք դիմել փոխհատուցման արագացված որոշման համար (տե՛ս Գլուխ 9-ը):
- Ուղարկեք մեզ ձեր ստացականի պատճենը, երբ դիմում եք մեզ՝ հատուցելու ձեզ: Որոշ իրավիճակներում մեզ հնարավոր է անհրաժեշտ լինի ստանալ հավելյալ տեղեկություն ձեր բժշկից կամ նշանակում կատարող այլ անձից, որպեսզի հատուցենք ձեր դեղի համար:

Երբ դուք ուղարկեք մեզ վճարման հայտը, մենք կուսումնասիրենք այն և կորոշենք, արդյոք ծառայությունը կամ դեղը պետք է հատուցվեն: Դա կոչվում է «փոխհատուցման որոշում» կայացնել: Եթե դուք որոշել եք, որ այն պետք է փոխհատուցվի, ապա մենք կվճարենք ծառայության կամ դեղի համար: Եթե մենք մերժենք ձեր վճարման հայտը, դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

Բողոքարկում ներկայացնելու ձևերին ծանոթանալու համար տե՛ս Գլուխ 9-ը:

B. Ուղարկվում է վճարման հարցում

Ուղարկեք մեզ ձեր հաշիվը և ձեր կատարած որևէ վճարման ապացույցը: Վճարման ապացույց կարող է հանդիսանալ կտրոնի պատճենը, որը դուք գրել եք կամ մատակարարից ստացած ստացականը: **Ցանկալի է պատճենել ձեր հաշիվը և ստացականները ձեր գրառումների համար:** Օգնության համար դուք կարող եք դիմել ձեր գործերի կառավարիչին:

Փոստով ուղարկեք մեզ ձեր վճարման հայտը բոլոր հաշիվների կամ ստացականների հետ միասին այս հասցեով՝

Բժշկական ծառայությունների համար՝

Molina Dual Options
Attn: Molina Dual Options Մասնակիցների սպասարկման բաժին
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Մաս D (Rx) ծառայությունների համար՝

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

Դուք պետք է ձեր հայցը ներկայացնեք մեզ ծառայության և/կամ ապրանքի ստացման ամսաթվից 365 օրվա կամ **դեղի ստացման օրվանից 36 ամսվա ընթացքում:**

C. Որոշումներ ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ

Երբ մենք ստանանք ձեր վճարման հայտը, մենք կկայացնենք փոխհատուցման որոշումը: Սա նշանակում է, որ մենք կորոշենք, արդյոք ձեր բուժսպասարկումը կամ դեղը փոխհատուցվում են մեր պլանի կողմից: Մենք նաև կորոշենք գումարի չափը, եթե այդպիսին լինի, որը դուք պետք է վճարեք բուժսպասարկման կամ դեղի համար:

- Մենք տեղյակ կպահենք ձեզ, եթե մեզ հարկավոր լինի ստանալ ձեզնից լրացուցիչ տեղեկություն:
- Եթե մենք որոշենք, որ բուժսպասարկումը կամ դեղը փոխհատուցվում է և դուք հետևել եք այն ստանալու բոլոր կանոններին, մենք կվճարենք դրա համար: Եթե դուք արդեն վճարել եք ծառայության կամ դեղի համար, մենք ձեզ փոստով կուղարկենք կտրոն ձեր վճարված ապրանքի համար: Եթե դուք դեռևս չեք վճարել ծառայության կամ դեղի համար, մենք կվճարենք անմիջապես մատակարարին:

Գլուխ 3-ում բացատրվում են ձեր ծառայությունների համար փոխհատուցում ստանալու կանոնները: Գլուխ 5-ում բացատրվում են ձեր Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի համար փոխհատուցում ստանալու կանոնները:

- Եթե մենք որոշում կայացնենք չվճարել ծառայության կամ դեղի ծախսերի համար, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք մերժման բացատրությամբ: Նամակում նաև կբացատրվեն բողոքարկման ձեր իրավունքները:
- Փոխհատուցման որոշումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 9-ը:

D. Բողոքարկումներ

Եթե դուք կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել ձեր վճարման հայտի մերժման հարցում, դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխել մեր որոշումը: Սա կոչվում է բողոքարկում: Դուք կարող եք նաև բողոքարկել, եթե դուք համաձայն չեք այն գումարի հետ, որը մենք վճարում ենք:

- Բողոքարկումների գործընթացը՝ պաշտոնական գործընթաց է մանրամասն ընթացակարգերով և կարևոր վերջնաժամկետներով: Բողոքարկումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար տե՛ս Գլուխ 9-ը:
- Եթե դուք ցանկանում եք բողոքարկում ներկայացնել բուժսպասարկման ծառայության համար հատուցում ստանալու կապակցությամբ, անցեք էջ՝ 179:
- Եթե դուք ցանկանում եք բողոքարկում ներկայացնել դեղի համար հատուցում ստանալու վերաբերյալ, անցեք էջ 181:

Գլուխ 8. Ձեր իրավունքները և պարտավորությունները

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է ձեր իրավունքներն ու պարտավորությունները՝ որպես պլանի մասնակցի: Մենք պետք է հարգենք ձեր իրավունքները: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով կարող եք գտնել *Մասնակցի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Դուք իրավունք ունեք ստանալ տեղեկությունն այն եղանակովով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին 130

B. **Մենք պետք է ապահովենք, որ ձեզ ժամանակին մատչելի լինեն ապահովագրված ծառայությունները և դեղերը** 137

C. **Մեր պատասխանատվությունն է պաշտպանել ձեր բժշկական անձնական տվյալները** (PHI) 138

C1. **Ինչպես պաշտպանել ձեր ԲԱ տվյալները** (PHI) 138

C2. **Դուք իրավունք ունեք տեսնելու ձեր բժշկական քարտերը** 139

D. **Մենք պատասխանատու ենք ձեզ տալու տեղեկություն մեր պլանի, մեր ցանցային մատակարարների և ձեր ապահովագրված ծառայությունների վերաբերյալ** 147

E. **Ցանցային մատակարարները չեն կարող անմիջապես ձեզ տալ վճարման հաշիվ** 148

F. Cal MediConnect Plan-ից դուրս գալու ձեր իրավունքը 148

G. **Բուժսպասարկման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը** 149

G1. **Ձեր բուժման տարբերակները և ձեր բուժսպասարկման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը** 149

G2. **Ձեր իրավունք է ասել այն, թե ինչ եք ցանկանում, որ պատահի, երբ դուք ունակ չլինեք ինքներդ կայացնելու որոշում բուժսպասարկման վերաբերյալ:** 149

G3. **Ի՞նչ անել, եթե ձեր հրահանգներին չեն հետևում** 151

H. **Դուք իրավունք ունեք բողոք ներկայացնել և պահանջել մեզնից վերանայել մեր կայացրած որոշումները** 151

H1. **Ինչպե՞ս վարվել, եթե դուք ենթադրում եք, որ ձեզ հետ անարդարացի են վարվում կամ ավելի շատ տեղեկություններ կցանկանայիք ստանալ ձեր իրավունքների մասին** 151

I. **Ձեր պարտականությունները՝ որպես պլանի մասնակցի** 152

A. Դուք իրավունք ունեք ստանալ տեղեկությունն այն եղանակով, 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:
- Կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկատվություն ուղարկենք ձեզ անհրաժեշտ լեզվով կամ ձևաչափով: Դա կոչվում է մշտական պահանջ: Մենք կհետևենք ձեր մշտական պահանջին, այնպես որ ձեզ անհրաժեշտ չլինի առանձին հայցեր ներկայացնել յուրաքանչյուր անգամ, երբ մենք ձեզ տեղեկատվություն ենք ուղարկում: Այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի այլ լեզվով ստանալու համար դիմեք Պետությանը հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (800) 541-5555, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը տեղական ժամանակով)՝ ձեր գրառումը նախընտրելի լեզվով թարմացնելու համար: Այս փաստաթուղթը այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ կատարել կամ փոխել մշտական պահանջը: Դուք կարող եք նաև կապ հաստատել ձեր Գործի մենեջերի հետ՝ մշտական հարցումների համար օգնություն ստանալու համար:

Եթե լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր պլանից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք զանգահարել շուրջօրյա, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Medi-Cal-ին՝ զանգահարելով Cal MediConnect Ombudsman-ին՝ 1-855-501-3077: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:

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

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in Spanish, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Arabic and in formats such as large print, braille, or

audio. To make a standing request to get materials in a language other than English or in an alternate format now and in the future, please contact Member Services at (855) 665-4627, TTY՝ 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time.

- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English, please contact the State at (800) 541-5555, TTY՝ 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 5 p.m., local time) to update your record with the preferred language. To get this document in an alternate format, please contact Member Services at (855) 665-4627, TTY՝ 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time. A representative can help you make or change a standing request. You can also contact your Case Manager for help with standing requests.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. You can also file a complaint with Medi-Cal by calling the Cal MediConnect Ombudsman at 1-855-501-3077. TTY users should call 711.

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.
- 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 kinatawang 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 tri nh của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi Dịch vụ Tha nh viên. Nhân viên trong chương tri nh 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 Tha nh 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. 당사에는 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 연락하십시오.
- 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 관 련한 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 по тел. (855) 665-4627, TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 8:00 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. Телефон для пользователей телетайпа (TTY): 1-877-486-2048. Подать жалобу на Medi-Cal 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。

- 如果您想以自己能夠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- حقك في الحصول على المعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يتعين علينا إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخطتنا.

- 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 والأرمينية 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 4627-665 (855)، 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 التنسيق الذي تحتاجه. ويسمى هذا طلبًا مستمرًا. وسوف نتتبع 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 5555-541 (800)، 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 4627-665 (855)، 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.

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 1800-633-4227 يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف 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 الهواتف النصية، يتعين عليهم الاتصال على رقم 711.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបែដលបំពេញត្រមូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែ ប្រាប់លោកអ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក ក្នុងមួយឆ្នាំៗ ដោយសារលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងខ្ញុំ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមវិធីដែលធ្វើឲ្យលោកអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់សេវាកម្មបម្រើសមាជិក ។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សជាច្រើនដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗបាន។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាអេស្ប៉ាញ អាមេនីខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ីកូរ៉ែ រុស្សីតាកាឡុក វៀតណាម អារ៉ាប់ ហើយមានទ្រង់ទ្រាយជាការបោះពុម្ពជំអក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសម្លេង។ ដើម្បីស្នើសុំដើម្បីទទួលបានឯកសារ ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៅពេលនេះ និងពេលអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាកម្មសមាជិក (855) 665-4627, TTY៖ 711 ពីថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ម៉ោងក្នុងស្រុក។.
- អ្នកអាចស្នើសុំអោយពួកយើងផ្ញើអោយអ្នកជានិច្ចនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។ ត្រង់នេះគេហៅថា ការសំណូមពរជាអចិន្ត្រៃយ៍។ ពួកយើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់បង្កើតសំណើ ដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដែលយើងផ្ញើពត៌មានទៅកាន់អ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបាឯកសារនេះជាភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋតាមលេខ(800) 541-5555, TTY៖ 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង8 ព្រឹក ដល់5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក) ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទិន្នន័យរបស់អ្នកជាមួយភាសាដែលចង់បាន។ ដើម្បីទទួលបាឯកសារនេះជាទម្រង់ផ្សេងនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ(855) 665-4627, TTY៖ 711 ថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកតំណាងម្នាក់អាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើដែលមានជាអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងសំនុំរឿងរបស់អ្នកដើម្បីជួយជាមួយនឹងការដាក់សំណើរ។

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 مزایای طرح و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که بتوانید آنها را درک کنید. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما خاطرنشان کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به روشی که بتوانید آن را درک کنید، 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، کره ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی، عربی و در قالبهایی مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. برای درخواست 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 TTY: 711، (855) 665-4627، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی تماس بگیرید.
- 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 حساب درخواست دائمی شما را نگه می داریم تا لازم نباشد که هر بار که برایتان اطلاعات ارسال می کنیم به طور جداگانه درخواست کنید. برای دریافت این نوشتار به زبانی به غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت به شماره TTY: 711، (800) 541-5555، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی به منظور بروز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید. برای دریافت این نوشتار در قالب متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره TTY: 711، (855) 665-4627، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا

8 شب 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 برای دریافت کمک و راهنمایی در مورد درخواست های دائمی تماس بگیرید.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می خواهید شکایتی را اقامه کنید، با 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.

B. Մենք պետք է ապահովենք, որ ձեզ ժամանակին մատչելի լինեն ապահովագրված ծառայությունները և դեղերը

Եթե բուժսպասարկում ստանալու հետ կապված դժվարություններ ունեք, դիմե՛ք Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Եթե դուք չեք կարողանում ստանալ ծառայություններ ողջամիտ ժամանակահատվածում, մենք պետք է վճարենք ոչ-ցանցային բուժսպասարկման համար:

Որպես մեր պլանի մասնակից՝

- Դուք իրավունք ունեք ընտրելու առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարար (PCP) մեր ցանցում: Ցանցային մատակարարը՝ դա այն մատակարարն է, ով աշխատում է մեզ հետ: Առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարար PCP ընտրելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվություն կարող եք գտնել Գլուխ 3-ում:
  - Զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին կամ փնտրեք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*՝ ավելին իմանալու համար ցանցային մատակարարների և այն բժիշկների մասին, որոնք ընդունում են նոր պացիենտների:
- Կանայք իրավունք ունեն այցելելու կանացի առողջապահության մասնագետին առանց ուղեգիր ստանալու: Ուղեգիրը ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի (PCP) թույլտվությունն է՝ այցելել ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը (PCP) չհանդիսացող անձին:
- Դուք իրավունք ունեք ողջամիտ ժամանակահատվածում ստանալու ապահովագրված ծառայություններ ցանցային մատակարարից:
  - Սա ներառում է մասնագետներից ծառայությունները ժամանակին ստանալու իրավունքը:
- Դուք իրավունք ունեք առանց նախնական հավանության ստանալու անհետաձգելի ծառայություններ կամ բուժօգնություն, որը շտապ անհրաժեշտ է:
- Դուք իրավունք ունեք առանց երկարատև ուշացումների ստանալու ձեր դեղատոմսով դեղը մեր ցանցային յուրաքանչյուր դեղատնից:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե երբ կարող եք այցելել ոչ-ցանցային մատակարարին: Ոչ-ցանցային մատակարարների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 3-ը:

- Երբ դուք առաջին անգամ եք միանում մեր պլանին, դուք իրավունք ունեք պահպանելու ձեր ներկայիս մատակարարներին և ծառայության թույլտվությունները մինչև 12 ամիս՝ որոշակի պայմաններ բավարարելու դեպքում: Ձեր մատակարարներին և ծառայությունների թույլտվությունները պահպանելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս Գլուխ 1-ը:
- Դուք իրավունք ունեք ինքնուրույն ուղղորդել ձեր բուժումը ձեր բժշկական թիմի և գործերի կառավարիչի օգնությամբ:

Գլուխ 9-ն այն մասին է, թե ինչ կարող եք դուք անել, եթե կարծում եք, որ չեք ստանում ձեր ծառայությունները կամ դեղերը ողջամիտ ժամանակի ընթացքում: Գլուխ 9-ում նաև պատմվում է, ինչ կարող եք դուք անել, եթե մենք մերժել ենք ձեր ծառայությունների կամ դեղերի փոխհատուցումը, և դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ:

C. Մեր պատասխանատվությունն է պաշտպանել ձեր բժշկական անձնական տվյալները (PHI)

Մենք պաշտպանում ենք ձեր բժշկական անձնական տվյալները (PHI), համաձայն դաշնային և նահանգի օրենքների:

Ձեր բժշկական անձնական տվյալները (PHI) ներառում են այն տեղեկատվությունը, որը դուք տրամադրել եք մեզ, երբ անդամագրվել եք այս պլանին: Այն նաև ներառում է ձեր բժշկական քարտերը և այլ բժշկական և առողջապահական տեղեկատվությունը:

Դուք իրավունք ունեք ստանալու տեղեկատվություն և վերահսկելու ձեր ԲԱ տվյալների (PHI) օգտագործումը: Մենք կտրամադրենք ձեզ գրավոր ծանուցում, որում շարադրված են այդ իրավունքները և նաև բացատրվում է, ինչպես ենք մենք պաշտպանում ձեր ԲԱ տվյալների (PHI) գաղտնիությունը: Այդ ծանուցումը կոչվում է «Ծանուցում բժշկական անձնական տվյալների (PHI) օգտագործման կարգի վերաբերյալ»:

C1. Ինչպես պաշտպանել ձեր ԲԱ տվյալները (PHI)

Մենք երաշխավորում ենք, որ լիազորություն չունեցող անձիք չեն տեսնում կամ չեն փոփոխում ձեր բժշկական քարտերը:

Դեպքերի մեծամասնությունում մենք չենք տրամադրում ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) որևէ մեկին, ով չի տրամադրում ձեր բուժսպասարկումը կամ չի վճարում ձեր բուժսպասարկման համար: Եթե մենք տրամադրում ենք, մեզնից պահանջվում է սկզբում ստանալ ձեր գրավոր թույլտվությունը: Գրավոր թույլատրությունը կարող է տրամադրվել ձեր կամ ձեր փոխարեն որոշում կայացնելու իրավական լիազորություն ունեցող անձի կողմից:

Գոյություն ունեն որոշակի դեպքեր, երբ մենք չպետք է սկզբում ստանանք ձեր գրավոր թույլատրությունը: Այս բացառությունները թույլատրվում կամ պահանջվում են օրենքով:

- Մեզնից պահանջվում է տրամադրել ԲԱ տվյալները (PHI) պետական մարմիններին, որոնք ստուգում են բուժսպասարկման մեր որակը:

- Մեզնից պահանջվում է տրամադրել ԲԱ տվյալները (PHI) դատարանի որոշմամբ:
- Մեզնից պահանջվում է ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) տրամադրել Medicare-ին: Եթե Medicare-ը տրամադրի ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) հետազոտական կամ այլ կերպ օգտագործելու նպատակներով, ապա դա պետք է արվի համաձայն դաշնային օրենքի:

C2. Դուք իրավունք ունեք տեսնելու ձեր բժշկական քարտերը

- Դուք իրավունք ունեք տեսնելու ձեր բժշկական քարտերը և ստանալու ձեր քարտերի պատճենը: Մեզ թույլատրված է գանձելու վճար ձեր բժշկական քարտերի պատճենը ստեղծելու համար:
- Դուք իրավունք ունեք խնդրելու մեզ նորացնել կամ ուղղել ձեր բժշկական քարտերը: Եթե դուք դիմեք մեզ նման խնդրանքով, մենք կհամագործակցենք ձեր բուժսպասարկման մատակարարի հետ, որպեսզի որոշենք, արդյոք փոփոխություններն անհրաժեշտ են:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալու, արդյոք և ինչպես են ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) համատեղ օգտագործվում այլոց հետ:

Եթե դուք ունեք հարցեր կամ մտահոգություններ ձեր ԲԱ տվյալների (PHI) գաղտնիության վերաբերյալ, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին:

Ձեր գաղտնիությունը

Ձեր գաղտնիությունը կարևոր է մեզ համար: Մենք հարգում և պաշտպանում ենք ձեր գաղտնիությունը: Molina-ն օգտագործում և կիսվում է ձեր տեղեկությամբ, որպեսզի տրամադրի ձեզ առողջապահական նպաստներ: Molina-ն ցանկանում է տեղյակ պահել ձեզ, ինչպես է օգտագործվում և համատեղ օգտագործվում ձեր տեղեկությունը:

PHI նշանակում է առողջության վերաբերյալ պաշտպանված տվյալներ: ԲԱ տվյալները (PHI) ներառում են ձեր անունը, անդամակցության համարը, ռասայական պատկանելիությունը, ազգային պատկանելիությունը, լեզվական կարիքները կամ այլ տվյալներ՝ ձեր ինքնությունը բացահայտելու: Molina-ն ցանկանում է, որ դուք իմանաք այն մասին, թե ինչպես ենք մենք օգտագործում կամ համօգտագործում ձեր ԲԱ տվյալները (PHI):

Ինչու՞ է Molina-ն օգտագործում կամ համ օգտագործում մեր մասնակիցների ԲԱ տվյալները (PHI):

- Ձեր բուժումն ապահովելու համար
- Ձեր բուժսպասարկումը փոխհատուցելու համար
- Ձեր ստացած բուժսպասարկման որակը ստուգելու համար
- Ձեր բուժսպասարկման ընտրությունների մասին ձեզ տեղյակ պահելու համար
- Մեր բժշկական ապահովագրության պլանը վարելու համար
- ԲԱ տվյալներն (PHI) օրենքի սահմաններում այլ նպատակներով օգտագործելու կամ համօգտագործելու համար:

Ե՞րբ է Molina-ին հարկավոր ձեր գրավոր թույլտվությունը (հավանությունը)՝ օգտագործելու կամ համօգտագործելու ձեր ԲԱ տվյալները (PHI): Molina-ին հարկավոր է ձեր գրավոր հավանությունը՝ օգտագործելու կամ համօգտագործելու ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) վերևում չնշված նպատակներով:

Որո՞նք են գաղտնիության ձեր իրավունքները:

- Տեսնելու ձեր ԲԱ տվյալները (PHI)
- Ստանալու ձեր ԲԱ տվյալների (PHI) պատճենը
- Ուղղելու ձեր ԲԱ տվյալները (PHI)
- Խնդրելու մեզ չօգտագործել կամ չհամօգտագործել ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) որոշակի եղանակով
- Ստանալու որոշակի մարդկանց կամ վայրերի ցանկը, որոնց հետ մենք համօգտագործել ենք ձեր ԲԱ տվյալները (PHI)

Ինչպե՞ս է Molina-ն պաշտպանում ձեր ԲԱ տվյալները (PHI):

Molina-ն օգտագործում է բազմաթիվ եղանակներ ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) պաշտպանելու համար մեր ամբողջ բժշկական ապահովագրության պլանի շրջանակներում: Սա ներառում է ԲԱ տվյալների (PHI) գրավոր, բանավոր և համակարգչային տվյալները Ստորև բերված են որոշ եղանակներ, որոնցով Molina-ն պաշտպանում է ԲԱ տվյալները (PHI)։

- Molina-ն ունի ԲԱ տվյալները (PHI) պաշտպանելու քաղաքականություններ և կանոններ:
- Molina-ն սահմանափակում է ԲԱ տվյալները (PHI) տեսնելու իրավունք ունեցողների ցանկը: Միայն Molina-ի անձնակազմը, ԲԱ տվյալներն (PHI) իմանալու անհրաժեշտությունից ելնելով, կարող է օգտվել դրանից:
- Molina-ի անձնակազմը վարժեցված է ԲԱ տվյալները (PHI) պաշտպանելու և երաշխավորելու ձևերին:
- Molina-ի անձնակազմը պետք է գրավոր ձևով համաձայնվի հետևել ԲԱ տվյալները (PHI) պաշտպանող և երաշխավորող կանոններին և քաղաքականություններին:
- Molina-ն ապահովում է ԲԱ տվյալների (PHI) անվտանգությունը մեր համակարգիչներում: ԲԱ տվյալները (PHI) մեր համակարգիչներում գաղտնի է պահվում՝ հրապատերի և գաղտնաբառերի կիրառմամբ։

Ինչպե՞ս պետք է օրենքով վարվի Molina-ն:

- Գաղտնի պահել ձեր ԲԱ տվյալները (PHI):
- Տրամադրել ձեզ գրավոր տեղեկություն, ինչպես ձեր ԲԱ տվյալների (PHI) վերաբերյալ մեր պարտականությունները և անձնական տեղեկության օգտագործման կարգը։
- Հետևել մեր «Անձնական տեղեկության օգտագործման կարգի վերաբերյալ ծանուցման» պայմաններին:

Ի՞նչ կարող եք դուք անել, եթե կարծում եք, որ գաղտնիության ձեր իրավունքները չեն պաշտպանվել:

- Զանգահարեք կամ գրեք Molina-ին և բողոքեք:
- Բողոքեք Առողջապահության և սոցիալական ապահովության դեպարտամենտ:

Մենք ձեզ դժգոհություն չենք ներկայացնի: Ձեր գործողությունը որևէ կերպ չի փոխի ձեր բուժսպասարկումը:

Վերոնշյալը միայն ամփոփագիրն է: Մեր «Անձնական տեղեկության օգտագործման կարգի վերաբերյալ ծանուցումը» տրամադրում է ավելի շատ տեղեկություն այն մասին, թե ինչպես ենք մենք օգտագործում և համօգտագործում մեր մասնակիցների ԲԱ տվյալները (PHI): Մեր «Անձնական տեղեկության օգտագործման կարգի վերաբերյալ ծանուցումը» գտնվում է այս Մասնակցի ձեռնարկի հետևյալ բաժնում: Մեր վեբկայքն է՝ www.molinahealthcare.com: Դուք նաև կարող եք ստանալ մեր «Անձնական տեղեկության օգտագործման կարգի վերաբերյալ ծանուցման» պատճենը՝ զանգահարելով մեր Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: TTY օգտվողներին խնդրում ենք զանգահարել 711:

ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԿԱՐԳԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA PARTNER PLAN, INC.

ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒՄ Է ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ Է ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԵԼ և ԲԱՑԱՀԱՅՏՎԵԼ ՁԵՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԵՎ ԻՆՉՊԵՍ ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՍՏԱՆԱԼ ՄԱՏՉՈՒՄ ԱՅԴ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆԸ: ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅԱՄԲ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐԵԼ ԱՅՆ:

Molina Healthcare-ի California Partner Plan, Inc.-ն («**Molina Healthcare**», «**Molina**», «**մենք**» կամ «**մեր**») օգտագործում և փոխանցում է ձեր առողջության վերաբերյալ պաշտպանված տվյալները՝ տրամադրելու ձեր, որպես Molina Duals Options-ի մասնակցի, առողջությանն հետ կապված նպաստները: Մենք օգտագործում և համատեղ օգտագործում ենք ձեր տեղեկությունը, որպեսզի իրականացնենք բուժումը, վճարումը և բուժսպասարկման գործարքները: Մենք նաև օգտագործում և կիսվում ենք ձեր տեղեկությամբ այլ նպատակներով, ինչպես թույլատրվում և պահանջվում է օրենքով: Մենք պարտավորություն ունենք գաղտնի պահելու ձեր բժշկական անձնական տվյալները և հետևելու այս Ծանուցման պայմաններին: Այս Ծանուցումն ուժի մեջ է մտնում 2014 թվականի մարտի 1-ին:

(PHI) նշանակում է առողջության վերաբերյալ պաշտպանված տվյալներ: ԲԱՏ-ը (PHI) բժշկական անձնական տվյալներ են, որոնք ներառում են ձեր անունը, Մասնակցի համարը կամ այլ նույնացուցիչներ (իդենտիֆիկատորներ), և թողարկվում կամ համօգտագործվում է Molina-ի կողմից:

Ինչու՞ է Molina-ն օգտագործում կամ համօգտագործումյձեր ԲԱ տվյալները (PHI):

Մենք օգտագործում կամ համօգտագործում ենք ձեր ԲԱ տվյալները (PHI), որպեսզի տրամադրենք ձեզ բուժսպասարկման նպաստներ: Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) օգտագործում կամ համօգտագործվում են բուժման, վճարման և բուժսպասարկման գործարքների կատարման նպատակով:

Բուժման նպատակով

Molina-ն կարող է օգտագործել կամ համօգտագործել ձեր ԲԱ տվյալները (PHI), որպեսզի տրամադրի կամ կազմակերպի ձեր բուժսպասարկումը: Այս բուժումը նաև ներառում է ուղեգրեր ձեր բժիշկների կամ այլ բուժսպասարկման մատակարարների միջև: Օրինակ, մենք կարող ենք համօգտագործել ձեր բժշկական անձնական տվյալները մասնագետի հետ: Սա օգնում է մասնագետին զրուցել ձեր բուժման մասին ձեր բժշկի հետ:

Վճարման նպատակով

Molina-ն կարող է օգտագործել կամ համօգտագործել ԲԱ տվյալները (PHI) վճարման վերաբերյալ որոշում կայացնելու նպատակով: Սա կարող է ներառել բողոքները, բուժման համար ստացած հավանությունները, բժշկական անհրաժեշտության վերաբերյալ որոշումները: Ձեր անունը, առողջական վիճակը, բուժումը և տրամադրած նյութերը կարող են ներառվել հաշվի մեջ: Օրինակ, մենք կարող ենք տեղեկացնել բժշկին, որ դուք օգտվում եք մեր նպաստներից: Մենք նաև կհայտնենք բժշկին հաշվի այն գումարը, որը մենք պատրաստ ենք վճարել:

Բուժսպասարկման գործարքների իրականացման նպատակով

Molina-ն կարող է օգտագործել կամ համօգտագործել ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) մեր բժշկական ապահովագրության պլանը վարելու նպատակով: Օրինակ, մենք կարող ենք օգտագործել ձեր հայտից ստացված տեղեկությունը, որպեսզի տեղյակ պահենք ձեզ առողջապահական ծրագրի մասին, որը կարող է օգնել ձեզ: Մենք նաև կարող ենք օգտագործել կամ համօգտագործել ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) մասնակիցների մտահոգությունները լուծելու նպատակով: Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) կարող են նաև օգտագործվել՝ հետևելու, որ հայտերը ճիշտ են վճարվեն:

Բուժսպասարկման գործարքները ներառում են բազմաթիվ առօրյա բիզնես կարիքներ: Այն նաև ներառում է՝

- որակի բարելավում,
- միջոցառումներ առողջապահական ծրագրերում, որոնց նպատակն է օգնել որոշակի հիվանդություններ ունեցող մասնակիցներին (ինչպես ասթման),
- բժշկական ստուգման անցկացում կամ կազմակերպում,
- իրավաբանական ծառայություններ՝ ներառյալ խարդախության և չարաշահման դեպքերի հայտնաբերումը և դատական կարգով հետապնդման ծրագրերը,
- գործողություններ, որոնք կօգնեն մեզ ենթարկվել օրենքներին,
- արձագանքում մասնակիցների կարիքներին՝ ներառյալ բողոքների և հայցերի լուծումը:

Մենք համատեղ կօգտագործենք ձեր ԲԱ տվյալներն (PHI) այլ ընկերությունների հետ («**բիզնես գործընկերների**»), որոնք իրականացնում են տարբեր տեսակի գործունեություն մեր բժշկական ապահովագրության պլանի համար: Մենք կարող ենք նաև օգտագործել ձեր ԲԱ տվյալները՝ (PHI)՝ ձեր պայմանավորվածությունների վերաբերյալ հիշեցումներ ուղարկելու նպատակով: Մենք հնարավոր է օգտագործենք ձեր ԲԱ տվյալները (PHI), որպեսզի տրամադրենք ձեզ տեղեկություն այլ տեսակի բուժման վերաբերյալ կամ առողջապահական այլ նպաստների և ծառայությունների վերաբերյալ:

Ե՞րբ է կարող Molina-ն օգտագործել կամ համօգտագործել ձեր ԲԱ տվյալներն (PHI) առանց ձեզնից գրավոր թույլտվություն (հավանություն) ստանալու:

Օրենքը թույլ է տալիս կամ պահանջում է Molina-ից օգտագործել կամ համօգտագործել ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) մի քանի այլ պատճառներով, ներառյալ հետևյալները՝

Օրենքով պահանջվում է

Մենք կօգտագործենք կամ կհամօգտագործենք ձեր մասին տեղեկությունը օրենքի պահանջի համաձայն: Մենք համատեղ կօգտագործենք ձեր ԲԱ տվյալները (PHI), երբ դա պահանջվի Առողջապահության և սոցիալական ապահովության դեպարտամենտի (HHS, Department of Health and Human Services) Քարտուղարի կողմից: Դա կարող է տեղի ունենալ դատական գործի նպատակով, այլ իրավական պատճառներով կամ երբ դա պահանջվում է իրավակիրառման նպատակներով:

Հանրային առողջապահություն

Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) կարող են օգտագործվել կամ համօգտագործվել հանրային առողջապահության գործունեության նպատակով: Սա կարող է ներառել հանրային առողջապահության գործակալություններին օգնությունը՝ հիվանդությունը կանխարգելելու կամ վերահսկելու նպատակով:

Առողջապահության Հսկողություն

Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) կարող են օգտագործվել կամ համօգտագործվել կառավարական գործակալությունների հետ: Նրանց հնարավոր է պահանջվի ձեր ԲԱ տվյալների (PHI) աուդիտ անցկացնելու նպատակով:

Հետազոտություն

Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) կարող են օգտագործվել կամ համօգտագործվել որոշակի դեպքերում հետազոտության համար, օրինակ, երբ հաստատվում է գաղտնիության կամ ինստիտուցիոնալ վերանայման խորհրդի կողմից:

Իրավական կամ վարչական վարույթներ

Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) կարող են օգտագործվել կամ համօգտագործվել իրավական վարույթների համար, ինչպես ի պատասխան դատական հրամանի:

Իրավակիրառական գործունեություն

Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) կարող են օգտագործվել կամ համօգտագործվել ոստիկանության հետ՝ օգնելու հայտնաբերել կասկածյալին, վկային կամ անհայտ կորած անձին:

Առողջապահություն և անվտանգություն

Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) կարող են համօգտագործվել՝ կանխելու լուրջ վտանգը հանրային առողջապահությանը կամ անվտանգությանը:

Կառավարական գործառույթներ

Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) կարող են համօգտագործվել կառավարության հետ հատուկ գործառույթների նպատակներով:

Չարաշահման, արհամարհանքի և տնային բռնության զոհեր

Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) կարող են համօգտագործվել իրավապահ մարմինների հետ, եթե մենք ենթադրում ենք, որ անձը հանդիսանում է չարաշահման կամ արհամարհանքի զոհ:

Աշխատակիցների փոխհատուցում

Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) կարող է օգտագործվել կամ համօգտագործվել «Աշխատակիցներին փոխհատուցում տրամադրելու մասին» օրենքը պահպանելու նպատակով:

Բացահայտման այլ տեսակներ

Ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) կարող են համօգտագործվել հուղարկավորության բյուրոյի ղեկավարների կամ դատաքննիչների հետ՝ օգնելու կատարել իրենց աշխատանքը:

Ե՞րբ է Molina-ին հարկավոր ձեր գրավոր թույլտվությունը (հավանությունը)՝ օգտագործելու կամ համօգտագործելու ձեր ԲԱ տվյալները (PHI):

Molina-ին հարկավոր է ձեր գրավոր հավանությունը՝ օգտագործելու կամ համօգտագործելու ձեր ԲԱ տվյալներն (PHI) այս Ծանուցման մեջ թվարկվածներից բացի այլ նպատակներով: Molina-ին հարկավոր է ձեր թույլտվությունը, նախքան մենք կբացահայտենք ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) հետևյալ նպատակներով՝ (1) հոգեբուժական գրառումների օգտագործումների և բացահայտումների մեծամասնության, (2) շուկայավարման նպատակներով օգտագործման և բացահայտման և (3) օգտագործման և բացահայտման այն դեպքերի, որոնք ներառում են ԲԱ տվյալների (PHI) վաճառք: Դուք կարող եք չեղարկել գրավոր հավանությունը, որը տրամադրել եք մեզ: Ձեր չեղարկումը չի տարածվի մեր կողմից արդեն իսկ ձեռնարկած գործողությունների վրա ձեր կողմից մեզ արդեն տրված հավանության պատճառով:

Որո՞նք են առողջական վիճակի մասին տեղեկության ձեր իրավունքները:

Դուք իրավունք ունեք՝

- **Պահանջեք սահմանափակում ԲԱ տվյալների (PHI) օգտագործման կամ բացահայտման նկատմամբ (ձեր ԲԱ տվյալների (PHI) համատեղ օգտագործում)**

Դուք կարող եք խնդրել մեզ չհամօգտագործել ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) բուժումը, վճարումը կամ բուժսպասարկման գործարքներն իրականացնելու նպատակով: Դուք կարող եք նաև խնդրել մեզ չհամօգտագործել ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) ձեր կողմից նշված ընտանիքի մասնակիցների, ընկերների կամ այլ անձանց հետ, ովքեր ներգրավված են ձեր բուժսպասարկման գործընթացում: Այնուամենայնիվ, մեզնից չի պահանջվում համաձայնել ձեր պահանջին: Ձեզ հարկավոր կլինի կազմել ձեր պահանջը գրավոր ձևով: Դուք կարող եք օգտվել Molina-ի ձևից ձեր պահանջը կազմելու համար:

- **ԲԱ տվյալների (PHI) գաղտնի հաղորդակցությունների պահանջ**

Դուք կարող եք խնդրել Molina-ին տրամադրել ձեզ ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) որոշակի ձևով կամ որոշակի վայրում՝ օգնելու ձեզ գաղտնի պահել ձեր ԲԱ տվյալները (PHI): Մենք կհետևենք ողջամիտ պահանջներին, եթե դուք հայտնեք մեզ, ինչպես այդ ԲԱ տվյալների (PHI) մի մասի կամ ամբողջության համատեղ օգտագործումը կարող է վտանգել ձեր կյանքը: Ձեզ հարկավոր կլինի կազմել ձեր պահանջը գրավոր ձևով: Դուք կարող եք օգտվել Molina-ի ձևից ձեր պահանջը կազմելու համար:

Ձեր ԲԱ տվյալների (PHI) վերանայում և պատճենում

Դուք իրավունք ունեք վերանայել և ստանալ մեր մոտ պահվող ձեր ԲԱ տվյալների (PHI) պատճենը: Սա կարող է ներառել, որպես Molina-ի մասնակցի, փոխհատուցման մեջ, բողոքներում և այլ որոշումներում օգտագործված գրառումները: Ձեզ հարկավոր կլինի կազմել ձեր պահանջը գրավոր ձևով: Դուք կարող եք օգտվել Molina-ի ձևից ձեր պահանջը կազմելու համար: Մենք հնարավոր է ձեզնից գանձենք ողջամիտ վճար այդ գրառումների պատճենման և փոստով ուղարկման համար: Որոշակի դեպքերում մենք կարող ենք մերժել խնդրանքը: Կարևոր նշում: Մենք չունենք ձեր բժշկական քարտերի ամբողջ պատճենները: Եթե դուք ցանկանում եք ստանալ ձեր բժշկական քարտերի պատճենները, տեսնել կամ փոփոխել դրանք, խնդրում ենք կապվել ձեր բժշկի կամ կլինիկայի հետ:

Ձեր ԲԱ տվյալների (PHI) ուղղում

Դուք կարող եք խնդրել մեզ ուղղել (փոփոխել) ձեր ԲԱ տվյալները (PHI): Սա ներառում է մեզ մոտ պահվող միայն այն գրառումները, որոնք վերաբերվում են ձեզ, որպես մասնակից: Ձեզ հարկավոր կլինի կազմել ձեր պահանջը գրավոր ձևով: Դուք կարող եք օգտվել Molina-ի ձևից ձեր պահանջը կազմելու համար: Դուք կարող եք կազմել և ուղարկել մեզ հետ անհամաձայնության նամակ, եթե մենք մերժենք ձեր պահանջը:

ԲԱ տվյալների (PHI) բացահայտումների վերաբերյալ հաշվետվության ստացում

Դուք կարող եք խնդրել մեզ տրամադրել ձեզ որոշակի կողմերի ցանկը, որոնց հետ մենք համօգտագործել ենք ձեր ԲԱ տվյալները (PHI) ձեր պահանջին նախորդող վեց տարիների ընթացքում: Ցանկը չի ներառի ԲԱ տվյալները (PHI), որոնք համօգտագործվել են համաձայն ստորև նշվածի՝

- բուժման, վճարման կամ բուժսպասարկման գործարքների իրականացման նպատակով,
- այն դեպքերում, երբ անձանց հետ համօգտագործվել են իրենց սեփական ԲԱ տվյալները (PHI)
- համօգտագործումն իրականացվել է ձեր թույլտվությամբ,
- օգտագործման կամ բացահայտման այն դեպքերում, որոնք թույլատրված կամ պահանջվում են գործող օրենքով,
- ԲԱ տվյալները (PHI) տրամադրվել է ազգային անվտանգության կամ հետախուզական նպատակներով կամ
- որպես սահմանափակ տվյալների մաս՝ սահմանված համաձայն գործող օրենքի:

Մենք ձեզնից կգանձենք ողջամիջ վճար յուրաքանչյուր ցանկի համար, եթե դուք պահանջեք այդ ցանկը մեկից ավելի անգամ 12 ամսյա ժամանակահատվածում: Ձեզ հարկավոր կլինի կազմել ձեր պահանջը գրավոր ձևով: Դուք կարող եք օգտվել Molina-ի ձևից ձեր պահանջը կազմելու համար:

Դուք կարող եք ներկայացնել վերոնշյալ պահանջներից յուրաքանչյուրը կամ կարող եք ստանալ այս Ծանուցման թղթային պատճենը: Խնդրում ենք զանգահարել Molina-ի Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: TTY օգտվողներին խնդրում ենք զանգահարել 711:

Ի՞նչ կարող եք դուք անել, եթե ձեր իրավունքները չեն պաշտպանվել:

Դուք կարող եք բողոքել Molina և Առողջապահության և սոցիալական ապահովության դեպարտամենտ, եթե համոզված եք, որ գաղտնիության ձեր իրավունքները խախտվել են: Մենք ձեր դեմ ոչինչ չենք անի, եթե դուք բողոք ներկայացնեք: Ձեր բուժսպասարկումը և նպաստները որևէ կերպ չեն փոփոխվի:

Դուք մեզ կարող եք բողոք ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝
Molina Healthcare of California Partner Plan, Inc.
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Հեռախոս՝ (855) 665-4627, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և սոցիալական ապահովության դեպարտամենտի Քարտուղարին՝

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 515F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TTY);

(202) 619-3818 (Ֆաքս)

Որո՞նք են Molina-ի պարտականությունները:

Molina-ից պահանջվում է՝

- Գաղտնի պահել ձեր ԲԱ տվյալները (PHI):
- Տրամադրել ձեզ գրավոր տեղեկություն, ինչպես ձեր ԲԱ տվյալների (PHI) վերաբերյալ մեր պարտականությունները և անձնական տեղեկության օգտագործման կարգը:
- Տրամադրել ձեզ ծանուցում ձեր չպաշտպանված ԲԱ տվյալների (PHI) որևէ խախտման դեպքի վերաբերյալ,
- Չօգտագործել կամ չբացահայտել ձեր գենետիկական տեղեկությունը ապահովագրական նպատակներով,
- Հետևել այս Ծանուցման պայմաններին:

Ծանուցումը ենթակա է փոփոխության

Molina-ն իրավունք է վերապահում յուրաքանչյուր պահի փոխելու իր տեղեկատվական տվյալների օգտագործման կանոնները և այս Ծանուցման պայմանները: Եթե մենք կատարենք այդ փոփոխությունը, նոր պայմանները և կանոնները կկիրառվեն մեր վարած բոլոր ԲԱ տվյալների (PHI) նկատմամբ: Եթե մենք նյութերում որևէ փոփոխություն կատարենք, Molina-ն կտեղադրի վերանայված Ծանուցումը մեր վեբ կայքում և կուղարկի վերանայված Ծանուցումը կամ նյութերում կատարված փոփոխությունների և վերանայված Ծանուցումը ձեռք բերելու ձևերի վերաբերյալ

տեղեկությունը մեր հաջորդ տարեկան փոստային առաքման միջոցով մեր մասնակիցներին, որոնք այդ պահի դրությամբ ապահովագրված կլինեն Molina-ի կողմից: Մեր վեբկայքն է՝ www.molinahealthcare.com/duals:

Կոնտակտային տվյալներ

Եթե դուք ունեք որևէ հարցեր, խնդրում ենք կապվել հետևյալ գրասենյակի հետ՝
Molina Healthcare of California Partner Plan, Inc.
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA90802

Հեռախոս՝ (855) 665-4627, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:
TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:

D. Մենք պատասխանատու ենք ձեզ տալու տեղեկություն մեր պլանի, մեր ցանցային մատակարարների և ձեր ապահովագրված ծառայությունների վերաբերյալ

Որպես Molina Dual Options-ի մասնակից, դուք իրավունք ունեք մեզնից տեղեկություն ստանալ: Եթե դուք չեք խոսում անգլերեն, մենք ունենք թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու մեր բժշկական ապահովագրության պլանի մասին ձեր ունեցած յուրաքանչյուր հարցին: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Սա անվճար ծառայություն է ձեզ համար: Մենք կարող ենք նաև տրամադրել ձեզ գրավոր նյութեր և/կամ տեղեկություն իսպաներեն, հայերեն, արաբերեն, վիետնամերեն, կխմերեն, չինարեն, ռուսերեն, պարսկերեն, տագալերեն և կորեերեն: Մենք նաև կարող ենք տրամադրել տեղեկությունը խոշոր տառատեսակով, Բրեյլի տառատեսակով և աուդիո ձևաչափով: 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-ը տեղական ժամանակով:

Եթե դուք ցանկանում եք ստանալ տեղեկություն ստորև նշվածներից որևէ մեկի մասին, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝

- Ինչպես ընտրել կամ փոփոխել պլանները
- Մեր պլանը, ներառյալ՝
  - Ֆինանսական տեղեկություն
  - Ինչպես ենք մենք գնահատվել պլանի մասնակիցների կողմից
  - մասնակիցների կողմից ներկայացված բողոքարկումների քանակը
  - Ինչպես դուրս գալ մեր պլանից
- Մեր ցանցային մատակարարները և դեղատները, ներառյալ՝
  - Ինչպես ընտրել կամ փոխարինել առաջնային բուժօգնության մատակարարներին

- Մեր ցանցային մատակարարների և դեղատների որակավորումները
- Ինչպես ենք մենք վճարում մեր ցանցի մատակարարներին

- Ապահովագրված ծառայությունների և դեղերի, ինչպես նաև ձեր կողմից պարտադիր հետևելիք կանոնների վերաբերյալ տեղեկություն, ներառյալ՝
  - Մեր պլանի կողմից ապահովագրված ծառայություններ և դեղեր
  - Ձեր փոխհատուցման և դեղերի սահմանափակումներ
  - Այն կանոնները, որոնց դուք պարտադիր պետք է հետևեք, ապահովագրված ծառայությունները և դեղերը ստանալու համար
- Ինչու որոշ բաներ չեն փոխհատուցվում և ինչ կարող եք դուք անել այդ դեպքում, ներառյալ այն, որ կարող եք մեզ դիմել՝
  - Գրավոր ներկայացրեք, ինչու որոշ բաներ չեն փոխհատուցվում
  - Փոխել մեր կողմից կայացված որոշումը
  - Վճարել ձեր ստացած վճարման հաշիվը

E. Ցանցային մատակարարները չեն կարող անմիջապես ձեզ տալ վճարման հաշիվ

Մեր ցանի բժիշկները, հիվանդանոցները և այլ մատակարարները չեն կարող ստիպել ձեզ վճարել ապահովագրված ծառայությունների համար: Նրանք նույնպես չեն կարող ձեզնից գումար գանձել, եթե մենք վճարենք ավելի քիչ, քան պահանջել է մատակարարը: Որպեսզի իմանաք, ինչպես վարվել, եթե ցանցային մատակարարը փորձում է ձեզնից գումար գանձել ապահովագրված ծառայությունների համար, տե՛ս Գլուխ 7-ը:

F. Cal MediConnect Plan-ից դուրս գալու ձեր իրավունքը

Որևէ մեկը չի կարող ստիպել ձեզ մնալ մեր պլանում, եթե դուք դա չեք ցանկանում:

- Դուք իրավունք ունեք ստանալու ձեր առողջապահական ծառայությունների մեծամասնությունը Original Medicare կամ Medicare Advantage պլանի միջոցով:
- Դուք կարող եք ստանալ ձեր Medicare-ի դեղատոմսով դեղի նպաստները դեղատոմսով դեղի պլանից կամ Medicare Advantage պլանից:
- Տե՛ս գլուխ 10-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե երբ կարող եք միանալ նոր Medicare Advantage կամ դեղատոմսով դեղերի նպաստ պլանին:
- Ձեր Medi-Cal նպաստները կառաջարկվեն Medi-Cal-ի կողմից ձեր ընտրությամբ կարգավորվող բժշկական սպասարկման պլանի միջոցով:

G. Բուժսպասարկման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը

G1. Ձեր բուժման տարբերակները և ձեր բուժսպասարկման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը

Դուք իրավունք ունեք ստանալու ամբողջական տեղեկություն ձեր բժիշկներից և այլ բուժսպասարկման մատակարարներից, երբ դուք ստանում եք ծառայություններ: Ձեր մատակարարները պետք է բացատրեն ձեր առողջական վիճակը և բուժման տարբերակները ձեզ համար հասկանալի ձևով: Դուք իրավունք ունեք՝

- **Իմացեք ձեր ընտրության հնարավորությունները:** Դուք իրավունք ունեք տեղեկացվելու բուժման բոլոր տեսակների մասին:
- **Իմացեք վտանգները:** Դուք իրավունք ունեք տեղեկացվելու բոլոր եղած վտանգների մասին: Դուք նախապես պետք է տեղեկացվեք, եթե որևէ ծառայություն կամ բուժում հանդիսանում է գիտահետազոտական փորձ: Դուք իրավունք ունեք հրաժարվելու փորձարարական բուժումներից:
- **Ստացեք երկրորդ կարծիքը:** Դուք իրավունք ունեք այցելելու մեկ այլ բժշկի նախքան բուժման վերաբերյալ որոշում կայացնելը:
- **Ասե՛ք «ոչ»:** Դուք իրավունք ունեք ցանկացած բուժումից հրաժարվելու: Սա ներառում է հիվանդանոցը կամ այլ բժշկական հաստատությունը լքելու իրավունքը, նույնիսկ եթե ձեր բժիշկը խորհուրդ է տալիս չվարվել այդպես: Դուք նաև իրավունք ունեք դադարեցնելու դեղատոմսով դեղի ընդունումը: Եթե դուք հրաժարվեք բուժումից կամ դադարեցնեք դեղատոմսով դեղի ընդունումը, դուք դուրս չեք մնա մեր պլանից: Այնուամենայնիվ, եթե դուք հրաժարվեք բուժումից կամ դադարեցնեք դեղատոմսով դեղի ընդունումը, դուք կկրեք ձեզ հետ պատահածի ողջ պատասխանատվությունը:
- **Դիմեք մեզ և մենք կբացատրենք, թե ինչու է մատակարարը մերժել բուժօգնությունը:** Դուք իրավունք ունեք ստանալու մեզնից բացատրություն, եթե մատակարարը մերժել է ձեր բուժօգնությունը, որը, ձեր ենթադրությամբ, դուք պետք է ստանայիք:
- **Դիմեք մեզ՝ փոխհատուցելու համար այն ծառայությունները կամ դեղը, որոնք մերժվել են կամ սովորաբար չեն փոխհատուցվում:** Դա կոչվում է փոխհատուցման որոշում: Գլուխ 9-ում պատմվում է, ինչպես դիմել պլանին փոխհատուցման որոշման համար:

G2. Ձեր իրավունք է ասել այն, թե ինչ եք ցանկանում, որ պատահի, երբ դուք ունակ չլինեք ինքներդ կայացնելու որոշում բուժսպասարկման վերաբերյալ:

Դուք կարող եք զանգահարել Molina Dual Options, որպեսզի ստանաք տեղեկություն՝ կապված Նախնական բժշկական կարգադրության մասին նահանգի օրենքի և այդ օրենքում փոփոխությունների հետ: Molina Dual Options-ը թարմացնում է նախնական բժշկական կարգադրության մասին տեղեկությունը ոչ ուշ, քան Նահանգի օրենքում փոփոխությունների վերաբերյալ ծանուցումը ստանալուց հետո իննսուն (90) օրացուցային օրվա ընթացքում:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Molina-ի Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Եթե դուք խուլ եք կամ ունեք լսողական խնդիրներ, զանգահարեք TTY՝ 711 California Relay Service-ի համար:

Երբեմն մարդիկ անկարող են բուժսպասարկման հետ կապված ինքնուրույն որոշումներ կայացնել: Նախքան դա տեղի կունենա ձեզ հետ, դուք կարող եք՝

- Լրացնել գրավոր ձև, որով կփոխանցեք որևէ մեկին ձեր փոխարեն բուժսպասարկման որոշումներ կայացնելու իրավունքը:
- Տրամադրել ձեր բժշկին գրավոր տեղեկություններ այն մասին՝ ինչպես եք ցանկանում, որ իրականացվի ձեր բուժսպասարկումը, եթե դուք անկարող դառնաք ինքնուրույն որոշումներ կայացնել:

Իրավական փաստաթուղթը, որը դուք կարող եք օգտագործել ձեր կարգադրությունները տալու համար, կոչվում է նախնական բժշկական կարգադրություն: Գոյություն ունեն նախնական բժշկական կարգադրությունների տարբեր տեսակներ և դրանց տարբեր անվանումներ: Օրինակներից են՝ կամքի արտահայտումը և բուժսպասարկման լիազորագիրը:

Ձեզ հարկավոր չէ օգտագործել նախնական բժշկական կարգադրությունից, բայց ցանկության դեպքում դուք կարող եք: Ինչ է հարկավոր անել՝

- **Ձեռք բերել ձևը:** Դուք կարող եք ստանալ ձևը ձեր բժշկից, փաստաբանից, իրավաբանական ծառայությունների գործակալությունից կամ սոցիալական աշխատակցից: Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի վերաբերյալ, ինչպիսինն է ԲԱԽՊԾ-ն, մարդկանց տեղեկություն տրամադրող կազմակերպությունները կարող են նույնպես ունենալ նախնական բժշկական կարգադրության ձևեր:
- **Լրացրեք և ստորագրեք այդ ձևը:** Ձևը հանդիսանում է իրավական փաստաթուղթ: Ձեզ հարկավոր է ստանալ փաստաբանի օգնությունը այն կազմելու գործում:
- **Տրամադրեք պատճեններն այն մարդկանց, որոնք պետք է իմանան դրա մասին:** Ձեզ հարկավոր է տրամադրել այդ ձևի պատճենը ձեր բժշկին: Ձեզ հարկավոր է նաև տրամադրել այդ ձևի պատճենն այն անձին, որը ձեր ցուցումով որոշումներ է կայացնելու ձեր անունից: Դուք կարող եք նաև կամենալ տրամադրել այդ պատճենները ձեր մտերիմ ընկերներին կամ ընտանիքի մասնակիցներին: Պարտադիր պահեք մեկ պատճեն տանը:
- Եթե ձեզ հոսպիտալացնելու են և դուք ստորագրել եք նախնական բժշկական կարգադրությունը, **վերցրեք ձեզ հետ հիվանդանոց դրա պատճենը**:
  - Հիվանդանոցում ձեզնից կհարցնեն, արդյոք դուք ստորագրել եք նախնական բժշկական կարգադրության ձևը և արդյոք այն ձեզ հետ է:
  - Եթե դուք չեք ստորագրել նախնական բժշկական կարգադրության ձևը, հիվանդանոցում առկա են ձևերը, և ձեզ կհարցնեն, արդյոք դուք ցանկանում եք ստորագրել դրանցից մեկը:

Հիշեցեք, դուք եք ընտրում լրացնել կամ չլրացնել նախնական բժշկական կարգադրությունը:

G3. Ի՞նչ անել, եթե ձեր հրահանգներին չեն հետևում

Եթե դուք ստորագրել եք նախնական բժշկական կարգադրությունը և ենթադրում եք, որ բժիշկը կամ հիվանդանոցը չի հետևում դրանում պարունակվող կարգադրություններին, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Cal MediConnect Ombuds Program ծրագրով:

Cal MediConnect Ombuds Program 1-855-501-3077. Զանգն անվճար է:

TTY՝ 1-855-847-7914. Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում, որպեսզի կարողանաք զանգահարել:

Գրավոր նամակ ուղարկելու համար՝ **Department of Health Care Services**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, Ca 95814

Կայք՝ https://www.calhospital.org/cha-news-article/cal-mediconnect-ombudsman-services-now-available

H. Դուք իրավունք ունեք բողոք ներկայացնել և պահանջել մեզնից վերանայել մեր կայացրած որոշումները

Գլուխ 9-ում պատմվում է, ինչ կարող եք դուք անել, եթե ունեք որևէ խնդիրներ կամ մտահոգություններ ձեր ապահովագրված ծառայությունների կամ բուժսպասարկման վերաբերյալ: Օրինակ, դուք կարող եք դիմել մեզ փոխհատուցման որոշում կայացնելու խնդրանքով, բողոքարկել՝ փոփոխելու փոխհատուցման որոշումը, կամ բողոք ներկայացնել:

Դուք իրավունք ունեք ստանալու բողոքարկումների և բողոքների վերաբերյալ տեղեկությունը, որը ներկայացրել են այլ մասնակիցները մեր պլանի հանդեպ: Այս տեղեկությունը ստանալու համար զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին:

H1. Ինչպե՞ս վարվել, եթե դուք ենթադրում եք, որ ձեզ հետ անարդարացի են վարվում կամ ավելի շատ տեղեկություններ կցանկանայիք ստանալ ձեր իրավունքների մասին

Եթե դուք ենթադրում եք, որ ձեզ հետ անարդարացի են վարվում, և որ դա **չի** առնչվում էջ 226-ում նկարագրված պատճառներով խտրականությանը, կամ կցանկանայիք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ ձեր իրավունքների մասին, դուք կարող եք ստանալ օգնություն՝ զանգահարելով՝

- Մասնակիցների սպասարկման բաժին:
- Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության (HICAP) ծրագիր: Այդ կազմակերպության վերաբերյալ և դրա հետ կապվելու ձևերի մանրամասներին ծանոթանալու համար, տե՛ս Գլուխ 2-ը:

- Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը՝ Այդ կազմակերպության վերաբերյալ և դրա հետ կապվելու ձևերի մանրամասներին ծանոթանալու համար, տե՛ս Գլուխ 2-ը:
- Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: (Կարող եք նաև կարդալ կամ ներբեռնել «Medicare իրավունքները և պաշտպանությունները», որոնք գտնվում են Medicare-ի կայքում՝ https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf:)

I. Ձեր պարտականությունները՝ որպես պլանի մասնակցի

Որպես պլանի մասնակից, դուք ունեք պարտավորություն կատարելու ստորև թվարկված գործողությունները: Եթե ունեք որևէ հարցեր, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին:

- **Կարդացեք *Մասնակիցի ձեռնարկը***, որպեսզի իմանաք, ինչն է փոխհատուցվում և որ կանոններին դուք պետք է հետևեք, որպեսզի ստանաք ապահովագրված ծառայություններ և դեղեր: Տեղեկություն ստանալու համար ձեր՝
  - Այդ գլուխներում պատմվում է, ինչն է փոխհատուցվում, ինչը չի փոխհատուցվում, որ կանոններին դուք պետք է հետևեք և որքան եք վճարում:
  - Ապահովագրվող դեղերի մասին, տե՛ս Գլուխ 5 և 6:
- **Պատմեք մեզ ձեր ցանկացած այլ առողջապահական կամ դեղատոմսով փոխհատուցվող դեղերի ծածկույթի** մասին: Մեզնից պահանջվում է ապահովել, որ դուք ստանաք ձեր բոլոր ապահովագրական հնարավորություններից՝ բուժսպասարկում ստանալիս: Խնդրում եմ զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին, եթե դուք ունեք այլ ծածկույթ:
- **Պատմեք ձեր բժշկին և այլ բուժսպասարկման մատակարարներին** այն մասին, որ դուք ընդգրկված եք մեր Պլանում: Ցույց տվեք Պլանի ձեր ID անդամաքարտը յուրաքանչյուր անգամ, երբ ծառայություններ կամ դեղատոմսով դեղ եք ստանում:
- **Օգնեք ձեր բժիշկներին** և այլ բուժսպասարկման մատակարարներին՝ տալու ձեզ լավագույն բուժօգնությունը:
  - Տրամադրեք նրանց ձեր և ձեր առողջական վիճակի մասին իրենց հարկավոր տեղեկությունը: Իմացեք ձեր առողջական խնդիրների մասին որքան հնարավոր է շատ: Հետևեք բուժման պլաններին և հրահանգներին, որոնց վերաբերյալ դուք և ձեր մատակարարները համաձայնության եք եկել:
  - Համոզվեք, որ ձեր բժիշկները և այլ մատակարարները տեղյակ լինեն բոլոր դեղերի մասին, որը դուք ընդունում եք: Սա ներառում է դեղատոմսով դեղերը, ոչ դեղատոմսով դեղերը, վիտամինները և հավելումները:
  - Եթե ունեք որևէ հարցեր, պարտադիր հարցրեք: Ձեր բժիշկները և այլ մատակարարները պետք է բացատրեն երևույթները ձեր համար հասկանալի ձևով: Եթե դուք հարց եք տալիս և չեք հասկանում պատասխանը, կրկին հարցրեք:

- **Եղեք քաղաքավարի:** Մենք մեր բոլոր մասնակիցներից ակնկալում ենք այլ հիվանդների իրավունքների նկատմամբ հարգալից վերաբերմունք: Մենք նաև ակնկալում ենք ձեզնից հարգալից պահվածք ձեր բժշկի գրասենյակում, հիվանդանոցում և այլ մատակարարների գրասենյակներում:
- **Վճարեք ձեր պարտքերի դիմաց:** Որպես Պլանի մասնակից, դուք պատասխանատու եք այս վճարումների համար:
  - Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի ապահովագրավճարներ: Molina Dual Options-ի մասնակիցների մեծամասնության համար Medi-Cal-ը վճարում է ձեր Մաս A-ի ապահովագրավճարը և ձեր Մաս B-ի ապահովագրավճարը:
  - **Եթե դուք ստանաք մեր պլանի կողմից չապահովագրված որևէ ծառայություններ ամ դեղեր, դուք պետք է վճարեք ամբողջ արժեքը:**
  - Եթե դուք համաձայն չեք ծառայությունը կամ դեղը չփոխհատուցելու վերաբերյալ մեր որոշման հետ, դուք կարող եք բողոքարկել: Խնդրում ենք տեսնել Գլուխ 9-ը բողոքարկման ձևերին ծանոթանալու համար:
- **Տեղեկացրեք մեզ, եթե տեղափոխվում եք:** Եթե դուք պատրաստվում եք տեղափոխվել, կարևոր է մեզ անմիջապես տեղեկացնեք դրա մասին: Զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին:
  - **Եթե դուք դուրս եք գալիս մեր սպասարկման տարածքից, ապա չեք կարող մնալ այս պլանում:** Molina Dual Options-ն կարող են ստանալ միայն մեր սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ: Գլուխ 1-ում պատմվում է մեր սպասարկման տարածքի մասին:
  - Մենք կարող ենք օգնել ձեզ պարզել, արդյոք դուք տեղափոխվում եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս: Հատուկ անդամագրման ժամանակահատվածի ընթացքում դուք կարող եք փոխարկել Original Medicare-ի կամ անդամագրվել Medicare-ի առողջապահական կամ դեղատոմսով դեղի պլան ձեր նոր վայրում: Մենք կարող ենք ձեզ տեղյակ պահել, արդյոք մենք ունենք պլան ձեր նոր տարածաշրջանում:
  - Նաև պարտադիր տեղեկացրեք Medicare-ին և Medi-Cal-ին ձեր նոր հասցեի մասին, երբ տեղափոխվում եք: Medicare-ի և Medi-Cal-ի հեռախոսահամարներին ծանոթանալու համար, տե՛ս Գլուխ 2-ը:
  - **Եթե դուք տեղափոխվում եք մեր սպասարկման տարածքի ներսում, մենք միևնույնն է պետք է իմանանա այդ մասին:** Մեզ պետք է վարել ձեր անդամագրության հաշվառումը ակտուալ և իմանալ, ինչպես կապվել ձեր հետ:
- Զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին, եթե ունեք հարցեր կամ մտահոգություններ:

Գլուխ 9. Ի՞նչ անել, եթե դուք ունեք խնդիր կամ բողոք (փոխհատուցման որոշումներ, բողոքարկումներ, բողոքներ)

Ի՞նչ է պարունակում այս գլուխը:

Այս գլուխը պարունակում է տեղեկություն ձեր իրավունքների մասին: Կարդացեք այս գլուխը, որպեսզի պարզեք, ինչ անել, եթե՝

- Դուք ունեք խնդիր կամ բողոք կապված ձեր պլանի հետ:
- Ձեզ հարկավոր է ծառայություն, պարագա կամ դեղ, որի համար ձեր պլանը, ինչպես այն հայտարարել է, չի վճարելու:
- Դուք համաձայն չեք ձեր պլանի կողմից ձեր բուժսպասարկման վերաբերյալ կայացրած որոշման հետ:
- Դուք կարծում եք, որ ապահովագրված ծառայությունները շատ արագ են ավարտվում:
- Դուք խնդիր կամ բողոք ունեք՝ կապված ձեր երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունների և օժանդակման հետ, որը ներառում է Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիրը **(MSSP)**, Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված **(CBAS)** և Բուժքույրական խնամքի հաստատությունների (SNF) ծառայությունները:
- **Եթե դուք ունեք խնդիր կամ մտահոգություն, ձեզ միայն հարկավոր է կարդալ այս գլխի այն մասերը, որոնք վերաբերում են ձեր իրավիճակին:** Այս գլուխը տրոհված է տարբեր բաժինների, որպեսզի օգնի ձեզ հեշտությամբ գտնել ձեր փնտրածը:

Եթե դուք հանդիպում եք ձեր առողջապահական կամ երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունների և օժանդակման հետ կապված խնդիրների

Որպես ձեր բուժսպասարկման պլանի մի մաս, դուք պետք է ստանաք այն բուժսպասարկումը, դեղերը և երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունները և օժանդակումը, որոնք ձեր բժշկի կամ այլ մատակարարների կողմից համարվում են անհրաժեշտ ձեր բուժսպասարկման համար: **Եթե դուք ձեր բուժսպասարկման հետ կապված խնդիրներ ունեք, դուք կարող եք զանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագիր 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով՝ օգնություն ստանալու համար:** Այս գլխում ներկայացված են ընտրության տարբեր հնարավորություններ, որոնք դուք ունեք տարբեր խնդիրների և բողոքների համար, բայց դուք միշտ կարող եք զանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագիր՝ ստանալու ուղեգիր ձեր խնդրի լուծման համար: Ձեր մտահոգությունները հասցեագրելու և նրանց հետ կապ հաստատելու ուղիների մասին լրացուցիչ աղբյուրների համար, տե՛ս Գլուխ 2-ն օմբուդսմենի ծրագրերի վերաբերյալ հավելյալ տեղեկություններ ստանալու նպատակով:

Բովանդակություն

Ի՞նչ է պարունակում այս գլուխը: 154

Եթե դուք հանդիպում եք ձեր առողջապահական կամ երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունների և օժանդակման հետ կապված խնդիրների 154

Բաժին 1. Ներածություն 158

- Բաժին 1.1. Ի՞նչ անել խնդիրների ունենալու դեպքում 158
- Բաժին 1.2. Իսկ ի՞նչ անել իրավաբանական եզրույթների դեպքում: 158

Բաժին 2. Որտե՞ղ դիմել օգնության 158

- Բաժին 2.1. Որտեղի՞ց ստանալ լրացուցիչ տեղեկություն և օգնություն 158

Բաժին 3. Ձեր նպաստների հետ կապված խնդիրներ 160

- Բաժին 3.1. Նպատակահարմար է արդյո՞ք, որ դուք օգտվեք փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների գործընթացից: Կամ ցանկանում եք արդյո՞ք բողոք ներկայացնել: 160

Բաժին 4. Փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ 161

- Բաժին 4.1. Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների ակնարկ 161
- Բաժին 4.2. Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների հետ կապված օգնության ստացում 161
- Բաժին 4.3. Այս գլխի ո՞ր բաժինը կօգնի ձեզ: 162

Բաժին 5. Ծառայություններին, պարագաների և դեղերին (բացառությամբ Մաս D-ի դեղերի) վերաբերող խնդիրներ 164

- Բաժին 5.1. Երբ է հարկավոր օգտագործել այս բաժինը 164
- Բաժին 5.2. Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանք 165
- Բաժին 5.3. Ծառայություններին, պարագաներին և դեղերին (բացառությամբ Մաս D դեղերի) վերաբերող 1-ին Մակարդակի բողոքարկումներ 168
- Բաժին 5.4. Ծառայություններին, պարագաներին և դեղերին (բացառությամբ Մաս D դեղերի) վերաբերող 2-ին Մակարդակի բողոքարկումներ 173
- Բաժին 5.5. Վճարման հետ կապված խնդիրներ 179

Բաժին 6. Մաս D-ի դեղեր 181

- Բաժին 6.1. Ի՞նչ է հարկավոր անել, եթե դուք ունեք Մաս D-ի դեղի ձեռքբերման հետ կապված խնդիրներ կամ ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցենք Մաս D-ի ձեռքբերված դեղի արժեքը 181
- Բաժին 6.2. Ի՞նչ է բացառությունը: 183
- Բաժին 6.3. Կարևոր տեղեկություններ բացառություն պահանջելու վերաբերյալ 184
- Բաժին 6.4. Ինչպե՞ս դիմել Մաս D-ի դեղերի փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու կամ փոխհատուցում տրամադրելու (այդ թվում նաև բացառություն անելու) խնդրանքով 184
- Բաժին 6.5. 1-ին Մակարդակի բողոքարկում Մաս D-ի դեղերի համար 188
- Բաժին 6.6. 2-ին Մակարդակի բողոքարկում Մաս D-ի դեղերի համար 191

Բաժին 7. Հիվանդանոցում երկար գտվելու համար փոխհատուցում տրամադրելու խնդրանք 192

- Բաժին 7.1. Medicare-ի շրջանակներում ձեր իրավունքների մասին տեղեկանալը 193
- Բաժին 7.2. 1-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթիվը փոխելու համար 194
- Բաժին 7.3. 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթիվը փոխելու համար 197
- Բաժին 7.4. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե ես չներկայացնեմ բողոքարկումը մինչև սահմանված վերջնաժամկետի ավարտը 198

Բաժին 8. Ի՞նչ անել, եթե դուք կարծում եք, որ տնային պայմաններում ձեր բուժսպասարկման, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողականհաստատության (CORF) ծառայությունները շատ վաղ են ավարտվում 200

- Բաժին 8.1. Մենք ձեզ նախօրոք կտեղեկացնենք ապահովագրական ծածկույթի ավարտի ամսաթվի մասին 201
- Բաժին 8.2. 1-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ բուժսպասարկումը շարունակելու համար 201
- Բաժին 8.3. 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ բուժսպասարկումը շարունակելու համար 204
- Բաժին 8.4. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե դուք չպահպանեք 1-ին Մակարդակի բողոքարկում կատարելու վերջնաժամկետը 206

Բաժին 9. Բողոքարկման գործընթացի շարունակումը 2-րդ Մակարդակից հետո 208

- Բաժին 9.1. Հաջորդ քայլերը Medicare ծառայությունների և պարագաների համար 208
- Բաժին 9.2. Հաջորդ քայլերը Medi-Cal ծառայությունների և պարագաների համար 209

Բաժին 10. Ինչպե՞ս ներկայացնել բողոք 209

- Բաժին 10.1. Ներքին բողոքներ 211
- Բաժին 10.2. Արտաքին բողոք.....213

Բաժին 1. Ներածություն

• Բաժին 1.1. Ի՞նչ անել խնդիրների ունենալու դեպքում

Այս գլուխը ներկայացնում է, թե ինչպես վարվել, եթե դուք ունեք խնդիր՝ կապված ձեր պլանի կամ ձեր ծառայությունների կամ վճարումների հետ: Այս գործընթացները հաստատվել են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից: Յուրաքանչյուր գործընթաց ունի կանոնների, ընթացակարգերի և վերջնաժամկետների լրակազմ, որոնց դուք և մենք պետք է հետևենք:

• Բաժին 1.2. Իսկ ի՞նչ անել իրավաբանական եզրույթների դեպքում:

Այս գլխում որոշ կանոնների և վերջնաժամկետների համար գոյություն ունեն բարդ իրավաբանական եզրույթներ: Այդ եզրույթներից շատերը դժվար է հասկանալ, այնպես որ մենք օգտագործել ենք ավելի պարզ բառեր որոշակի իրավաբանական եզրույթների փոխարեն: Մենք օգտագործում ենք հնարավորինս քիչ հապավումներ:

Օրինակ՝ մենք կասենք՝

- «Բողոքարկել», «հայց ներկայացնել» ասելու փոխարեն
- «Փոխհատուցման որոշում» ասել՝ «կազմակերպության սահմանում», «նպաստների սահմանում» կամ «ռիսկայնության սահմանում» ասելու փոխարեն
- «Փոխհատուցման արագացված որոշում», «արագացված որոշում» ասելու փոխարեն

Ճիշտ իրավաբանական եզրույթները գիտենալը կարող է օգնել ձեզ հաղորդակցվել ավելի պարզ, այնպես որ մենք դրանք էլ ենք տրամադրում:

Բաժին 2. Որտե՞ղ դիմել օգնության

• Բաժին 2.1. Որտեղի՞ց ստանալ լրացուցիչ տեղեկություն և օգնություն

Երբեմն խնդրի լուծման գործընթացը սկսելը կամ դրա առաջխաղացումը կարող է շփոթեցնող լինել: Սա կարող է հատկապես իրական լինել, եթե դուք ձեզ լավ չեք զգում կամ սահմանափակ էներգիա ունեք: Այլ դեպքերում հաջորդ քայլն անելու համար դուք հնարավոր է չունենաք անհրաժեշտ գիտելիք:

Դուք կարող եք օգնություն ստանալ Cal MediConnect Ombuds ծրագրից

Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն, դուք միշտ կարող եք զանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագրին: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը՝ մարդու իրավունքների պաշտպանության ծրագիր է, որը կարող է պատասխանել ձեր հարցերին և օգնել ձեզ հասկանալ, ինչպես վարվել ձեր խնդիրը լուծելու համար: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը կապված չէ մեր կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ բժշկական ապահովագրության պլանի հետ: Դրանք կարող են օգնել ձեզ

հասկանալ, որ գործընթացն օգտագործել: Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077: Ծառայություններն անվճար են: Տե՛ս Գլուխ 2-ը մարդու իրավունքների պաշտպանության ծրագրերի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկության համար:

Դուք կարող եք օգնություն ստանալ Բուժապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի (HICAP) կողմից

Դուք կարող եք նաև զանգահարել Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրից (HICAP) Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի խորհրդատուները կարող են պատասխանել ձեր հարցերին և օգնել ձեզ հասկանալու, թե ինչպես լուծել ձեր խնդիրը: Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիրը (HICAP) կապված չէ մեր կամ որևէ բուժապահովագրական կազմակերպության, կամ բժշկական ապահովագրության պլանի հետ: Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիրը վերապատրաստման դասընթացներ է անցկացրել բոլոր շրջանների խորհրդատուների հետ, և ծառայություններն անվճար են: Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի (HICAP) հեռախոսահամարն է՝ 1-800-434-0222.

Օգնության ստացում Medicare-ից

Դուք կարող եք զանգահարել անմիջապես Medicare խնդիրներին աջակցություն ստանալու համար: Ահա Medicare-ից օգնություն ստանալու երկու ձև՝

- Զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY՝ 1-877-486-2048: Զանգն անվճար է:
- Այցելեք Medicare-ի վեբ կայքը http://www.medicare.gov:

Դուք կարող եք օգնություն ստանալ Կալիֆորնիայի Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտից

Այս պարբերությունում «հայց» տերմինը նշանակում է բողոքարկում կամ բողոք Medi-Cal-ի ծառայությունների, ձեր բժշկական ապահովագրության պլանի կամ ձեր մատակարարներից մեկի վերաբերյալ:

California-ի Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտը (California Department of Managed Health Care-ը) պատասխանատու է առողջապահական ծառայությունների ծրագրերի կանոնակարգման համար: Պլանի դեմ բողոք ունենալու դեպքում, դուք պետք է առաջին հերթին զանգահարեք ձեր բժշկական ապահովագրության պլանի հետևյալ հեռախոսահամարով (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով և մինչև Դեպարտամենը միանալը օգտվեք ձեր բժշկական ապահովագրության պլանի բողոքարկման ընթացակարգից: Բողոքարկման այս գործընթացի կիրառումն արգելք չի հանդիսանում որևէ հավանական իրավունքի կամ դատական պաշտպանության միջոցների համար, որոնք կարող են ձեզ հասանելի լինել: Եթե դուք օգնության կարիք ունեք բողոքարկման առնչությամբ, որը արտակարգ իրավիճակ է ներառում, բողոքարկում, որը բավարար չափով չէ կարգավորվել մերբժշկական ապահովագրության պլանի կողմից, կամ բողոքարկում, որը չլուծված է մասցել ավելի քան 30 օր, դուք կարող եք աջակցման համար զանգահարել Դեպարտամենտ: Դուք կարող եք նաև անկախ բժշկական փորձաքննության (IMR) իրավունք ունենալ: Եթե դուք IMR-ի իրավունք ունեք, IMR-ի գործընթացը կապահովի առաջարկվող ծառայության կամ բուժման բժշկական

անհրաժեշտությանն առնչվող բժշկական ապահովագրության պլանի կողմից կայացրած բժշկական որոշումների, իրենց բնույթով փորձարարական կամ հետազոտական հանդիսացող բուժումների վերաբերյալ ապահովագրման որոշումների և արտակարգ կամ շտապ անհրաժեշտ բժշկական ծառայությունների համար վճարման վեճերի անկողմնակալ ուսումնասիրություն: Դեպարտամենտը նաև ունի անվճար հեռախոսահամար՝ **(1-888-466-2219)** և TTY գիծ **(1-877-688-9891)**՝ լսողության կամ խոսքի դժվարություն ունեցող անձանց համար: Դեպարտամենտի ինտերնետային վեբկայքը՝ **http://www.dmhc.ca.gov** ունի բողոք ներկայացնելու ձևեր, IMR-ի դիմումաձևեր և հրահանգներ, որոնք հասանելի են առցանց:

Օգնության ստացում Medi-Cal-ից

Դուք կարող եք զանգահարել Cal MediConnect Ombudsman Program-ին ուղղակիորեն Medi-Cal-ի խնդիրների հետ կապված օգնության համար: Հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:

Օգնության ստացում Որակի բարելավման կազմակերպությունից (QIO)

Դուք կարող եք զանգահարել անմիջապես Livanta (QIO) խնդիրներին աջակցություն ստանալու համար: Զանգահարեք Livanta՝ (877) 588-1123 հեռախոսահամարով, TTY՝ (855) 887-6668:

Բաժին 3. Ձեր նպաստների հետ կապված խնդիրներ

• Բաժին 3.1. Նպատակահարմար է արդյո՞ք, որ դուք օգտվեք փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների գործընթացից: Կամ ցանկանում եք արդյո՞ք բողոք ներկայացնել:

Եթե դուք ունեք խնդիր կամ մտահոգություն, ձեզ միայն հարկավոր է կարդալ այս գլխի այն մասերը, որոնք վերաբերում են ձեր իրավիճակին: Ստորև ներկայացված աղյուսակը կօգնի ձեզ գտնել այս գլխի խնդիրների կամ բողոքների ճիշտ բաժինը:

Ձեր պրոբլեմը կամ մտահոգությունն արդյոք ձեր նպաստների կամ ծածկույթի վերաբերյալ է:

(Սա ներառում է այն խնդիրները, թե արդյոք կոնկրետ բժշկական օգնությունը, երկարատև ծառայությունները և աջակցությունը, կամ դեղատոմսով դեղերը փոխհատուցված են, ինչպես նաև այն դեպքերը, երբ դրանք փոխհատուցված են և բժշկական օգնության կամ դեղատոմսով դեղերի վճարման հետ կապված խնդիրներ կան):

Այո:	**Ոչ:**
Իմ խնդիրը վերաբերում է նպաստներին կամ փոխհատուցմանը:	Իմ խնդիրը չի վերաբերում նպաստներին կամ փոխհատուցմանը:
Անցնել **Բաժին 4՝ «Փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ»** էջ 161:	Բաց տողեք և անցեք **Բաժին 10-ը «Ինչպե՞ս ներկայացնել բողոք»** էջ 209:

Բաժին 4. Փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ

• Բաժին 4.1. Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների ակնարկ

Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների համար դիմելու գործընթացը վերաբերվում է ձեր նպաստների և ապահովագրության հետ կապված խնդիրներին: Այն նաև ներառում է վճարման հետ կապված խնդիրները: Դուք պատասխանատու չեք Medicare-ի ծախսերի համար՝ բացառությամբ Մաս D-ի հավելավճարների:

Ի՞նչ է փոխհատուցման որոշումը:

Փոխհատուցման որոշումը՝ դա նախնական որոշում է, որը մենք կայացնում ենք ձեր նպաստների և ապահովագրության կամ ձեր բժշկական ծառայությունների, պարագաների կամ դեղերի համար մեր կողմից վճարելիք գումարի վերաբերյալ: Մենք կայացնում ենք փոխհատուցման որոշում ամեն անգամ, երբ որոշում ենք՝ ինչն է փոխհատուցվում ձեր համար և որքան ենք մենք վճարում:

Եթե դուք կամ ձեր բժիշկը վստահ չեք, արդյոք ծառայությունը, պարագան կամ դեղը փոխհատուցվում է Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից, ձեզնից յուրաքանչյուրը կարող է պահանջել փոխհատուցման որոշում, նախքան բժիշկը կտրամադրի ծառայությունը, պարագան կամ դեղը:

Ի՞նչ է բողոքարկումը:

Բողոքարկումը՝ մեր որոշման վերանայումը և փոփոխումը հայցելու պաշտոնական ձև է, եթե դուք կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել: Օրինակ, մենք հնարավոր է որոշենք, որ ծառայությունը, պարագան կամ դեղը, որը դուք ցանկանում եք, չի մտնում ապահովագրական ծածկույթի մեջ կամ այլևս չի փոխհատուցվում Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից: Եթե դուք կամ ձեր բժիշկը համաձայն չեք մեր որոշման հետ, դուք կարող եք բողոքարկել:

• Բաժին 4.2. Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների հետ կապված օգնության ստացում

Ու՞մ եմ կարող ես զանգահարել փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների համար դիմելու հետ կապված օգնության համար:

Դուք կարող եք դիմել օգնության համար այս մարդկանցից յուրաքանչյուրին՝

- Զանգահարեք **Մասնակիցների սպասարկման** բաժին (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:
- Զանգահարեք **Cal MediConnect Ombuds** ծրագիր անվճար օգնություն ստանալու համար: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրն օգնում է Cal MediConnect-ում անդամագրված մարդկանց ծառայություններին կամ հաշիվների ներկայացմանն առնչվող խնդիրների կապակցությամբ: Հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:

- Զանգահարեք **Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)**՝ անվճար խորհրդակցություն ստանալու համար: Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիրը անկախ կազմակերպություն է: Այն կապված չէ մեր պլանի հետ: Հեռախոսահամարն է՝ 1-800-434-0222:
- Զանգահարեք **Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտի (DMHC)** Տեղեկատվական կենտրոն անվճար խորհրդակցություն ստանալու համար: DMHC-ը պատասխանատու է բժշկական ապահովագրության պլանների կանոնակարգման համար: **DMHC**-ն օգնում է Cal MediConnect-ում անդամագրված մարդկանց Medi-Cal-ի ծառայություններին առնչվող բողոքարկումների կապակցությամբ: Հեռախոսահամարն է՝ 1-888-466-2219*:* Այն անձիք, ովքեր խուլ են, ունեն լսողության խնդիրներ, խոսելախանգարում, կարող են օգտվել անվճար TTY հեռախոսահամարից, 1-877-688-9891:
- Զրուցեք **ձեր բժշկի կամ այլ մատակարարի հետ:** Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարարը կարող են ձեր անունից դիմել փոխհատուցման որոշման կամ բողոքարկման համար:
- Զրուցեք **ընկերոջ կամ ընտանիքի անդամի** հետ և խնդրեք նրան գործել ձեր անունից: Դուք կարող եք նշել մեկ այլ անձնավորության, ով կգործի ձեր անունից, որպես ձեր «ներկայացուցիչ», որը կդիմի փոխհատուցման որոշման կամ բողոքարկման համար:
  - Եթե դուք ցանկանում եք, որ ընկեր, բարեկամ կամ այլ անձնավորություն լինի ձեր ներկայացուցիչը, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին և խնդրեք տրամադրել ձեզ «Ներկայացուցչի նշանակում» ձևը: Ձևանմուշը կարող եք նաև գտնել այցելելով՝ https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf կամ մեր կայքէջում՝ www.MolinaHealthcare.com/Duals: Այդ ձևաթուղթը անձին թույլ է տալիս գործել ձեր անունից: Դուք պետք է տրամադրեք մեզ այդ ստորագրված ձևի պատճենը:
- **Դուք նաև իրավունք ունեք պահանջելու փաստաբան**, ով կգործի ձեր անունից: Դուք կարող եք զանգահարել ձեր սեփական փաստաբանին կամ ստանալ փաստաբանի անունը փաստաբանների տեղական միությունից կամ այլ տեղեկատու ծառայությունից: Իրավական հարցերով զբաղվող որոշ խմբեր անվճար կտրամադրեն ձեզ իրավաբանական ծառայություններ, եթե դուք համապատասխանում եք դրանք ստանալու պահանջներին: Եթե դուք ցանկանում եք, որ փաստաբանը ներկայացնի ձեզ, ձեզ անհրաժեշտ կլինի լրացնել Ներկայացուցչի նշանակման ձևը: Առողջապահության սպառողների դաշինքից կարող եք իրավաբանական օգնություն խնդրել 1-888-804-3536 հեռախոսահամարով:
  - Այնուամենայնիվ, **դուք պարտավոր չեք ունենալ փաստաբան**՝ փոխհատուցման որևէ որոշման կամ որևէ բողոքարկման համար դիմելու նպատակով:

• Բաժին 4.3. Այս գլխի ո՞ր բաժինը կօգնի ձեզ:

Գոյություն ունեն չորս տարբեր տեսակի իրավիճակներ, որոնք ներառում են փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ: Յուրաքանչյուր իրավիճակ ունի տարբեր կանոններ և վերջնաժամկետներ: Մենք բաժանում ենք այս գլուխը տարբեր բաժինների, որպեսզի օգնենք ձեզ

գտնել այն կանոնները, որոնց դուք պետք է հետևեք: **Ձեզ միայն հարկավոր է կարդալ այն բաժինը, որը վերաբերվում է ձեր խնդրին՝**

- **Բաժին 5-ը էջ 163** տրամադրում է ձեզ տեղեկություն, եթե դուք խնդիրներ ունեք ծառայությունների, պարագաների և դեղերի հետ կապված (**բայց ոչ** Մաս D-ի դեղեր): Օրինակ, օգտվեք այս բաժնից, եթե՝
  - Եթե դուք չեք ստանում ձեր ուզած բուժսպասարկումը և կարծում եք, որ մենք այն փոխհատուցում ենք:
  - Մենք հավանության չենք արժանացրել այն ծառայությունները, պարագաները կամ դեղերը, որոնք բժիշկը ցանկանում է ձեզ տրամադրել, և դուք ենթադրում եք, որ այդ բուժսպասարկումը պետք է փոխհատուցվի:
    - **ՆՇՈՒՄ.** Միայն օգտվեք Բաժին 5-ից, եթե դրանք այն դեղերն են, որոնք **չեն** փոխհատուցվում Մաս D-ով: *Ապահովագրված դեղերի ցանկում* ներառված դեղերը, որոնք նշված են (*) նշանով, չեն փոխհատուցվում Մաս D-ով: Մաս D-ում ներառված դեղերին վերաբերող բողոքարկումների համար անցե՛ք Բաժին 6-ը, էջ 181:
  - Դուք ստացել եք բուժսպասարկում կամ ծառայություններ, որոնք, ձեր ենթադրությամբ, ընդգրկված էին ապահովագրական ծածկույթի մեջ, սակայն մենք չենք վճարում այդ բուժսպասարկման համար:
  - Դուք ստացել եք բժշկական ծառայություններ կամ պարագաներ, որոնք, ձեր կարծիքով, ապահովագրված էին և վճարել եք դրանց համար, և ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցենք ձեզ:
  - Ձեզ հայտնել են, որ ձեր կողմից ստացվող բուժսպասարկման փոխհատուցումը կնվազեցվի կամ կդադարեցվի, և դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ:
    - **ՆՇՈՒՄ.** Եթե փոխհատուցումը, որը դադարեցվելու է, նախատեսված է հիվանդանոցային բուժօգնության, տնային պայմաններում բուժսպասարկման, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) կողմից բուժսպասարկման ծառայությունների համար, ձեզ հարկավոր է կարդալ այս գլխի առանձին բաժինը, քանի որ բուժսպասարկման այդ տեսակների նկատմամբ կիրառվում են հատուկ կանոններ: Տե՛ս Բաժիններ 7 և 8, էջ 193 և 194
- **Բաժին 6-ը էջ 181** տրամադրում է ձեզ տեղեկություն Մաս D-ի դեղերի մասին: Օրինակ, օգտվեք այս բաժնից, եթե՝
  - Դուք ցանկանում եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք բացառություն անենք Մաս D-ի դեղի փոխհատուցման համար, որը չի պարունակվում պլանի մեր Ապահովագրված դեղերի ցանկում (Դեղերի ցանկ):
  - Դուք ցանկանում եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք հրաժարվենք ձեր կողմից ստացվող դեղի քանակության սահմանափակումներից:

- Դուք ցանկանում եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք փոխհատուցենք նախնական հավանություն պահանջող դեղը:
- Մենք չենք հաստատել ձեր հայտը կամ բացառություն անելու պահանջը, և դուք կամ ձեր բժիշկը, կամ էլ նշանակում կատարող այլ անձը կարծում եք, որ մենք պետք է հաստատեին:
- Դուք ցանկանում եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք վճարենք դեղատոմսով դեղի համար, որն արդեն գնել եք: (Դա վճարման փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանք է նշանակում:)

- **Բաժին 7-ը էջ 192** տրամադրում է ձեզ տեղեկություն, ինչպես դիմել մեզ, որպեսզի մենք փոխհատուցենք ստացիոնարում ձեր ավելի երկար ժամանակով գտնվելը, եթե դուք կարծում եք, որ բժիշկը ձեզ ժամանակից շուտ է դուրս գրում: Օգտվեք այս բաժնից, եթե՝
  - Դուք գտնվում եք հիվանդանոցում և կարծում եք, որ բժիշկը խնդրել է ձեզ ժամանակից շուտ դուրս գրվել հիվանդանոցից:
- **Բաժին 8-ը էջ 200** տրամադրում է ձեզ տեղեկություն, եթե դուք կարծում եք, որ տնային պայմաններում ձեր բուժսպասարկման, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության ծառայությունները (CORF) շատ վաղ են ավարտվում:

Եթե ունեք հարցեր կամ ձեզ խորհրդատվության կարիք ունեք, խմդրում ենք զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

Եթե ձեզ անհրաժեշտ է խորհրդատվություն կամ տեղեկություն, խնդրում ենք զանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի գրասենյակ1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:

Բաժին 5. Ծառայություններին, պարագաների և դեղերին (բացառությամբ Մաս D-ի դեղերի) վերաբերող խնդիրներ

• Բաժին 5.1. Երբ է հարկավոր օգտագործել այս բաժինը

Այս բաժինը նկարագրում է, թե ինչ է հարկավոր անել այն դեպքերում, երբ դուք ունեք ձեր բժշկական, հոգեկան առողջապահության և երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունների (long-term services and supports, LTSS) նպաստների հետ կապված խնդիրներ: Այս բաժնից կարող եք օգտվել նաև Մաս D-ի կողմից չապահովագրված դեղերի հետ կապված խնդիրների առկայության դեպքում՝ ներառյալ Medicare Մաս B դեղերը: Ապահովագրված Դեղերի ցանկում ներառված դեղերը, որոնք նշված են (*) նշանով, չեն փոխհատուցվում Մաս D-ի կողմից՝ ներառյալ Medicare Մաս B դեղերը:

Օգտագործեք Բաժին 6-ը Մաս D դեղերի բողոքարկման համար:

Այս բաժինը նկարագրում է ձեր հնարավոր գործողությունները հետևյալ իրավիճակների առաջացման դեպքում՝

1. Դուք կարծում եք, որ մենք փոխհատուցում ենք բժշկական, հոգեկան առողջապահությունը կամ երկարաժամկետ խնամքի ու օժանդակման ծառայություններ (LTSS), որոնք ձեզ անհրաժեշտ են, սակայն որոնց համար դուք նպաստներ չեք ստանում:

   Ինչ է կարելի անել. Դուք կարող եք դիմել մեզ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով: Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով դիմելու վերաբերյալ տեղեկություն կարող եք ստանալ Բաժին 5.2-ում էջ 166

2. Մենք չենք հաստատել խնամքը, որը ձեր բժիշկը ցանկանում է ձեզ տրամադրել, չնայած որ դուք կարծում եք, որ այն պետք է հաստատվեր:

   Ինչ է կարելի անել. Դուք կարող եք բողոարկել մեր որոշումը՝ ձեր խնամքը չփոխհատուցելու մասին: Բողոքարկումների վերաբերյալ տեղեկություն կարող եք ստանալ Բաժին 5.3-ում էջ 168:

3. Դուք ստացել եք ծառայություններ կամ պարագաներ, որոնք, ձեր կարծիքով, մենք փոխհատուցում ենք, սակայն մենք չենք վճարում դրանց համար:

   Ինչ է կարելի անել. Կարող եք բողոքարկել վճարում չկատարելու վերաբերյալ մեր որոշումը: Բողոքարկումների վերաբերյալ տեղեկություն կարող եք ստանալ Բաժին 5.3-ում էջ 168:

4. Դուք ստացել եք ծառայություններ կամ պարագաներ, որոնք, ձեր կարծիքով, ընդգրկված էին ապահովագրական ծածկույթի մեջ, և վճարել եք դրանց համար: Այժմ դուք ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցենք ձեզ այդ ծառայությունների կամ պարագաների արժեքը:

   Ինչ է կարելի անել. Կարող եք դիմել մեզ փոխհատուցում տրամադրելու խնդրանքով: Վճարում կատարելու խնդրանքով դիմելու վերաբերյալ տեղեկություն կարող եք ստանալ Բաժին 5.5-ում, էջ 179

5. Մենք կրճատել կամ դադարեցրել ենք ձեզ տրամադրվող որոշակի ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման գումարը, և դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ:

   Ինչ է կարելի անել. Կարող եք բողոքարկել մեր՝ ծառայության դիմաց տրամադրվող փոխհատուցման գումարը նվազեցնելու կամ դադարեցնելու վերաբերյալ որոշումը: Բողոքարկումների վերաբերյալ տեղեկություն կարող եք ստանալ Բաժին 5.3-ում էջ 168:

   ՆՇՈՒՄ. Եթե փոխհատուցման տրամադրման դադարեցումը վերաբերում է հիվանդանոցային բուժմանը, տնային պայմաններում բուժօգնությանը, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայություններին, ապա կիրառվում են հատուկ կանոններ: Ավելին իմանալու համար կարդացեք 7-րդ կամ 8-րդ Բաժինների, էջ 192 և 193:

• Բաժին 5.2. Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանք

Ինչպես դիմել բժշկական, հոգեկան առողջության կամ որոշ երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունների ու օժանդակում (MSSP, CBAS կամ NF ծառայություններ) համար փոխհատուցում ստանալու վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով

Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով կարող եք զանգել, գրել կամ ֆաքս ուղարկել մեզ, ինչպես նաև խնդրել ձեր ներկայացուցչին կամ բժշկին դիմել մեզ նման խնդրանքով:

- Կարող եք մեզ զանգահարել հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:
- Կարող եք մեզ ֆաքս ուղարկել (310) 507-6186
- Կարող եք մեզ գրել հետևյալ հասցեով՝ 200 Oceangate Suite 100, Long Beach, CA 90802

Ո՞րքան է տևում փոխհատուցման վերաբերյալ որոշման կայացումը:

Հարցնելուց հետո, երբ մենք ստանում ենք մեզ անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները, մեզ համար սովորաբար 5 աշխատանքային օր է տևում որոշում կայացնելու համար, քանի դեռ ձեր խնդրանքը նախատեսված չէ Medicare Մաս B դեղատոմսով նախատեսված դեղերի համար: Եթե ձեր հայցը նախատեսված է Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղորայքի համար, մենք ձեզ որոշում կկայացնենք ձեր հայցադիմումը ստանալուց ոչ ավելի, քան 72 ժամ հետո: Որոշումը ձեզ 14 օրացույցային օրվա (կամ Medicare-ի Մաս B -ի դեղատոմսով դեղամիջոցի համար 72 ժամվա), ընթացքում չտրամադրելու դեպքում կարող եք բողոք ներկայացնել:

Որոշ դեպքերում մեզ ավելի շատ ժամանակ է հարկավոր լինում: Նման դեպքերում մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ տեղեկացնելով, որ որոշում կայացնելու համար մեզ ևս 14 օրացույցային օր է անհրաժեշտ: Նամակի մեջ պետք է բացատրվի, թե ինչու է ավելի շատ ժամանակ պահանջվում: Մենք չենք կարող լրացուցիչ ժամանակ պահանջել որոշում կայացնելու համար, եթե ձեր հայցը նախատեսված է Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղամիջոցի համար:

Կարո՞ղ եմ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումս ավելի արագ ստանալ:

Այո: Եթե առողջական վիճակից ելնելով ձեզ անհրաժեշտ է պատասխանն ավելի արագ ստանալ, դիմեք «փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում» կայացնելու խնդրանքով: Եթե մենք հաստատենք հայցադիմումը, մենք ձեզ կտեղեկացնենք մեր որոշման մասին 72 ժամվա ընթացքում (կամ Medicare-ի Մաս B-ի դեղատոմսով դեղամիջոցի համար 24 ժամվա) ընթացքում:

> «Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնելու» **համապատասխան իրավաբանական եզրույթն է «արագացրած որոշումը»**:

Սակայն, որոշ դեպքերում մեզ ավելի շատ ժամանակ է հարկավոր լինում: Նման դեպքերում մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ տեղեկացնելով, որ որոշում կայացնելու համար մեզ ևս 14 օրացույցային օր է անհրաժեշտ: Նամակի մեջ պետք է բացատրվի, թե ինչու է ավելի շատ ժամանակ պահանջվում: Մենք չենք կարող լրացուցիչ ժամանակ պահանջել որոշում կայացնելու համար, եթե ձեր հայցը նախատեսված է Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղամիջոցի համար:

Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնելու խնդրանք՝

- Սկսեք զանգահարել կամ ֆաքսով դիմել՝ խնդրելով մեզ փոխհատուցել ձեր ուզած խնամքը:
- Զանգահարեք մեզ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով, կամ ֆաքս ուղարկեք մեզ (310) 507-6186 համարով:

- Գտեք այլ մանրամասներ մեզ հետ կապվել վերաբերյալ Գլուխ 2-ում:

Կարող եք նաև խնդրել ձեր մատակարարին կամ ձեր ներկայացուցչին պահանջել արագ փոխհատուցման որոշում կայացնել:

Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնելու խնդրանք ներկայացնելու կանոնները՝

Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում ստանալու համար դուք պետք է բավարարեք հետևյալ երկու պահանջները՝

1. Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կարող եք ստանալ մ**իայն, եթե խնդրում եք փոխհատուցում տրամադրել այնպիսի բուժօգնության տեսակի կամ պարագայի համար, որը նախկինում չեք ստացել**: (Դուք չեք կարող փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում ստանալ, եթե խնդրում եք փոխհատուցում տրամադրել այնպիսի բուժօգնության տեսակի կամ պարագայի համար, որը նախկինում արդեն ստացել եք:)
2. Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կարող եք ստանալ **միայն, եթե 14 օրացույցային օրվա (կամ Medicare-ի Մաս B-ի դեղատոմսով դեղամիջոցի համար 72 ժամվա) ստանդարտ ժամկետը կարող է ձեր առողջությանը լուրջ վնաս հասցնել կամ բացասական ազդել ձեր գործելու ունակության վրա**:
   - Եթե ձեր բժիշկը նշում է ձեր կողմից փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում ստանալու անհրաժեշտությունը, ապա մենք այն կտրամադրենք ինքնաբերաբար:
   - Եթե դուք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում եք հայցում առանց բժշկի աջակցության, ապա այն տրամադրելու կամ չտրամադրելու որոշումը կկայացվի մեր կողմից:
     - Եթե մենք որոշենք, որ ձեր առողջական վիճակը չի բավարարում փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում ստանալու պահանջները, ապա մենք ձեզ նամակ կուղարկենք: Փոխարենը մենք կօգտագործենք նաև 14 օրացուցային օրվա ստանդարտ վերջնաժամկետ (կամ Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղամիջոցի համար 72 ժամվա վերջնաժամկետ):
     - Այդ նամակում կնշվի, որ եթե ձեր բժիշկը խնդրում է փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնել, ապա մենք այն կտրամադրենք ինքնաբերաբար:
     - Նամակում կնշվի նաև, թե ինչպես դուք կարող եք «արագ բողոք» ներկայացնել մեր կայացրած որոշման դեմ՝ փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշման փոխարեն ձեզ ստանդարտ ժամկետներում որոշում տրամադրելու մասին: Բողոքներ, այդ թվում նաև արագ բողոքներ, ներկայացնելու գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար կարդացեք այս գլխի Բաժին 10-ի էջ 209:

Եթե փոխհատուցման վերաբերյալ կայացվի դրական որոշում, ե՞րբ ես կկարողանամ ստանալ ծառայությունը կամ պարագան:

Ծառայությունը կամ ապրանքը ստանալու համար ձեզ հաստատում կտրվի (նախնական լիազորում) 14 օրացույցային օրվա ընթացքում (փոխհատուցման վերաբերյալ ստանդարտ ժամկետներում որոշում կայացնելու դեպքում կամ 72 ժամ՝ փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնելու դեպքում):

- Եթե ձեր հայցը նախատեսված է Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղորայքի համար, ձեզ դեղը ստանալու համար հաստատում կտրվի (նախնական լիազորում) 72 ժամվա ընթացքում (ծածկույթի ստանդարտ որոշման համար) կամ 24 ժամվա ընթացքում (ծածկույթի արագ որոշման համար):
- Եթե մենք ընդլայնել ենք փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար պահանջվող ժամկետը, ապա փոխհատուցումը կտրամադրենք այդ ընդլայնված ժամկետի ավարտի վերջում: Մենք չենք կարող լրացուցիչ ժամանակ տրամադրել Medicare-ի Մաս B դեղատոմսով դեղորայքի ապահովագրման վերաբերյալ մեր փոխհատուցման որոշմանը:

Ինչպես եմ ես իմանում այն մասին, որ ծածկույթի պատասխանը բացասական է:

Եթե պատասխանը **բացասական** է, ապա մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ **նման** պատասխանի պատճառների պարզաբանությամբ:

- **Բացասական** պատասխան տրամադրելու դեպքում դուք իրավունք ունեք խնդրել մեզ վերանայել (և փոխել) այդ որոշումը՝ այն բողոքարկելու միջոցով: Բողոքարկումը նշանակում է, որ դուք մեզ խնդրում ենք վերանայել փոխհատուցումը մերժելու վերաբերյալ մեր որոշումը:
- Եթե որոշեք բողոքարկել որոշումը, դա կնշանակի, որ դուք անցնում եք բողոքարկումների գործընթացի Մակարդակ 1-ին (լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք հաջորդ բաժինը):

• Բաժին 5.3. Ծառայություններին, պարագաներին և դեղերին (բացառությամբ Մաս D դեղերի) վերաբերող 1-ին Մակարդակի բողոքարկումներ

Ի՞նչ է բողոքարկումը:

Բողոքարկումը՝ մեր որոշման վերանայումը և փոփոխումը հայցելու պաշտոնական ձև է, եթե դուք կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել: Եթե դուք կամ ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ մատակարարը համաձայն չեն մեր որոշման հետ, ապա դուք կարող եք բողոքարկել այն:

Դեպքերից շատերում դուք պետք է սկսեք բողոքարկման գործընթացը Մակարդակ 1-ից: Եթե դուք չեք ցանկանում առաջին անգամ դիմել Medi-Cal ծառայության պլանին, եթե ձեր առողջական խնդիրը հրատապ է կամ ենթադրում է անհապաղ և լուրջ սպառնալիք ձեր առողջության համար, կամ եթե դուք ուժեղ ցավ եք զգում և անհապաղ որոշման կարիք ունեք, կարող եք խնդրել Անկախ բժշկական ստուգում անցկացնել Կառավարվող առողջապահության վարչությունից՝ http://www/dmhc.ca.gov: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար կարդացեք էջ 210:

Եթե ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն բողոքարկման գործընթացի վերաբերյալ, դուք կարող եք զանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի գրասենյակ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը կապված չէ մեր կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ բժշկական ապահովագրության պլանի հետ:

Ի՞նչ է 1-ին Մակարդակի բողոքարկումը:

1-ին մակարդակի բողոքարկումը առաջին բողոքարկումն է, որը ներկայացվում է մեկ պլանին: Մենք կվերանայենք փոխհատուցման վերաբերյալ մեր որոշումը և կստուգենք դրա ճշտությունը: Վերանայումը չի իրականացնի այն անձը, որը կայացրել է փոխհատուցում տրամադրելու վերաբերյալ սկզբնական որոշումը: Վերանայումն ավարտելուց հետո մենք ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք մեր որոշման մասին:

Եթե վերանայումն ավարտելուց հետո մենք ձեզ տեղեկացնենք, որ ծառայությունը կամ պարագան չի փոխհատուցվում, ապա ձեր գործը կարող է անցնել 2-րդ մակարդակի բողոքարկման:

Ինչպե՞ս 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել:

- Բողոքարկումը սկսելու համար դուք, ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ մատակարարը կամ ձեր ներկայացուցիչը պետք է կապվեք մեզ հետ: Կարող եք մեզ զանգահարել հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Բողոքարկում ներկայացնելու նպատակով մեզ հետ կապվելու վերաբերյալ մանրամասներ իմանալու համար կարդացեք Գլուխ 2-ում:
- Դուք կարող եք հայցել «ստանդարտ ժամկետներում բողոքարկում» կամ «արագ բողոքարկում»:
- Եթե դուք հայցում եք ստանդարտ ժամկետներում կամ արագ բողոքարկում, ապա բողոքարկումը նախաձեռնեք մեզ գրելու կամ զանգելու միջոցով:
  - Կարող եք գրավոր հարցում ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝ PO Box 22816, Long Beach, CA 90802
  - Կարող եք ձեր հարցումը ներկայացնել առցանց՝ Medicare.appealsandgrievances@molinahealthcare.com

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին Մակարդակի բողոքարկում կատարել

Դուք, ձեր բժիշկը կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք ձեր պահանջը գրավոր տեսքով ուղարկել մեզ փոստով կամ ֆաքսով: Կարող եք նաև բողոքարկումը նախաձեռնել մեզ զանգելու միջոցով:

- Բողոքարկումը նախաձեռնեք համապատասխան որոշումը կայացնելուց հետո **60 օրացույցային օրվա ընթացքում**: Եթե հարգելի պատճառներով չկարողանաք ներկայացնել բողոքարկումը սահմանված ժամկետներում, այնուամենայնիվ դա անելու իրավունք կունենաք (տես էջ 210):
- Եթե դուք բողոքում եք, քանի որ մենք ասել ենք ձեզ, որ ծառայությունը, որից դուք այս պահին օգտվում եք կփոխվի կամ կդադարեցվի, ապա **բողոքարկելու համար դուք ունեք մի քանի օր**, եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ այդ ծառայությունը, մինչդեռ ձեր դիմումը ընթացքի մեջ է (տե՛ս էջ 210):
- Շարունակեք կարդալ այս բաժինը՝ պարզելու համար, թե ինչ ժամկետ է կիրառվում ձեր բողոքարկման դեպքում:

- Կարող եք նաև բողոքարկումը նախաձեռնել մեզ զանգելու միջոցով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

> «Արագ բողոքարկման» **համապատասխան իրավաբանական եզրույթն** է «արագացրած վերանայումը»:

- Ձեր բողոքարկումը ներկայացնելուց հետո 5 օրացույցային օրվա ընթացքում դուք մեզնից կստանաք նամակ՝ բողոքարկման ստացումը հաստատելու համար:

Կարո՞ղ է մեկ այլ անձ իմ անունից բողոքարկում կատարել:

Այո: Ձեր անունից բողոքարկումը կարող է կատարել ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ մատակարարը: Ձեր բժշկից կամ մեկ այլ մատակարարից բացի ձեր անունից բողոքարկումը կարող են կատարել նաև այլ անձիք: Սակայն, դրա համար ձեզ նախ անհրաժեշտ է լրացնել «Ներկայացուցչի նշանակում» ձևաթուղթը: Այդ ձևաթուղթը նման անձին թույլ է տալիս գործել ձեր անունից:

«Ներկայացուցչի նշանակում» ձևաթուղթը ստանալու համար զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին և պահանջեք այն կամ այցելեք Medicare վեբկայքը՝ https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf կամ մեր կայքէջը՝ www.MolinaHealthcare.com/Duals:

Եթե բողոքարկումը ներկայացվի ձեզնից, ձեր բժշկից կամ մեկ այլ մատակարարից բացի որևէ այլ անձի կողմից, ապա այն դիտարկելուց առաջ մենք պետք է ստանանք լրացված «Ներկայացուցչի նշանակում» ձևաթուղթը:

Որքա՞ն ժամանակ ես ունեմ բողոքարկում կատարելու համար:

Դուք պետք է բողոքարկումը ներկայացնեք **60 օրացույցային օրվա ընթացքում**՝ սկսած այն ամսաթվից, որը նշված էր մեր որոշման մասին ձեզ տեղեկացնող նամակում:

Եթե հարգելի պատճառներով բողոքարկումը չկատարեք նշված ժամկետներում, ապա մենք կարող եք դա անելու համար ձեզ լրացուցիչ ժամանակ տրամադրել: Հարգելի պատճառ կարող է հանդիսանալ, օրինակ, լուրջ հիվանդության առկայությունը կամ բողոքարկելու վերջնաժամկետի մասին մեր կողմից ձեզ տրամադրած սխալ տեղեկությունը:

ՆՇՈՒՄ. Եթե դուք բողոքում եք, քանի որ մենք ասել ենք ձեզ, որ ծառայությունը, որից դուք այս պահին օգտվում եք կփոխվի կամ կդադարեցվի, ապա **բողոքարկելու** համար դուք ունք մի քանի օր, եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ այն ծառայությունը, մինչ դեռ ձեր դիմումը ընթացքի մեջ է: Մանրամասն տեղեկությունների համար՝ կարդացե՛ք «Արդյո՞ք իմ արտոնությունները կշարունակվեն Մակարդակ 1 բողոքարկման քննարկման ընթացքում», էջ 201:

Կարո՞ղ եմ ես ստանալ իմ գործին վերաբերող փաստաթղթերի մեկ օրինակ:

Այո: Պատճենը ստանալու համար զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

Կարո՞ղ է իմ բժիշկը ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել իմ բողոքարկման մասին:

Այո, դուք և ձեր բժիշկը կարող եք մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել՝ ձեր բողոքարկումը հիմնավորելու նպատակով:

Ինչպե՞ս ենք մենք բողոքարկման վերաբերյալ որոշում կայացնում:

Մենք մանրակրկիտ ուսումնասիրում ենք բուժօգնության ծառայությունների փոխհատուցման վերաբերյալ ձեր խնդրանքի հետ առնչվող բոլոր տեղեկությունները: Այնուհետև մենք ստուգում ենք, թե արդյոք հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ **բացասական** պատասխան ենք տվել ձեր հարցմանը: Վերանայումը չի իրականացնի այն անձը, որը կայացրել է սկզբնական որոշումը:

Լրացուցիչ տեղեկությունների անհրաժեշտության դեպքում, մենք կարող ենք խնդրել ձեզ կամ ձեր բժշկին տրամադրել դրանք:

Ե՞րբ ես կտեղեկանամ «ստանդարտ ժամկետներում» կատարվող բողոքարկման վերաբերյալ որոշման մասին:

Մենք պետք է պատասխանենք ձեր բողոքարկումը ստանալուց 30 օրացուցային օրվա ընթացքում (կամ Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի մասին բողոքը ստանալուց 7 օրվա ընթացքում): Մենք կտրամադրենք պատասխանն ավելի շուտ, եթե դա պահանջում է ձեր առողջական վիճակը:

- Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare-ի ծածկույթի ծառայությանը կամ իրին և մենք ձեր բողոքարկմանը չենք պատասխանում 30 ժամվա ընթացքում կամ մինչև լրացուցիչ ժամկետի ավարտը (այն վերցնելու դեպքում), ապա ձեր գործն ինքնաբերաբար ուղարկվում է բողոքարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ, եթե ձեր խնդիրը Medicare ծառայության կամ ապրանքի ծածկույթի մասին է: Դուք կտեղեկացվեք դրա մասին: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկվածի ծառայությանը կամ պարագային, ապա ձեզ հարկավոր կլինի ինքնուրույն ներկայացնել 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը: 2-րդ Մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար կարդացեք այս գլխի Բաժին 5.4-ը էջ 173

Ձեր հարցումներին ամբողջությամբ կամ դրանց մի մասին դրական պատասխան տալու դեպքում, մենք պարտավոր ենք հաստատել կամ տրամադրել փոխհատուցումը ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 30 օրացույցային օրվա ընթացքում (կամ 7 օրացուցային օրվա ընթացքում ձեր բողոքը ստանալուց հետո՝ Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղամիջոց ստանալու համար:

Ձեր հարցումներին ամբողջությամբ կամ դրանց մի մասին բացասական պատասխան տալու դեպքում, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare-ի ապահոգրվական ծածկույթում ընդգրկված ծառայությանը կամ պարագային, ապա մենք նամակով ձեզ կտեղեկացնենք, որ ձեր գործն ուղարկել ենք Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին՝ 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումն ուսումնասիրելու նպատակով: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal ծածկույթի ծառայությանը կամ պարագային, ապա մենք նամակով ձեզ կտեղեկացնենք 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը ինքնուրույն ներկայացնելու կարգի մասին: 2-րդ Մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար կարդացեք այս գլխի Բաժին 5.4-ը էջ 173

Ե՞րբ ես կտեղեկանամ «արագացված ժամկետներում» կատարվող բողոքարկման վերաբերյալ որոշման մասին:

Արագ բողոքարկում կատարելու դեպքում մենք մեր պատասխանը ձեզ կտրամադրենք բողոքարկումը ստանալու պահից 72 ժամվա ընթացքում: Մենք պատասխանը կտրամադրենք ավելի շուտ, եթե դա պահանջում է ձեր առողջական վիճակը:

- Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare ծածկույթի ծառայությանը կամ իրին և մենք ձեր բողոքարկմանը չենք պատասխանում 72 ժամվա ընթացքում կամ մինչև լրացուցիչ ժամկետի ավարտը, ապա ձեր գործն ինքնաբերաբար ուղարկվում է բողոքարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ: Դուք կտեղեկացվեք դրա մասին:
- Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկվածի ծառայությանը կամ պարագային, ապա ձեզ հարկավոր կլինի ինքնուրույն ներկայացնել 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը: 2-րդ Մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար կարդացեք այս գլխի Բաժին 5.4-ը էջ 173

Ձեր հարցումներին ամբողջությամբ կամ դրանց մի մասին դրական պատասխան տալու դեպքում, մենք պարտավոր ենք լիազորելու կամ տրամադրելու փոխհատուցումը ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:

Ձեր հարցումներին ամբողջությամբ կամ դրանց մի մասին բացասական պատասխան տալու դեպքում, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare-ի ապահոգրվական ծածկույթում ընդգրկված ծառայությանը կամ պարագային, ապա մենք նամակով ձեզ կտեղեկացնենք, որ ձեր գործն ուղարկել ենք Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին՝ 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումն ուսումնասիրելու նպատակով: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal ծածկույթի ծառայությանը կամ պարագային, ապա մենք նամակով ձեզ կտեղեկացնենք 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը ինքնուրույն ներկայացնելու կարգի մասին: 2-րդ Մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար կարդացեք այս գլխի Բաժին 5.4-ը էջ 173

Ես կշարունակե՞մ ստանալ նպաստներ 1-ին Մակարդակի բողոքարկումների դիտարկման ընթացքում:

Եթե մենք կորոշենք է փոփոխել կամ դադարեցնել ծառայության կամ պարագայի ապահովագրումը, որը ավելի վաղ հաստատվել է, ապա նախքան քայլեր ձեռնարկելը՝ մենք ձեզ կուղարկենք ծանուցում այդ մասին: Եթե դուք համաձայն չեք դրա հետ, կարող եք լրացնել Մակարդակի 1-ի բողոք և խնդրել, որպեսզի մենք շարունակենք արտոնագրել ծառայությունը կամ պարագան: Ձերնպաստներից **շարունակ օգտվելու համար, դուք պետք է դիմեք դրա համար** ոչ ուշ քան՝

- Մեր ծանուցումը ուղարկելու օրվանից 10 օրվա ընթացքում, կամ
- Նախատեսվող ուժի մեջ մտնող ամսաթվից:

Մինչև տվյալ վերջնաժամկետը դիմելու դեպքում, դուք կարող եք շարունակել ստանալ վիճելի իրը կամ ծառայությունը, քանի դեռ ձեր դիմումը մշակվում է:

• Բաժին 5.4. Ծառայություններին, պարագաներին և դեղերին (բացառությամբ Մաս D դեղերի) վերաբերող 2-ին Մակարդակի բողոքարկումներ

Ի՞նչ է տեղի ունենում 1-ին Մակարդակի բողոքարկմանը բացասական պատասխան տալու դեպքում:

- Ձեր 1-ին Մակարդակի բողոքարկմանը ամբողջությամբ կամ մասամբ **բացասական** պատասխան տալու դեպքում մենք ձեզ նամակ կուղարկենք: Նամակում կնշվի, արդյոք տվյալ ծառայությունը կամ պարագան սովորաբար փոխհատուցվում է Medicare, թե Medi-Cal ծրագրի շրջանակներում:
- Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկված ծառայությանը կամ պարագային, ապա 1-ին Մակարդակի բողոքարկման ուսումնասիրության ավարտից հետո մենք ձեր գործն ինքնաբերաբար կուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ:
- Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal ծառայությանը կամ պարագային, ապա դուք կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը: Նամակում կնշվի, թե ինչպես դա կարելի է անել: Ստորև նույնպես կարող եք տեղեկություններ գտնել:

Ի՞նչ է 2-ին Մակարդակի բողոքարկումը:

2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը երկրորդ բողոքարկումն է, որը կատարվում է մեր պլանի հետ առնչություն չունեցող անկախ կազմակերպության կողմից:

Իմ խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal ծառայությանը կամ պարագային: Ինչպե՞ս կարող եմ 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել:

Գոյություն ունի Medi-Cal ծառայությունների կամ պարագաների վերաբերյալ 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումներ կատարելու երկու եղանակ՝ (1) Անկախ բժշկական փորձաքննություն կամ (2) նահանգային լսում:

(1) Անկախ բժշկական փորձաքննություն

Դուք կարող եք հայց ներկայացնել կամ դիմել անկախ բժշկական փորձաքննության (IMR) համար California-ի Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտի (DMHC) Տեղեկատվական կենտրոնին: Հայց ներկայացնելով՝ DMHC-ը կվերանայի մեր որոշումը և վերջնական որոշում կկայացնի: IMR-ն հասանելի է Medi-Cal կողմից ցանկացած ապահովագրված ծառայության կան պարագայի համար, որը բժշկական բնույթ է կրում: IMR-ն իրենից ներկայացնում է ձեր գործի ուսումնասիրություն մեր պլանի կամ DMHC-ի մասնակից չհանդիսացող բժիշկների կողմից: Եթե IMR-ը որոշում կայացնի ձեր օգտին, ապա մենք պարտավոր կլինենք ձեզ տրամադրել պահանջվող ծառայությունը կամ պարագան: Դուք IMR-ի համար ոչինչ չեք վճարում:

Դուք կարող եք հայց ներկայանցնել կամ դիմել IMR անցկացնելու համար, եթե մեր պլանը՝

- Մերժում, փոփոխում կամ հետաձգում է Medi-Cal ծառայության կամ բուժօգնության տրամադրումը , քանի որ մեր պլանն այն բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ չի համարում:

- Փոխհատուցում չի տրամադրում լուրջ հիվանդության փորձնական կամ հետազոտական Medi-Cal բուժման համար:
- Փոխհատուցում չի տրամադրում շտապ կամ անհապաղ Medi-Cal ծառայությունների համար, որոնք դուք արդեն ստացել եք:
- Չի լուծել Medi-Cal ծառայության հետ կապված ձեր 1-ին Մակարդակի բողոքարկումը 30 օրացուցային օրվա (ստանդարտ բողոքարկումների դեպքում) կամ 72 ժամվա (արագ բողոքարկումների դեպքում) ընթացքում:

ՆՇՈՒՄ. Եթե ձեր մատակարարը բողոք է ներկայացրել ձեզ համար, բայց մենք չենք ստանում ձեր ներկայացուցչի նշանակման ձևը, ապա ձեզ հարկավոր է վերափոխել ձեր բողոքարկումը մեզ հետ, նախքան կարող եք դիմել Կառավարվող առողջապահության վարչությանը 2-րդ մակարդակի IMR-ի համար:

Դուք իրավունք ունեք դիմել ինչպես IMR-ի, այնպես էլ նահանգային լսման համար, եթե բացի այն դեպքից, եթե արդեն ունեցել եք նահանգային լսում նույն խնդրի կապակցությամբ:

Դեպերից շատերում, IMR պահանջելուց առաջ դուք պետք է բողոքարկում ներկայացնեք մեզ: 1-ին Մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին կարող եք տեղեկանալ էջ 201-ում: Եթե դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել DMHC-ին կամ խնդրել DMHC-ի Օգնության կենտրոնից անկախ բժշկական փորձաքննություն իրականացնել:

Եթե ձեր բուժումը մերժվել է փորձնական կամ հետազոտական բնույթ կրելու պատճառով, ապա IMR պահանջելուց առաջ ձեզ անհրաժեշտ չէ մասնակցել մեր բողոքարկման գործընթացում:

Եթե ձեր խնդիրը շատ հրատապ է և անմիջական կամ լուրջ վտանգ է առաջացնում ձեր առողջության համար, ապա դուք այն կարող եք անմիջապես ներկայացնել IMR-ի ուշադրությանը՝ առանց նախնառաջ անցնելու մեր բողոքարկման գործընթացով:

Դուք պետք է մեր գրավոր որոշումը ձեզ ուղարկելուց հետո **6 ամսվա ընթացքում IMR պահանջեք**: DMHC-ը կարող է ընդունել ձեր հայտադիմումը 6 ամիս հետո, ելնելով խելամիտ պատճառներից, ինչպիսիք են՝ ձեր բժշկական վիճակը, որի պատճառով 6 ամսվա ընթացքում դուք չեք դիմել անկախ բժշկական փորձաքննություն իրականացնելու, կամ դուք մեզնից չեք ստացել համապատասխան ծանուցում անկախ բժշկական փորձաքննության գործընթացի վերաբերյալ:

Անկախ բժշկական փորձաքննություն պահանջելու համար՝

- Լրացրե՛ք անկախ բժշկական փորձաքննության դիմումաձևը/բողոքարկման դիմումի ձևը, որը հասանելի է՝ https://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx կամ զանգահարեք DMHC-ի Տեղեկատվական բաժին՝ 1-888-466-2219: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-688-9891 հեռախոսահամարով:
- Առկայության դեպքում, կցեք նաև մերժված ծառայությանը կամ պարագային վերաբերող նամակների կամ փաստաթղթերի պատճենները: Դա կարող է արագացնել IMR-ի գործընթացը: Ուղարկեք փաստաթղթերի պատճենները, ոչ թե բնօրինակները: Տեղեկատվական կենտրոնը չի կարող վերադարձնել փաստաթղթերը:

- Եթե ինչ-որ մեկն օգնում է ձեզ անցնել IMR գործընթացը, ապա լրացրեք «Լիազորված օգնական» ձևաթուղթը: Ձևաթուղթը հասանելի է հետևյալ հասցեով՝ https://www.dmhc.ca.gov/FileaCompliant/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx կամ զանգահարեք DMHC-ի Տեղեկատվական բաժին՝ 1-888-466-2219: TTY օտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-688-9891:
- Ձևաթղթերը և դրանց կցորդներն ուղարկեք փոստով կամ ֆաքսով՝

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

Եթե դուք իրավունք ունեք անկախ բժշկական փորձաքննություն անցնելու, DMHC-ը կվերանայի ձեր գործը և 7 օրացուցային օրվա ընթացքում կուղարկի նամակ, որտեղ կնշվի, որ դուք անկախ բժշկական փորձաքննության իրավունք ունեք: Ձեր հայտադիումը և ձեր պլանից հիմնավորող փաստաթղթերը ստանալուց հետո, IMR-ի վերաբերյալ որոշումը կկայացվի 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: IMR-ի վերաբերյալ որոշումը դուք կստանաք լրացված հայտադիմումը ներկայացնելուց հետո 45 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե ձեր գործը հրատապ է և դուք իրավունք ունեք անկախ բժշկական փորձաքննություն անցնելու, DMHC-ը կվերանայի ձեր գործը և 2 օրացուցային օրվա ընթացքում կուղարկի նամակ, որտեղ կնշվի, որ դուք անկախ բժշկական փորձաքննության իրավունք ունեք: Ձեր հայտադիումը և ձեր պլանից հիմնավորող փաստաթղթերը ստանալուց հետո, IMR-ի վերաբերյալ որոշումը կկայացվի 3 օրացուցային օրվա ընթացքում: IMR-ի վերաբերյալ որոշումը դուք կստանաք լրացված հայտադիմումը ներկայացնելուց հետո 7 օրացուցային օրվա ընթացքում: IMR-ի որոշման հետ համաձայն չլինելու դեպքում դուք կարող եք նահանգային լսում պահանջել:

Եթե DMHC-ը որոշում է, որ ձեր գործը իրավունք չունի անցնել անկախ բժշկական փորձաքննություն, ապա Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտը կվերանայի ձեր գործը կանոնավոր սպառողների բողոքների գործընթացի միջոցով: Ձեր բողոքը պետք է լուծվի հայտը ներկայացնելու պահից 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե ձեր բողոքը անհետաձգելի է, այն ավելի շուտ կլուծվի:

(2) Նահանգային լսում

Medi-Cal-ի ապահովագրված ծառայությունների և պարագաների համար դուք կարող եք ցանկացած պահին պահանջել նահանգային լսում: Եթե ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ մատակարարը փոխհատուցում է պահանջում որևէ ծառայության կամ պարագայի համար, որը մենք չենք հաստատում, կամ եթե մենք դադարեցնում ենք փոխհատուցման տրամադրումը որևէ ծառայության կամ պարագայի համար, որից դուք արդեն օգտվում եք, և մենք բացասական ենք պատասխանել ձեր 1-ին Մակարդակի բողոքարկմանը, ապա դուք ունեք նահանգային լսում պահանջելու իրավունք:

Դեպքերից շատերում «Լսումներին վերաբերող ձեր իրավունքները» ծանուցումը ձեզ փոստով ուղարկելուց հետո **դուք նահանգային լսում պահանջելու համար ունեք 120 օր**:

ՆՇՈՒՄ. Եթե դուք դիմում եք նահանգային լսման համար, քանի որ մենք ասել ենք ձեզ, որ ծառայությունը, որից դուք այս պահին օգտվում եք կփոխվի կամ կդադարեցվի, **ապա ձեր**

հարցումը հաստատելու համար դուք ունեք մի քանի օր, եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ այն ծառայությունը, մինչ դեռ ձեր դիմումը մշակվում է: Մանրամասն տեղեկությունների համար՝ կարդացե՛ք «Արդյո՞ք իմ արտոնությունները կշարունակվեն Մակարդակ 2 բողոքարկման քննարկման ընթացքում», էջ 204:

Կա նահանգային լսում պահանջելու երկու եղանակ՝

1. Դուք կարող եք լրացնել «Նահանգային լսման պահանջ» ձևաթուղթը, որը կարող եք գտնել գործողության ծանուցման ձևաթղթի հակառակ կողմում: Դուք պետք է տրամադրեք բոլոր անհրաժեշտ տվյալները, օրինակ՝ ձեր անունը, ազգանունը, հասցեն, հեռախոսահամարը, այն պլանի կամ շրջանի անվանումը, որը ձեր դեմ գործողություններ է ձեռնարկել, ներգրավված օգնության ծրագիրը (ծրագրերը) և լսում պահանջելու մանրամասն պատճառները: Այնուհետև, դուք կարող եք ներկայացնել ձեր պահանջը հետևյալ եղանակներով՝
   - շրջանի սոցիալական ապահովման բաժին՝ ծանուցման վրա նշված հասցեով՝

     California Department of Social Services՝

     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
     Sacramento, California 94244-2430

   - Նահանգային լսումների բաժին (State Hearings Division). 916-651-5210 հեռախոսային կամ 916-651-2789 ֆաքսի համարով:
2. Կարող եք զանգահարել California-ի Սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտ 1-800-952-5253 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով: Եթե որոշեք նահանգային լսման պահանջը իրականացնել հեռախոսով, ապա պետք է հաշվի առնեք, որ հեռախոսագծերը չափազանց ծանրաբեռնված են:

Իմ խնդիրը վերաբերում է Medicare ծառայությանը կամ պարագային: Ի՞նչ է տեղի ունենալու 2-րդ Մակարդակի բողոքարկման ժամանակ:

Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովը (IRE) մանրակրկիտ ուսումնասիրելու է 1-ին Մակարդակում կայացված որոշումը և որոշում է կայացնելու այն փոփոխելու կամ անփոփոխ թողնելու մասին:

- Դուք չպետք է 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում պահանջեք: Բոլոր մերժումները (ամբողջական կամ մասնակի) մենք ինքնաբերաբար ուղարկելու ենք Վերանայման անկախ ասրմին: Դուք կտեղեկացվեք դրա մասին:
- Medicare-ը վարձակալում է IRE-ի ծառայությունները և այդ Մարմինն պլանի հետ անմիջական կապ չունի:
- Դուք կարող եք խնդրել ձեր գործի պատճենը՝ զանգահարելով Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

IRE-ը պետք է ձեզ պատասխան տա ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ ձեր բողոքարկումը ստանալուց 30 օրացուցային օրվա ընթացքում (կամ 7 օրացուցային օրվա ընթացքում, երբ այն բողոքարկում է Medicare Մաս B-ի դեղատոմսով դեղեր): Այս կանոնը

կիրառվում է այն դեպքում, երբ դուք բողոքարկումը կատարում եք բժշկական ծառայությունները կամ պարագաները ստանալուց առաջ:

- Սակայն, եթե IRE-ին անհրաժեշտ է ձեր պահանջը հիմնավորող լրացուցիչ տեղեկատվություն հավաքել, այն կարող է երկարաձգել ժամկետը ևս 14 օրացույցային օրով: Եթե որոշում կայացնելու համար IRE-ին լրացուցիչ օրեր հարկավոր լինեն, այն ձեզ դրա մասին կտեղեկացնի նամակով: IRE-ը չի կարող լրացուցիչ ժամանակ պահանջել որոշում կայացնելու համար, եթե ձեր բողոքարկումը նախատեսված է Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի համար:

Եթե 1-ին Մակարդակում դուք «արագ բողոքարկում» եք կատարել, ապա 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը նույնպես ինքնաբերաբար կլինի արագ: IRE-ն պետք է ձեզ պատասխան տրամադրի ձեր բողոքարկումը ստանալու պահից 72 ժամվա ընթացքում:

- Սակայն, եթե IRE-ին անհրաժեշտ է ձեր պահանջը հիմնավորող լրացուցիչ տեղեկատվություն հավաքել, այն կարող է երկարաձգել ժամկետը ևս 14 օրացույցային օրով: Եթե որոշում կայացնելու համար IRE-ին լրացուցիչ օրեր հարկավոր լինեն, այն ձեզ դրա մասին կտեղեկացնի նամակով: IRE-ը չի կարող լրացուցիչ ժամանակ պահանջել որոշում կայացնելու համար, եթե ձեր բողոքարկումը նախատեսված է Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի համար:

Ես կշարունակե՞մ ստանալ նպաստներ 2-ին Մակարդակի բողոքարկումների դիտարկման ընթացքում:

Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկված ծառայությանը կամ պարագային, ապա այդ ծառայության կամ պարագայի հետ կապված ձեր նպաստների տրամադրումը **կդադարեցվի** 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովի կողմից ուսումնասիրելու ժամանակ:

Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկված ծառայությանը կամ պարագային և դուք պահանջել եք նահանգային լսում, ապա այդ ծառայության կամ պարագայի հետ կապված ձեր նպաստների տրամադրումը կարող է շարունակվել մինչև վերջնական որոշման կայացումը: Ձեր արտոնություններից շարունակ օգտվելու համար, դուք պետք է դիմեք լսումների համար ոչ ուշ քան՝**Ձեր** նպաստներից շարունակ օգտվելու համար, դուք պետք է դիմեք դրա համար ոչ ուշ քան՝

- 10 օրվա ընթացքում, ձեզ փոստով առաքելուց հետո մեր ծանուցումն այն մասին, որ նպաստի վերաբերյալ բացասական որոշումն (Մակարդակ 1՝ բողոքի վերաբերյալ որոշում) արդեն բավարարվել է, կամ
- Նախատեսվող ուժի մեջ մտնող ամսաթվից:

Մինչև տվյալ վերջնաժամկետը դիմելու դեպքում, դուք կարող եք շարունակել ստանալ վիճելի իրը կամ ծառայությունը, մինչ դեռ ձեր լսումների վերաբերյալ որոշում կկայացվի:

Ինչպե՞ս ես կտեղեկանամ կայացված որոշման մասին:

Եթե ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը կատարվել է անկախ բժշկական փորձաքննության միջոցով, ապա Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտը նամակով ձեզ կտեղեկացնի իր կողմից կայացրած որոշման մասին:

- Եթե անկախ բժշկական փորձաքննության արդյունքում ամբողջությամբ կամ մասամբ **բավարարվեն** ձեր կողմից ներկայացված պահանջները, ապա մենք պարտավոր կլինենք ապահովել ծառայության կամ բուժօգնության տրամադրումը:
- Եթե անկախ բժշկական փորձաքննության արդյունքում ամբողջությամբ կամ մասամբ **մերժվեն** ձեր կողմից ներկայացված պահանջները, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են 1-ին Մակարդակում կայացված որոշման հետ: Դուք դեռ նահանգային լսում պահանջելու իրավունք կունենաք: Նահանգային լսում պահանջելու վերաբերյալ տեղեկատվություն կարող եք գտնել էջ 208-ում:

Եթե ձեր 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը կատարվել է նահանգային լսման միջոցով, ապա California Սոցիալական ապահովության ծառայությունների դեպարտամենտը նամակով ձեզ կտեղեկացնի իր կողմից կայացրած որոշման մասին:

- Եթե նահանգային լսումն ամբողջությամբ կամ մասամբ **բավարարի** ձեր կողմից ներկայացված պահանջները, ապա մենք պարտավոր կլինենք կատարել այդ որոշումը: Մենք պետք է կատարենք նկարագրված գործողությունը(ները) որոշման պատճենը ստանալու պահից 30 օրացույցային օրվա ընթացքում:
- Եթե նահանգային լսումն ամբողջությամբ կամ մասամբ **մերժի** ձեր կողմից ներկայացված պահանջները, դա նշանակում է, որ նա համաձայն է 1-ին Մակարդակում կայացված որոշման հետ: Մենք կարող ենք դադարեցնել ձեր կողմից ստացվող բոլոր ընթացիկ վճարումները:

Եթե ձեր 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումն ուղարկվել է Medicare-ի Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին (Independent Review Entity, IRE), այն նամակով ձեզ կտեղեկացնի իր կողմից կայացրած որոշման մասին:

- Եթե ԱՎՀ-ն ամբողջությամբ կամ մասամբ **բավարարի** ձեր կողմից ներկայացված ստանդարտ դիմումճաաձևի մեջ պահանջները, ապա մենք պարտավոր կլինենք թույլատրել բուժօգնության դիմաց փոխհատուցման տրամադրումը 72 ժամվա ընթացքում կամ տրամադրել ձեզ ծառայությունը կամ պարագան IRE-ի որոշումը ստանալու պահից 14 օրացույցային օրվա ընթացքում: Եթե դուք դիմել եք արագ բողոքարկմամբ, մենք պետք է թույլատրենք բժշկական ապահովագրական ծածկույթը, կամ՝ IRE-ի որոշումը ստանալու օրվանից 72 ժամվա ընթացքում ձեզ տրամադրենք համապատասխան ծառայությունը կամ իրը:
- Եթե IRE-ն ամբողջությամ կամ մասամբ բավարարի այն, ինչի համար դիմել եք Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղորայքի համար ստանդարտ բողոքարկման մեջ, ապա մենք պարտավոր կլինենք լիազորել կամ տրամադրել Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղը IRE-ի որոշումը ստանալուց 72 ժամվա ընթացքում: Եթե դուք դիմել եք արագ բողոքարկմամբ, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղը IRE-ի որոշումը ստանալու օրվանից 24 ժամվա ընթացքում:
- Եթե IRE-ն ամբողջությամբ կամ մասամբ**մերժի** ձեր կողմից ներկայացված պահանջները, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են 1-ին Մակարդակում կայացված որոշման հետ: Այդ երևույթը կոչվում է «որոշման հաստատում»: Այն կարող է կոչվել նաև «ձեր բողոքարկման մերժում»:

Իմ պահանջներն ամբողջությամբ կամ մասամբ մերժելու դեպքում, ես կարո՞ղ եմ ևս մեկ բողոքարկում կատարել:

Եթե ձեր 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը կատարվել է Անկախ բժշկական փորձաքննության միջոցով, ապա դուք կարող եք նահանգային լսում պահանջել: Նահանգային լսում պահանջելու վերաբերյալ տեղեկատվություն կարող եք գտնել էջ 208-ում:

Եթե ձեր 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը կատարվել է նահանգային լսում միջոցով, ապա դուք կարող եք կրկնակի լսում պահանջել որոշումը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում: Դուք կարող եք նաև նահանգային լսում արդյունքում կայացրած բացասական որոշման դատական քննություն պահանջել՝ որոշումը ստանալուց հետո մեկ տարվա ընթացքում Գերագույն դատարանում խնդրագիր լրացնելու միջոցով (Քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի 1094.5 Բաժնի ներքո): Դուք չեք կարող պահանջել IMR, եթե նույն հարցի վերաբերյալ արդեն անց է կացվել նահանգային լսում:

Եթե ձեր 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումն ուղարկվել է Medicare-ի Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին (IRE), ապա դուք կարող եք կրկնակի բողոքարկում կատարել միայն այն դեպքում, եթե պահանջվող ծառայության կամ պարագայի դոլարով արտահայտված արժեքը գերազանցում է սահմանված նվազագույն չափը: IRE-ից ստացված նամակից կարող եք տեղեկանալ բողոքարկման լրացուցիչ իրավունքների մասին, որոնք դուք կարող եք ունենալ:

Բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների մասին ավելին իմանալու համար կարդացեք Բաժին 9, էջ 208

• Բաժին 5.5. Վճարման հետ կապված խնդիրներ

Մենք չենք թույլատրում մեր մատակարարներին ձեզնից գումար գանձել ապահովագրված ծառայությունների կամ իրերի համար: Սա է իրականությունը նույնիսկ, եթե մենք մատակարարին ավելի քիչ ենք վճարում, քան նա գանձում է ապահովագրված ծառայությունների կամ իրերի համար: Դուք երբեք պարտավոր չեք վճարելու որևէ հաշվի մասցորդ:

Եթե դուք հաշիվստանաք ապահովագրված ծառայությունների կամ իրերի համար, ուղարկեք հաշիվը մեզ: **Դուք չպետք է ինքներդ վճարեք այդ հաշիվը:** Մենք կկապվենք անմիջապես մատակարարի հետ և կզբաղվենք խնդրի լուծմամբ:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, սկսեք կարդալ Գլուխ 7: «Ապահովագրված ծառայությունների կամ դեղերի համար ներկայացված հաշվի մեր մասնաբաժինը վճարելու խնդրանք»: 7-րդ Գլուխը նկարագրում է այնպիսի իրավիճակները, որոնցում դուք կարող եք մեզնից պահանջել փոխհատուցել կամ վճարել մատակարարից ստացված հաշիվը: Այն նաև նկարագրում է, թե ինչպես մեզ ուղարկել վճարում պահանջելու համար անհրաժեշտ փաստաթղթերը:

Կարո՞ղ եմ արդյոք դիմել ձեզ՝ վճարելու բժշկական այն ծառայությունները կամ իրերի համար, որոնց համար ես արդեն վճարել եմ:

Հիշեք, եթե դուք ստացել եք հաշիվ ապահովագրված ծառայությունների և իրերի համար, դուք չպետք է ինքնուրույն վճարեք այդ հաշվի գումարի: Սակայն, եթե դուք վճարել եք այդ հաշվի գումարը, ապա կստանաք փոխհատուցում՝ հետևելով ծառայություններ և իրեր ստանալու կանոններին:

Փոխհատուցում պահանջելու դեպքում դուք խնդրում եք ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ որոշում կայացնել: Մենք կորոշենք, ներառված է, արդյոք, այն ապահովագրված ծառայությունը կամ պարագան, որի համար դուք վճարել եք, ինչպես նաև կստուգենք, հետևել եք դուք, արդյոք, ձեր ապահովագրության վերաբերյալ բոլոր կանոններին:

- Եթե ծառայությունը կամ իրը, որի համար դուք վճարել եք, ներառված է ապահովագրական ծածկույթի մեջ, և դուք հետևել եք բոլոր կանոններին, ապա մենք կփոխանցենք ձեզ ծառայության կամ իրի համար կատարված վճարման գումարը նման պահանջ ստանալուց 60 օրացուցային օրվա ընթացքում: Ձեր մատակարարը այնուհետև ձեզ կուղարկի վճարումը:
- Եթե դուք դեռ չեք վճարել տվյալ ծառայության կամ պարագայի համար, ապա մենք վճարումը կփոխանցենք անմիջապես մատակարարին: Վճարման ենթակա գումարի փոխանցումը նշանակում է, որ մենք **դրական** պատասխան ենք տալիս ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ որոշում կայացնելու ձեր խնդրանքին:
- Եթե ծառայությունը կամ իրը ներառված չէ ապահովագրական ծածկույթի մեջ, կամ դուք չեք հետևել բոլոր կանոններին, ապա մենք ձեզ նամակի միջոցով կտեղեկացնենք ծառայության կամ պարագայի դիմաց վճարում չկատարելու և դրա պատճառների մասին:

Ի՞նչ տեղի ունենում, եթե մենք չենք վճարում:

Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, ապա **կարող եք բողոքարկում կատարել**: Հետևեք Բաժին 5.3, էջ 168 նկարագրված բողոքարկումների գործընթացին: Այդ հրահանգներին հետևելիս խնդրում ենք հաշվի առնել, որ

- Փոխհատուցման պահանջ ներկայացնելու դեպքում մենք պատասխանը ձեզ կտրամադրենք նման պահանջը ստանալու պահից 30 օրացույցային օրվա ընթացքում:
- Եթե դուք խնդրում եք փոխհատուցել ծառայության կամ իրի համար, որն արդեն ստացել եք, և որի համար արդեն վճարել եք, ապա դուք չեք կարող արագ բողոքարկում պահանջել:

Ձեր պահանջին **բացասական** պատասխան տալու դեպքում մենք ձեր գործն ինքնաբերաբար կուղարկենք Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին՝ եթե տվյալ ծառայությունը կամ պարագան սովորաբար ներառվում է Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթի մեջ: Դրա մասին մենք ձեզ կծանուցենք նամակի միջոցով:

- Եթե IRE-ն փոխի մեր որոշումը և պահանջի, որպեսզի մենք վճարում կատարենք, ապա մենք պարտավոր կլինենք փոխանցել վճարման գումարը ձեզ կամ մատակարարին 30 օրացույցային օրվա ընթացքում: Բողոքարկումների գործընթացի 2-րդ Մակարդակին հաջորդող փուլերից որևէ մեկի ժամանակ ձեր բողոքարկմանը **դրական** պատասխան տալու դեպքում մենք պարտավոր կլինենք փոխանցել պահանջվող գումարը ձեզ կամ մատակարարին 60 օրացույցային օրվա ընթացքում:
- Եթե IRE-ն **մերժում** է ձեր բողոքը, ապա դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են ձեր պահանջը չբավարարելու վերաբերյալ մեր որոշման հետ: (Այդ երևույթը կոչվում է «որոշման հաստատում»: Այն կարող է կոչվել նաև «ձեր բողոքարկման մերժում»:) Ստացված նամակից կարող եք տեղեկանալ բողոքարկման լրացուցիչ իրավունքների մասին, որոնք դուք կարող եք ունենալ: Կրկնակի բողոքարկում կարող եք կատարել միայն այն դեպքում, եթե պահանջվող ծառայության կամ պարագայի դոլարով արտահայտված արժեքը գերազանցում է սահմանված նվազագույն չափը: Բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների մասին ավելին իմանալու համար կարդացեք Բաժին 9, էջ 208:

Ձեր պահանջին **բացասական** պատասխան տալու դեպքում դուք կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում, եթե տվյալ ծառայությունը կամ պարագան սովորաբար ներառվում է Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթի մեջ (տես այս Բաժնի 5.4, էջ 173):

Բաժին 6. Մաս D-ի դեղեր

• Բաժին 6.1. Ի՞նչ է հարկավոր անել, եթե դուք ունեք Մաս D-ի դեղի ձեռքբերման հետ կապված խնդիրներ կամ ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցենք Մաս D-ի ձեռքբերված դեղի արժեքը

Ձեր՝ որպես մեր պլանի մասնակցի նպաստները ներառում են դեղատոմսով դեղամիջոցներից շատերի համար տրամադրվող փոխհատուցումը: Այդ դեղերից շատերը հանդիսանում են «Մաս D-ի դեղեր»: Կան մի քանի դեղեր, որոնք ներառված չեն Medicare-ի Մաս D-ում, սակայն կարող են ներառված լինել Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում: **Այս բաժնի դրույթները կիրառվում են միայն Մաս D-ի դեղերին վերաբերող բողոքարկումների նկատմամբ:**

Ապահովագրված դեղերի ցանկը պարունակում է (*) նշանով նշված դեղեր: Նման դեղերը Մաս D-ի դեղեր **չեն** հանդիսանում: (*) նշանով նշված դեղերին վերաբերող բողոքարկումները կամ փոխհատուցման որոշումները կատարվում են Բաժին 5-ի էջ 164-ում նշված գործընթացի համաձայն:

Կարո՞ղ եմ ես Մաս D-ի դեղատոմսերով տրամադրվող դեղերի փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանք կամ բողոքարկում ներկայացնել:

Այո: Ստերև բերված են Մաս D-ի դեղերի փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների օրինակները, որոնց կայացման խնդրանքով դուք կարող եք մեզ դիմել՝

Մաս D-ի դեղեր՝

- Դուք մեզ խնդրում եք բացառություն անել: Օրինակ՝
  - Խնդրում եք մեզ փոխհատուցում տրամադրել Մաս D դեղի համար, որը չի պարունակվում պլանի Դեղերի ցանկում
  - անտեսել պլանի ապահովագրական ծածկույթում որևէ դեղի նկատմամբ կիրառվող սահմանափակումները (օրինակ՝ դեղի քանակի սահմանափակումը)
- Դուք հարցում եք կատարում ձեր ապահովագրական ծածկույթում որևէ դեղի ներառված լինելու մասին (օրինակ՝ երբ այդ դեղը ընդգրկված է Դեղերի ցանկում,սակայն մենք պահանջում ենք, որպեսզի փոխհատուցում տրամադրելուց առաջ դուք ստանաք մեր համաձայնությունը):

ՆՇՈՒՄ. Եթե դեղատունը տեղեկացնում է, որ տվյալ դեղատոմսով ձեզ դեղ չի կարող տրամադրվել, ապա դուք կստանաք ծանուցում, որը նկարագրում է, թե ինչպես դիմել մեզ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով:

Ձեր Մաս D-ի դեղերի փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու **համապատասխան իրավաբանական եզրույթն** է **«փոխհատուցման անհրաժեշտության որոշումը»**:

- Դուք մեզ խնդրում ենք վճարել դեղատոմսով տրամադրվող դեղի համար, որն արդեն գնել եք: Դա վճարման փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանք է նշանակում:

Եթե դուք համաձայն չեք փոխհատուցում տրամադրելու վերաբերյալ մեր կողմից կայացրած որոշման հետ, դուք կարող եք բողոքարկել այն: Այս բաժինը նկարագրում է, թե ինչպես կարող եք փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանք ներկայացնել, **ինչպես նաև** բողոքարկել այդ որոշումը:

Ստորև բերված աղյուսակը ձեզ կօգնի որոշել, թե փոստաթղթի որ բաժինն է պարունակում ձեր իրավիճակին համապատասխանող տեղեկատվություն:

Ստորև նշվածներից ո՞րն է համապատասխանում ձեր ներկայիս իրավիճակին:			
Ձեզ անհրաժեշտ է դեղ, որն ընդգրկված չէ մեր Դեղերի ցանկում կամ դուք ցանկանում եք, որպեսզի մենք անտեսենք ապահովագրական ծածկույթում ներառված որևէ դեղի նկատմամբ կիրառվող կանոնը կամ սահմանափակումը:	Դուք ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցում տրամադրենք Դեղերի ցանկում ընդգրկված դեղի համար և կարծում եք, որ պահպանել եք ձեզ անհրաժեշտ դեղի նկատմամբ պլանի կողմից կիրառվող բոլոր կանոնները և սահմանափակումները (օրինակ՝ նախօրոք համաձայնություն ստանալու պահանջը):	Դուք ցանկանում եք մեզնից փոխհատուցում խնդրել դեղի համար, որն արդեն ստացել կան գնել եք:	Մենք արդեն ձեզ տեղեկացրել ենք, որ փոխհատուցում չենք տրամադրելու կամ չենք վճարելու դեղի համար այնպես, ինչպես դուք եք ցանկանում:
Դուք կարող եք մեզ խնդրել բացառություն անել: (Դա փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների տեսակներից մեկն է:) Սկսեք **Բաժին 6.2**, էջ 183: Տե՛ս Բաժիններ 6.3 և 6.4, էջ 184 և 185:	**Դուք կարող եք դիմել մեզ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով:** Անցեք անմիջապես **Բաժին 6.4**, էջ 185:	**Կարող եք դիմել մեզ փոխհատուցում տրամադրելու խնդրանքով:** (Դա փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների տեսակներից մեկն է:) Անցեք անմիջապես **Բաժին 6.4**, էջ 185:	**Դուք կարող եք բողոքարկել այդ որոշումը:** (Դա նշանակում է, որ դուք խնդրում եք վերանայել որոշումը:) Անցեք անմիջապես **Բաժին 6.5**, էջ 188:

• Բաժին 6.2. Ի՞նչ է բացառությունը:

Բացառությունը մեր Դեղերի ցանկում սովորաբար չներառված դեղի համար փոխհատուցում ստանալու կամ դեղն առանց որոշակի կանոնների կամ սահմանափակումների օգտագործելու թույլտվություն է: Եթե դեղը ներառված չէ Դեղերի ցանկում կամ դրա համար փոխհատուցումը չի տրամադրվում ձեզ համար ցանկալի ձևով, ապա դուք կարող եք մեզ դիմել «բացառություն» անելու խնդրանքով:

Բացառություն անելու խնդրանքով դիմելիս, ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը պետք է բացատրի բացառություն անելու անհրաժեշտության բժշկական պատճառները:

Ստորև նշված են այնպիսի բացառությունների օրինակներ, որոնց կատարման խնդրանքով դուք կամ ձեր բժիշկը կամ նշանակում անող մեկ այլ անձը կարող եք դիմել մեզ՝

1. Փոխհատուցում տրամադրել Մաս D-ի դեղի համար, որը չի պարունակվում մեր Դեղերի ցանկում:
   - Դուք չեք կարող դիմել բացառություն անելու խնդրանքով հավելավճարի կամ համատեղ ապահովագրության գումարի համար, որը մենք պահանջում ենք, որպեսզի դուք վճարեք դեղի համար:
2. Ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկված դեղի նկատմամբ կիրառվող սահմանափակման չեղարկում: Մեր Դեղերի ցանկում ներառված որոշ դեղերի նկատմամբ կիրառվում են լրացուցիչ կանոններ կամ սահմանափակումներ (լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել 5-րդ Գլխում):
   - Որոշ դեղերի համար տրամադրվող փոխհատուցման լրացուցիչ կանոններն ու սահմանափակումները ներառում են հետևյալը՝
     - Ապրանքանիշային անվանումով դեղի փոխարեն այդ դեղի ջեներիկ տարբերակը կիրառելու պահանջ:
     - Պլանի հաստատումը ստանալու պահանջ՝ նախքան մենք կհամաձայնվենք դեղի համար փոխհատուցում տրամադրել: (Սա երբեմն կոչվում է «նախնական լիազորում»:)
     - Մեկ այլ դեղ փորձելու պահանջ՝ նախքան մենք կտանք ձեր կողմից պահանջվող դեղի համար փոխհատուցում տրամադրելու համաձայնություն: (Սա երբեմն կոչվում է «փուլային բուժում»:)
     - Քանակի սահմանափակումներ: Որոշ դեղերի համար մենք սահմանափակում ենք դեղի քանակը, որը դուք կարող եք ստանալ:

> **Դեղի փոխհատուցման սահմանափակումները վերացնելու** վերաբերյալ խնդրանքը իրավաբանական լեզվով երբեմն կոչվում **է «բացառություն դեղամիջոցների ցանկից»:**

• Բաժին 6.3. Կարևոր տեղեկություններ բացառություն պահանջելու վերաբերյալ

Ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը պետք է մեզ տեղեկացնի բժշկական պատճառների մասին

Ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը պետք է բացառության պահանջը հիմնավորող բժշկական պատճառների մասին տեղեկություններ տրամադրի: Բացառություն անելու վերաբերյալ մեր որոշումն ավելի արագ կկայացվի, եթե նման պահանջ ներկայացնելիս դուք ներառեք նաև վերը նշված տեղեկությունները՝ տրամադրված ձեր բժշկի կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձի կողմից:

Մեր Դեղերի ցանկը սովորաբար միևնույն հիվանդությունը բուժելու համար նախատեսված մեկից ավելի դեղ է պարունակում: Սրանք կոչվում են «այլընտրանքային դեղեր»: Եթե գոյություն ունի այլընտրանքային դեղ, որը նույնքան արդյունավետ է, որքան ձեր կողմից պահանջվող դեղը, և լրացուցիչ կողմնակի ազդեցություն կամ առողջական այլ խնդիրներ չի առաջացնում, ապա մենք սովորաբար չենք հաստատում բացառություն անելու ձեր խնդրանքը:

Բացառություն անելու վերաբերյալ ձեր պահանջին մենք կտանք դրական կամ բացասական պատասխան

- Բացառություն անելու վերաբերյալ ձեր պահանջին **դրական** պատասխան տալու դեպքում այդ բացառությունը սովորաբար ուժի մեջ է մնում մինչև օրացույցային տարվա ավարտը: Սակայն այն պայմանով, որ ձեր բժիշկը շարունակում է նշանակել այդ դեղը ձեզ համար, և որ այն շարունակում է ձեր հիվանդությունը բուժելու տեսանկյունից անվտանգ և արդյունավետ մնալ:
- Բացառություն անելու վերաբերյալ ձեր պահանջին **բացասական**պատասխան տալու դեպքում դուք կարող եք պահանջել այդ որոշման վերանայում՝ բողոքարկում կատարելու միջոցով: **Բացասական** պատասխան ստանալու դեպքում բողոքարկում կատարելու կարգը նկարագրված է Բաժին 6.5-ում, էջ 188:

Հաջորդ բաժինը նկարագրում է փոխհատուցման (այդ թվում նաև բացառությունների) վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով դիմելու կարգը:

• Բաժին 6.4. Ինչպե՞ս դիմել Մաս D-ի դեղերի փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու կամ փոխհատուցում տրամադրելու (այդ թվում նաև բացառություն անելու) խնդրանքով

Ինչ է հարկավոր անել

- Դիմեք փոխհատուցում տրամադրելու մասին որոշման այն տեսակը կայացնելու խնդրանքով, որը ձեզ անհրաժեշտ է: Ձեր խնդրանքը ներկայացնելու համար զանգահարեք, գրեք կամ ֆաքս ուղարկեք մեզ: Դա կարող եք անել դուք, ձեր ներկայացուցիչը կամ ձեր բժիշկը (կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը): Կարող եք մեզ զանգահարել հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

- Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով կարող եք դիմել դուք, ձեր բժիշկը (կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը) կամ ձեր անունից հանդես եկող ցանկացած այլ անձը: Ձեր անունից կարող է հանդես գալ նաև փաստաբանը:
- Այլ անձանց որպես ձեր ներկայացուցիչ հանդես գալու թույլտվություն տրամադրելու մասին տեղեկություններ կարող եք գտնել 4-րդ Բաժնում, էջ 161:
- Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով ձեր անունից դիմելու համար ձեզ անհրաժեշտ չէ ձեր բժշկին կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձին գրավոր թույլտվություն տալ:
- Եթե ցանկանում եք մեզնից փոխհատուցում խնդրել արդեն իսկ գնված դեղի համար, կարդացեք այս ձեռնարկի 7-րդ Գլուխը: 7-րդ Գլուխը նկարագրում է այնպիսի իրավիճակները, որոնցում ձեզ մոտ կարող է մեզնից փոխհատուցում պահանջելու անհրաժեշտություն առաջանալ: Այն նաև նկարագրում է փաստաթղթերի ներկայացման կարգը, որոնց միջոցով դուք մեզ խնդրում ենք փոխհատուցել ձեր կողմից գնված դեղի մեր մասնաբաժինը:
- Եթե դուք դիմում եք բացառություն անելու խնդրանքով, ապա պետք է տրամադրեք նաև «հիմնավորող հաշվետվությունը»: Ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը պետք է բացառության պահանջը հիմնավորող բժշկական պատճառների մասին տեղեկատվություն տրամադրի: Մենք այդ տեղեկատվությունն անվանում ենք «հիմնավորող հաշվետվություն»:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս դիմել դեղի կամ վճարման համար փոխհատուցում տրամադրելու մասին որոշում կայացնելու խնդրանքով

Նման խնդրանք ներկայացնելու համար զանգահարեք, գրեք կամ ֆաքս ուղարկեք մեզ, կամ խնդրեք ձեր ներկայացուցչին կամ բժշկին դիմել մեզ նման խնդրանքով: Ստանդարտ ժամկետներում կայացվող որոշման դեպքում մենք ձեզ պատասխան կտրամադրենք 72 ժամվա ընթացքում: Ձեր կողմից արդեն գնված Մաս D-ի դեղի համար փոխհատուցում տրամադրելու վերաբերյալ պատասխանը մենք կտանք 14 օրացույցային օրվա ընթացքում:

- Եթե դուք դիմել եք բացառություն անելու խնդրանքով, ապա դիմումի մեջ ներառեք նաև ձեր բժշկի կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձի կողմից տրամադրած հիմնավորող փոաստաթղթերը:
- Դուք կամ ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը կարող եք դիմել արագ որոշում կայացնելու խնդրանքով: (Արագ որոշումները սովորաբար կայացվում են 24 ժամվա ընթացքում:)
- Կարդացեք այս բաժինը՝ համոզվելու, որ դուք իրավունք ունեք դիմել արագ որոշում կայացնելու խնդրանքով: Այստեղից կարող եք տեղեկանալ նաև որոշում կայացնելու վերջնաժամկետների մասին:

- Ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը կարող է մեզ ուղարկել այդ հաշվետվությունը ֆաքսով կամ փոստով: Ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը կարող է նախ մեզ տեղեկացնել հեռախոսով, ապա նոր ուղարկել հաշվետվությունը ֆաքսով կամ փոստով:

Ձեր առողջական պայմաններից ելնելով, դուք կարող եք նաև դիմել «փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում» կայացնելու խնդրանքով

Բացառությամբ այն դեպքերի, երբ մենք համաձայնվել ենք կիրառել «արագ վերջնաժամկետները», մենք կօգտագործենք «ստանդարտ վերջնաժամկետները»:

- **Ստանդարտ ժամկետներում կայացվող որոշումը** ենթադրում է, որ մենք ձեզ պատասխան կտրամադրենք ձեր բժշկի հաշվետվությունը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Փոխհատուցման վերաբերյալ **արագացված ժամկետներում կայացվող որոշումը** ենթադրում է, որ մենք ձեզ պատասխան կտրամադրենք ձեր բժշկի հաշվետվությունը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:

> «Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնելու» **համապատասխան իրավաբանական եզրույթն** է **«ծածկույթի փոխհատուցման արագացրած որոշումը»**:

Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կարող եք ստանալ միայն , եթե խնդրում եք փոխհատուցում տրամադրել այնպիսի դեղի համար, որը նախկինում չեք ընդունել: (Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում չեք կարող ստանալ, եթե խնդրում եք փոխհատուցում տրամադրել այնպիսի դեղի համար, որն արդեն գնել եք:)

Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կարող եք ստանալ միայն , եթե ստանդարտ ժամկետների կիրառումը կարող է ձեր առողջությանը լուրջ վնաս հասցնել կամ բացասական ազդել ձեր գործելու ունակության վրա:

Եթե ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը մեզ տեղեկացնի, որ ձեր առողջական վիճակը պահանջում է «փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում» կայացնել, մենք ինքնաբերաբար կհամաձայնվենք ձեզ նման որոշում տրամադրել, ինչի մասին կտեղեկացնենք ձեզ նամակով:

- Եթե դուք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում եք հայցում ինքնուրույն (առանց ձեր բժշկի կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձի աջակցության), ապա այն տրամադրելու կամ չտրամադրելու վերաբերյալ որոշումը կկայացվի մեր կողմից:
- Եթե մենք գտնենք, որ ձեր առողջական վիճակը չի առաջացնում փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնելու անհրաժեշտություն, փոխարենը, կօգտագործենք ստանդարտ ժամկետները:
  - Մենք նամակով ձեզ կտեղեկացնենք այդ մասին: Նամակում կնկարագրվի ստանդարտ ժամկետներում որոշում կայացնելու վերաբերյալ մեր որոշումը բողոքարկելու կարգը:
  - Դուք կարող եք «արագ բողոքարկում» կատարել և ստանալ ձեր բողոքի պատասխան-որոշումը 24 ժամվա ընթացքում: Բողոքներ, այդ թվում նաև արագ բողոքներ, ներկայացնելու գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար կարդացեք այս գլխի Բաժին 10-ի էջ 209:

«Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում» կայացնելու վերջնաժամկետը

- Արագ վերջնաժամկետ օգտագործելու դեպքում մենք ձեզ պետք է տրամադրենք մեր պատասխանը 24 ժամվա ընթացքում: Այսինքն՝ ձեր խնդրանքը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Կամ ձեր բժշկի կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձի կողմից տրամադրվող, ձեր խնդրանքը հիմնավորող հաշվետվությունը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում՝ եթե

դուք դիմել եք բացառություն անելու խնդրանքով: Մենք պատասխանը կտրամադրենք ավելի շուտ, եթե դա պահանջում է ձեր առողջական վիճակը:

- Սահմանված ժամկետներում որոշում չկայացնելու դեպքում մենք ձեր դիմումը կուղարկենք բողոարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ: Բողոքարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակում մեր որոշումը կվերանայվի Վերանայման անկախ մարմնի կողմից:
- **Եթե մենք ամբողջությամբ կամ մասամբ բավարարենք** ձեր խնդրանքը , ապա պարտավոր կլինենք տրամադրել ձեզ փոխհատուցումը՝ ձեր խնդրանքը կամ ձեր բժշկից կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձից այն հիմնավորող հաշվետվությունը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:
- **Եթե մենք ամբողջությամբ կամ մասամբ մերժենք** ձեր խնդրանքը, ապա ձեզ կուղարկենք **բացասական** որշումը հիմնավորող նամակ: Նամակը կպարունակի նաև մեր որոշումը բողոքարկելու կարգի վերաբերյալ տեղեկություններ:

Ձեր կողմից դեռ չստացված դեղի «փոխհատուցման վերաբերյալ ստանդարտ ժամկետներում կայացվող որոշման» վերջնաժամկետ

- Ստանդարտ վերջնաժամկետ օգտագործելու դեպքում մենք ձեզ պետք է ձեր դիմումնաձևը ստանալուց հետոո 72 ժամվա ընթացքում տրամադրենք մեր պատասխանը: Կամ ձեր բժշկի կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձի կողմից տրամադրվող, ձեր խնդրանքը հիմնավորող աջակցող հաշվետվությունը ստանալուց հետո, եթե դուք դիմել եք բացառություն անելու խնդրանքով: Մենք պատասխանը կտրամադրենք ավելի շուտ, եթե դա պահանջում է ձեր առողջական վիճակը:
- Սահմանված ժամկետներում որոշում չկայացնելու դեպքում մենք ձեր դիմումը կուղարկենք բողոարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ: Բողոքարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակում մեր որոշումը կվերանայվի Վերանայման անկախ մարմնի կողմից:
- **Եթե մենք ամբողջությամբ կամ մասամբ բավարարենք** ձեր խնդրանքը , ապա պարտավոր կլինենք հաստատել կամ տրամադրել ձեզ փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում՝ ձեր դիմումը ստանալու պահից կամ ձեր բժշկից կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձից հիմնավորող հաշվետվությունը ստանալու պահից (բացառություն անելու խնդրանքով դիմելու դեպքում):
- **Եթե մենք ամբողջությամբ կամ մասամբ մերժենք** ձեր խնդրանքը, ապա ձեզ կուղարկենք **բացասական** որշումը հիմնավորող նամակ: Նամակը կպարունակի նաև մեր որոշումը բողոքարկելու կարգի վերաբերյալ տեղեկություններ:

Ձեր կողմից արդեն գնված դեղի «փոխհատուցման վերաբերյալ ստանդարտ ժամկետներում կայացվող որոշման» վերջնաժամկետ

- Մենք ձեզ պետք է տրամադրենք պատասխանը ձեր խնդրանքը ստանալու պահից 14 օրացույցային օրվա ընթացքում:
- Սահմանված ժամկետներում որոշում չկայացնելու դեպքում մենք ձեր դիմումը կուղարկենք բողոարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ: Բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակում մեր որոշումը կվերանայվի Վերանայման անկախ մարմնի կողմից:
- **Եթե մենք ամբողջությամբ կամ մասամբ բավարարենք** ձեր խնդրանքը , ապա վճարումը կկատարենք 14 օրացույցային օրվա ընթացքում.
- **Եթե մենք ամբողջությամբ կամ մասամբ մերժենք** ձեր խնդրանքը, ապա ձեզ կուղարկենք **բացասական** որշումը հիմնավորող նամակ: Նամակը կպարունակի նաև մեր որոշումը բողոքարկելու կարգի վերաբերյալ տեղեկություններ:

• Բաժին 6.5. 1-ին Մակարդակի բողոքարկում Մաս D-ի դեղերի համար

- Բողոքարկումը սկսելու համար դուք, ձեր բժիշկը, նշանակումից անող անձը կամ ձեր ներկայացուցիչը պետք է կապվեք մեզ հետ:
- Եթե դուք խնդրում եք որոշում կայացնել ստանդարտ ժամկետներում, ապա կարող եք բողոքարկումը կատարել գրավոր դիմում ներկայացնելու միջոցով: Կարող եք նաև բողոքարկումը նախաձեռնել մեզ զանգելու միջոցով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:
- Եթե ցանկանում եք արագ բողոքարկում կատարել, ապա կարող եք դա անել գրավոր կամ մեզ զանգելու միջոցով:
- Դուք պետք է բողոքարկումը ներկայացնեք **60 օրացույցային օրվա ընթացքում**՝ սկսած այն ամսաթվից, որը նշված էր մեր որոշման մասին ձեզ տեղեկացնող ծանուցման մեջ: Եթե հարգելի պատճառներով բողոքարկումը չկատարեք նշված ժամկետներում, ապա մենք կարող եք դա անելու համար ձեզ լրացուցիչ ժամանակ տրամադրել: Սահմանված ժամկետներում բողոքարկումը չներկայացնելու համար հարգելի պատճառ կարող է հանդիսանալ, օրինակ, լուրջ հիվանդության առկայությունը, որը ձեզ թույլ չի տվել կապվել մեզ հետ, կամ բողոքարկելու վերջնաժամկետի մասին մեր կողմից ձեզ տրամադրած սխալ կամ ոչ լիարժեք տեղեկությունը:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին Մակարդակի բողոքարկում կատարել

Դուք, ձեր բժիշկը, նշանակումից անող անձը կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք ձեր պահանջը գրավոր տեսքով ուղարկել մեզ փոստով կամ ֆաքսով: Կարող եք նաև բողոքարկումը նախաձեռնել մեզ զանգելու միջոցով:

- Բողոքարկումը նախաձեռնեք համապատասխան որոշումը կայացնելուց հետո **60 օրացույցային օրվա ընթացքում**: Եթե հարգելի պատճառներով չկարողանաք ներկայացնել բողոքարկումը սահմանված ժամկետներում, այնուամենայնիվ դա անելու իրավունք կունենաք:
- Դուք, ձեր բժիշկը, նշանակումից անող անձը կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք զանգել մեզ և արագ բողոքարկում կատարել:
- Կարդացեք այս բաժինը՝ համոզվելու, որ դուք իրավունք ունեք դիմել արագ որոշում կայացնելու խնդրանքով: Այստեղից կարող եք տեղեկանալ նաև որոշում կայացնելու վերջնաժամկետների մասին:

Մաս D-ի դեղի փոխհատուցման **վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով պլանին դիմելու համապատասխան իրավաբանական եզրույթ** է **«կրկնակի որոշման կայացումը»**:

- Դուք մեզնից ձեր բողոքարկմանը վերաբերող տեղեկատվության մեկ օրինակ պահանջելու իրավունք ունեք: Պատճենը ստանալու համար զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

Ցանկության դեպքում, դուք և ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը կարող եք մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել՝ ձեր բողոքարկումը հիմնավորելու նպատակով:

Կատարեք «արագ բողոքարկում», եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա

- Եթե դուք բողոքարկում եք որոշումը, որը մեր պլանը կայացրել է ձեր կողմից դեռ չստացված դեղի վերաբերյալ, ապա դուք, ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը պետք է որոշեք՝ ցանկանում եք, արդյոք, «արագ բողոքարկում» կատարել:

> «Արագ բողոքարկման» **համապատասխան իրավաբանական եզրույթն** է **«արագացրած վերանայումը»**:

- «Արագ բողոքարկում» կատարելու նկատմամբ ներկայացվող պահանջները նույնն են, ինչ այս գլխի 6.4 Բաժնի էջ 184-ում նկարագրվածները՝ «փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում» կայացնելու մասին:

Մեր պլանը ուսումնասիրելու է ձեր բողոքարկումը և ձեզ տեղեկացնելու է մեր որոշման մասին

- Մենք ևս մեկ անգամ մանրակրկիտ ուսումնասիրում ենք փոխհատուցման վերաբերյալ ձեր խնդրանքի հետ առնչվող բոլոր տեղեկությունները: Մենք ստուգում ենք, թե արդյոք հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ **բացասական** պատասխան ենք տվել ձեր հարցմանը: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար մենք կարող ենք դիմել ձեզ, ձեր բժշկին կամ նշանակումն անող մեկ այն անձին: Վերանայումը չի իրականացնի այն անձը, որը կայացրել է փոխհատուցում տրամադրելու վերաբերյալ սկզբնական որոշումը:

«Արագ բողոքարկման» վերջնաժամկետը

- Արագ վերջնաժամկետ օգտագործելու դեպքում մենք ձեզ կտրամադրենք մեր պատասխանը բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում կամ ավելի շուտ՝ եթե դա պահանջում է ձեր առողջական վիճակը:
- 72 ժամվա ընթացքում պատասխան չտրամադրելու դեպքում մենք ձեր դիմումը կուղարկենք բողոարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ: Բողոքարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակում մեր որոշումը կվերանայվի Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողով մարմնի կողմից:

- **Ձեր հարցումներին ամբողջությամբ կամ դրանց մի մասին դրական պատասխան տալու դեպքում**, մենք պարտավոր ենք տրամադրել փոխհատուցումը ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- **Ձեր հարցումներին ամբողջությամբ կամ դրանց մի մասին բացասական պատասխան տալու դեպքում**, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ պարզաբանելով **բացասական** որոշում կայացնելու պատճառները:

«Ստանդարտ բողոքարկման» վերջնաժամկետը

- Ստանդարտ վերջնաժամկետ օգտագործելու դեպքում մենք ձեզ պետք է տրամադրենք մեր պատասխանը բողոքարկումը ստանալուց հետո 7 օրացույցային օրվա ընթացքում կամ ավելի շուտ՝ եթե դա պահանջում է ձեր առողջական վիճակը, բացառությամբ, եթե դուք խնդրեք մեզ ետ վճարել ձեզ այն դեղի համար, որը դուք արդեն գնել եք: Եթե դուք դիմում եք մեզ՝ արդեն իսկ գնված դեղի արժեքը փոխհատուցելու համար ձեր պահանջը, ապա պարտավոր ենք պատասխանել ձեզ ձեր հարցումը ստանալուց հետո 14 օրացույցային օրվա ընթացքում: Կատարեք «արագ բողոքարկում», եթե կարծում եք, որ ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա:
- Եթե մենք ձեզ չենք տալիս որոշում 7 օրացուցային օրվա ընթացքում, կամ 14 օրից, եթե դուք մեզ դիմել եք վճարել ձեզ արդեն գնված դեղի համար, մենք կուղարկենք ձեր պահանջը բողոքների գործընթացի 2-րդ մակարդակ: Բողոքարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակում մեր որոշումը կվերանայվի Վերանայման անկախ մարմնի կողմից:
- **Ձեր հարցումներին ամբողջությամբ կամ դրանց մի մասին դրական** պատասխան տալու դեպքում՝
  - Եթե մենք հաստատել ենք փոխհատուցում տրամադրելու պահանջը, ապա պարտավոր ենք տրամադրել ձեզ փոխհատուցման գումարն այնքան արագ, որքան պահանջում է ձեր առողջական վիճակը, սակայն ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո ոչ ուշ, քան 7 օրացույցային օրվա ընթացքում,կամ 14 օրվա ընթացքում, եթե դուք դիմել եք մեզ՝ ետ վճարել ձեզ մի դեղի համար, որը դուք արդեն գնել եք:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս կարող եմ 2-ին Մակարդակի բողոքարկում կատարել

Եթե ցանկանում եք, որպեսզի ձեր գործը վերանայվի Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովի կողմից, ապա պետք է ներկայացնեք բողոքարկման դիմումը գրավոր տեսքով:

- Բողոքարկումը նախաձեռնեք համապատասխան որոշումը կայացնելուց հետո **60 օրացույցային օրվա ընթացքում**: Եթե հարգելի պատճառներով չկարողանաք ներկայացնել բողոքարկումը սահմանված ժամկետներում, այնուամենայնիվ դա անելու իրավունք կունենաք:
- 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը կարող եք ներկայացնել դուք, ձեր բժիշկը, նշանակումն անող մեկ այլ անձը կամ ձեր ներկայացուցիչը:
- Կարդացեք այս բաժինը՝ համոզվելու, որ դուք իրավունք ունեք դիմել արագ որոշում կայացնելու խնդրանքով: Այստեղից կարող եք տեղեկանալ նաև որոշում կայացնելու վերջնաժամկետների մասին:

- Եթե մենք հաստատել ենք արդեն իսկ գնված դեղի արժեքը փոխհատուցելու վերաբերյալ ձեր պահանջը, ապա պարտավոր ենք ուղարկել ձեզ վճարման գումարը նման պահանջ ստանալուց հետո 30 օրացույցային օրվա ընթացքում:

- **Եթե մենք ամբողջությամբ կամ մասամբ մերժենք ձեր խնդրանքը**, ապա ձեզ կուղարկենք նման որոշումը հիմնավորող նամակ՝ պարզաբանելով **բացասական** որոշում կայացնելու պատճառները:

• Բաժին 6.6. 2-ին Մակարդակի բողոքարկում Մաս D-ի դեղերի համար

Եթե մեր պատասխանը ձեր բողոքին մասամբ կամ ամբողջությամբ **բացասական**է, դուք կարող եք որոշում կայացնել՝ այս որոշումն ընդունելու կամ մեկ այլ բողոք ներկայացնելու մասին: Եթե որոշեք գործը փոխանցել Բողոքարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ, ապա մեր որոշումը կվերանայվի Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովի (IRE) կողմից:

- Եթե ցանկանում եք, որպեսզի ձեր գործը վերանայվի Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովի կողմից, ապա պետք է ներկայացնեք բողոքարկման դիմումը գրավոր տեսքով: Նամակը, որը մենք ուղարկում ենք 1-ին Մակարդակի բողոքարկման շրջանակներում մեր որոշման մասին տեղեկացնելու համար, պարունակում է նաև տեղեկություններ 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու կարգի մասին:
- IRE-ին բողոքարկում ներկայացնելու դեպքում մենք նրանց կուղարկենք ձեր գործին վերաբերող փաստաթղթերը: Դուք իրավունք ունեք խնդրելու ձեր դեպքի գործի պատճենը՝ զանգահարելով Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:
- Դուք կարող եք IRE-ին լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել՝ ձեր բողոքարկումը հիմնավորելու նպատակով:
- IRE-ն անկախ կազմակերպություն է, որի ծառայությունները վարձակալվում են Medicare-ի կողմից: Այն որևէ առնչություն չունի այս պլանի հետ և կառավարական գործակալություն չի հանդիսանում:

Մաս D-ի դեղի IRE-ին դիմելու համապատասխան իրավաբանական եզրույթն է **«վերանայումը»**:

- IRE-ի մասնագետները մանրակրկիտ ուսումնասիրելու են ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները: Կազմակերպությունը ձեզ կուղարկի իր որոշման մասին տեղեկացնող և այն հիմնավորող նամակ:

2-րդ Մակարդակի «արագ բողոքարկման» վերջնաժամկետ

- Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին (IRE) դիմեք «արագ բողոքարկման» խնդրանքով, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա:

- Եթե IRE-ն բավարար «արագ բողոքարկման» ձեր խնդրանքը, ապա այն պարտավոր է ձեր 2-րդ Մակարդակի բողոքարկմանը պատասխան տրամադրել ձեր բողոքարկման դիմումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե IRE-ն ամբողջությամ կամ մասամբ **բավարարի** ձեր կողմից ներկայացված պահանջները, ապա մենք պարտավոր կլինենք լիազորել կամ տրամադրել դեղի համար փոխհատուցումը որոշումը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:

2-րդ Մակարդակի «ստանդարտ բողոքարկման» վերջնաժամկետ

- 2-րդ Մակարդակում «ստանդարտ բողոքարկում» կատարելու դեպքում, Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովը պետք է ձեր 2-րդ Մակարդակի բողոքարկմանը պատասխանի բողոքարկումը ստանալու պահից 7 օրացույցային օրվա ընթացքում, կամ 14 օրվա ընթացքում, եթե դուք դիմել եք մեզ՝ ետ վճարել ձեզ մի դեղի համար, որը դուք արդեն գնել եք:
- Եթե IRE-ն ամբողջությամ կամ մասամբ **բավարարի** ձեր կողմից ներկայացված պահանջները, ապա մենք պարտավոր կլինենք լիազորել կամ տրամադրել դեղի համար փոխհատուցումը որոշումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովը հաստատի արդեն իսկ գնված դեղի արժեքը փոխհատուցելու վերաբերյալ ձեր պահանջը, ապա մենք պարտավոր կլինենք ուղարկել ձեզ վճարման գումարը նման որոշում ստանալուց հետո 30 օրացույցային օրվա ընթացքում:

Ի՞նչ է հարկավոր անել այն դեպքում, երբ Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովը մերժում է ձեր 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը:

Բացասական պատասխանը նշանակում է, որ Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովը համաձայն է ձեր պահանջները չբավարարելու վերաբերյալ մեր որոշման հետ: Այդ երևույթը կոչվում է «որոշման հաստատում»: Այն կարող է կոչվել նաև «ձեր բողոքարկման մերժում»:

Եթե դուք ցանկանում եք անցնել բողոքարկման գործընթացի Մակարդակ 3-ին, ապա դեղերը, որոնց համար դուք դիմում եք, պետք է համապատասխանեն նվազագույն դոլարային արժեքին: Եթե դոլարով արտահայտված արժեքը նվազագույն գումարից ցածր է, ապա դուք այլևս չեք կարողանա բողոքարկումներ կատարել: Եթե դոլարով արտահայտված արժեքը բավականաչափ բարձր է, ապա դուք կարող եք պահանջել 3-րդ Մակարդակի բողոքարկման գործընթաց: Նամակը, որը կստանաք IRE-ից, կտեղեկացնի ձեզ դոլարով արտահայտված նվազագույն արժեքի մասին, որն անհրաժեշտ է բողոքարկման գործընթացը շարունակելու համար:

Բաժին 7. Հիվանդանոցում երկար գտվելու համար փոխհատուցում տրամադրելու խնդրանք

Հոսպիտալացումից հետո դուք իրավունք ունեք օգտվել հիվանդանոցային բոլոր ծառայություններից, որոնք փոխհատուցվում են մեր կողմից, և որոնք անհրաժեշտ են ձեր հիվանդությունը կամ վնասվածքը ախտորոշելու և բուժելու համար:

Փոխհատուցվող հիմունքներով հիվանդանոցում գտնվելու ընթացքում ձեր բժիշկը և հիվանդանոցի աշխատակիցները նախապատրաստելու են ձեզ այն օրվան, երբ դուք կլքեք հիվանդանոցը: Նրանք նաև կօգնեն կազմակերպել ձեր հետհիվանդանոցային խնամքը:

- Այն օրը, երբ դուք լքում եք հիվանդանոցը, կոչվում է «դուրսգրման ամսաթիվ»:
- Ձեր բժիշկը և հիվանդանոցի աշխատակիցները ձեզ կտեղեկացնեն դուրսգրման ամսաթվի մասին:

Եթե կարծում եք, որ ձեզնից պահանջում են լքել հիվանդանոցը ժամանակից շուտ, ապա կարող եք պահանջել երկարացնել հիվանդանոցում գտնվելու ժամկետը: Այս բաժինը նկարագրում է, թե ինչպես դա կարելի է անել:

• Բաժին 7.1. Medicare-ի շրջանակներում ձեր իրավունքների մասին տեղեկանալը

Ձեր հոսպիտալացումից հետո երկու օրվա ընթացքում սոցիալական աշխատակիցը կամ բուժքույրը ձեզ կտրամադրի «Ձեր իրավունքների մասին կարևոր հաղորդագրություն Medicare-ից» ծանուցումը: Նշված ծանուցումը չստանալու դեպքում խնդրեք հիվանդանոցի ցանկացած աշխատակցին տրամադրել այն ձեզ: Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք զանգել Մասնակիցների սպասարկման բաժին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Դուք կարող եք նաև զանգահարել 24/7 շուրջօրյա հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Ուշադիր կարդացեք այդ ծանուցումը և հարցեր տվեք, եթե ինչ-որ բան հասկանալի չէ: Կարևոր հաղորդագրությունը ձեզ տեղեկացնում է ձեր՝ որպես հիվանդանոցային հիվանդի իրավունքների մասին, որոնք ներառում են ձեր իրավունքը՝

- Հիվանդանոցում գտնվելու ժամանակ և հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո Medicare-ի ապահովագրված ծառայությունները ստանալու: Դու իրավունք ունեք իմանալու, թե ինչեն իրենցից ներկայացնում այդ ծառայությունները, ով է վճարելու դրանց համար և որտեղ դուք կարող եք դրանք ստանալ:
- Հիվանդանոցում գտնվելու տևողության վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու գործընթացում մասնակցելու:
- Հիվանդանոցում տրամադրվող բուժօգնության որակի վերաբերյալ մտահոգությունների առկայության դեպքում, դրանց վերաբերյալ զեկուցելու հաստատությունների մասին իմանալու:
- Բողոքարկում կատարելու, եթե կարծում եք, որ հիվանդանոցից ձեզ ժամանակից շուտ են դուրս գրում:
- Դուք պետք է ստորագրեք Medicare-ի ծանուցումը՝ հաստատելու, որ ստացել եք այն և հասկանում եք ձեր իրավունքները: Ծանուցման ստորագրումը **չի** նշանակում , որ դուք համաձայն եք այն դուրսգրման ամսաթվի հետ, որի մասին ձեզ հավանաբար տեղեկացվել եք ձեր բժիշկից կամ հիվանդանոցի աշխատակիցներից:

Պահպանեք ստորագրված ծանուցման ձեր օրինակը, որպեսզի միշտ ձեռքի տակ ունենաք անհրաժեշտ տեղեկությունները:

- Այդ ծանուցման օրինակի հետ նախօրոք ծանոթանալու համար կարող եք զանգել Մասնակիցների սպասարկման բաժին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Դուք կարող եք նաև

զանգահարել 1-800 MEDICARE(1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

- Կարող եք նաև կարդալ ծանուցումն առցանց՝ https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html:
- Թեթ ձեզ անհրաժեշտ է Օգնություն, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին ստորև նշված հեռախոսահամարով:

• Բաժին 7.2. 1-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթիվը փոխելու համար

Եթե ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցենք հիվանդանոցում ձեզ տրամադրվող ծառայությունների արժեքը ավելի երկար ժամանակ, ապա պետք է դիմեք համապատասխան խնդրանքով: Որակի բարելավման կազմակերպությունը կիրականացնի 1-ին Մակարդակի բողոքարկման ուսումնասիրություն՝ պարզելու, թե արդյոք ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթիվը համապատասխանում է ձեզ բժշկական տեսանկյունից: California նահանգում՝ Որակի բարելավման կազմակերպությունը անվանվում է Livanta:

Հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթիվը փոխելու պահանջ ներկայացնելու համար զանգահարեք Livanta հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (877) 588-1123, TTY՝ (855) 887-6668:

Զանգե՛ք հենց հիմա:

Զանգահարեք Որակի բարելավման կազմակերպությանը հիվանդանոցից դուրս գրվելուց **առաջ** և նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից ոչ ուշ: «Ձեր իրավունքների մասին կարևոր հաղորդագրություն Medicare-ից» ծանուցումը պարունակում է Որակի բարելավման կազմակերպության հետ կապվելու վերաբերյալ տեղեկություններ:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս կատարել 1-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթիվը փոխելու համար

Ձեր վիճակի բերաբերյալ զանգահարեք Որակի բարելավման կազմակերպություն՝ (877) 588-1123, TTY՝ (855) 887-6668 և խնդրեք «արագ վերանայում»:

Զանգահարեք հիվանդանոցից դուրս գրվելուց և նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից առաջ:

- **Եթե զանգահարեք մինչև հիվանդանոցը լքելը**, ապա իրավունք կունենաք մնալ հիվանդանոցում ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո, առանց որևէ վճարում կատարելու , և սպասել, մինչև Որակի բարելավման կազմակերպությունը որոշում կայացնի ձեր խնդրանքի վերաբերյալ:
- **Եթե չզանգահարեք բողոքարկում կատարելու նպատակով** և որոշեք մնալ հիվանդանոցում ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո, ապա ձեզնից կարող է պահանջվել վճարում կատարել ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո մատուցված բուժօգնության բոլոր ծառայությունների համար:

- **Եթե սահմանված ժամկետներում չկապվեք** Որակի բարելավում կազմակերպությունը հետ բողոքարկում ներկայացնելու նպատակով, ապա փոխարենը կարող եք ձեր բողոքարկումը ներկայացնել անմիջապես մեր պլանին: Մանրամասների համար տե՛ս Բաժին 7.4, էջ 198:
- Քանի որ հիվանդանոցում մնալը ծածկված է ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի կողմից, եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը չի լսի հիվանդանոցում մնալու մասին ձեր խնդրանքը, կամ կարծում եք, որ ձեր իրավիճակը հրատապ է, ենթադրում է անհապաղ և լուրջ սպառնալիք ձեր առողջության համար, կամ դուք ուժեղ ցավի մեջ եք, կարող եք նաև բողոք ներկայացնել կամ California-ի Կառավարվող առողջության պահպանման վարչությունից (DMHC) դիմել Անկախ բժշկական փորձաքննության համար: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես դիմել DMHC-ի անկախ բժշկական փորձաքննության համար, խնդրում ենք այցելել Բաժին 5.4, էջ 173

Մենք ցանկանում ենք համոզվել, որ դուք հասկանում եք այն, ինչ ձեզ անհրաժեշտ է, և տեղեկացված եք վերջնաժամկետների մասին:

- **Անհրաժեշտության դեպքում դիմեք օգնության:** Եթե հարցեր ունեք կամ ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք ցանկացած պահին զանգել Մասնակիցների սպասարկման բաժին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Կարող եք զանգել նաև Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի ներկայացուցիչներին (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով: Կամ դուք կարող եք զանգահարել նաև Cal MediConnect Ombuds ծրագրի ներկայացուցիչներին 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:

Ի՞նչ է իրենից ներկայացնում Որակի բարելավման կազմակերպությունը:

Այդ կազմակերպությունն իրենից ներկայացնում է բժիշկների և առողջապահության ոլորտի այլ մասնագետների խումբ, որոնք վճարվում են դաշնային կառավարության կողմից: Այս փորձագետները մեր պլանի մասնակից չեն հանդիսանում: Նրանց Medicare-ը վճարում է ստուգումներ անցկացնելու և Medicare-ի շրջանակներում մարդկանց տրամադրվող բուժօգնության որակը բարձրացնելու համար:

«Արագ վերանայման» խնդրանք

> «Անհապաղ վերանայման» **համապատասխան իրավաբանական եզրույթն** է **«անմիջական վերանայումը»**:

Դուք պետք է Որակի բարելավման կազմակերպությանը ներկայացնեք ձեր դուրսգրման ամսաթվի **«արագ վերանայման»** խնդրանք: «Արագ վերանայում» խնդրելը նշանակում է, որ դուք խնդրում եք, որպեսզի կազմակերպությունը բողոքարկումն ուսումնասիրելու համար ստանդարտ վերջնաժամկետի փոխարեն օգտագործի արագ վերջնաժամկետը:

Ի՞նչ է տեղի ունենում արագ վերանայման ժամանակ:

- Որակի բարելավման կազմակերպության մասնագետները կարող են ձեզ կամ ձեր ներկայացուցչին հարցնել, թե ինչու եք դուք կարծում, որ փոխհատուցման տրամադրումը պետք է շարունակվի նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո: Ձեզնից չէ պահանջվում

որևէ գրավոր փաստաթուղթ ներկայացնել, սակայն, ցանկության դեպքում, դուք կարող եք դա անել:

- Վերանայող մասնագետները կուսումնասիրեն ձեր բժշկական քարտերը, կխոսեն ձեր բժշկի հետ և կուսումնասիրեն հիվանդանոցում գտնվելու հետ առնչվող բոլոր տեղեկությունները:
- Եթե վերանայող մասնագետները մեզ տեղեկացնեն ձեր կողմից ներկայացված բողոքարկման մասին, ապա մինչև դրան հաջորդող օրվա կեսօրը մենք ձեզ կտրամադրենք նախատեսված դուրսգրման ամսաթիվը պարունակող նամակ: Այդ նամակում մենք կբացատրենք, թե ինչու է ձեր բժիշկը, հիվանդանոցի ղեկավարությունը և մենք կարծում, որ հիվանդանոցից դուրս գրվելու համար ընտրել ենք ճիշտ ամսաթիվ:

Այդ գրավոր բացատրության **համապատասխան իրավաբանական եզրույթն** է «**մանրամասն ծանուցում դուրսգրման վերաբերյալ**»: Նմուշը ստանալու համար խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Դուք կարող եք նաև զանգահարել 24/7 շուրջօրյա հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Ծանուցման նմուշի հետ կարող եք ծանոթանալ նաև https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html:

Եթե պատասխանը դրական է:

- Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը **դրական** պատասխան է տալիս ձեր բողոքարկմանը, ապա մենք պարտավոր ենք շարունակել հիվանդանոցային ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Եթե պատասխանը բացասական է:

- Եթե վերանայող կազմակերպությունը **բացասական** պատասխան է տալիս ձեր բողոքարկմանը, ապա նրանք կարծում են, որ ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթիվն արդարացված է բժշկական տեսանկյունից: Այդ դեպքում ձեր ներհիվանդանոցային ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումը կդադարեցվի Որակի բարելավման կազմակերպության կողմից որոշումը տրամադրելու ամսաթվին վիաջորդող օրվա կեսօրին:
- Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը տալիս է **բացասական** պատասխան, և դուք որոշում եք մնալ հիվանդանոցում, ապա դուք պետք է վճարեք ձեր հետագա հիվանդանոցային սպասարկման համար: Հիվանդանոցային սպասարկման արժեքը, որը դուք հնարավոր է վճարեք, սկսում է հաշվարկվել Որակի բարելավման կազմակերպության պատասխանը ստանալու հաջորդ օրվա կեսօրից:
- Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը մերժում է ձեր պահանջը և դուք որոշում եք մնալ հիվանդանոցում ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո, ապա դուք կարող եք 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում կատարել, ինչպես նկարագրված է հաջորդ բաժնում::

• Բաժին 7.3. 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթիվը փոխելու համար

Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը մերժել է ձեր պահանջը և դուք որոշում եք մնալ հիվանդանոցում ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո, ապա դուք կարող եք 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում կատարել: Ձեզ անհրաժեշտ կլինի կրկին կապվել Որակի բարելավման կազմակերպության հետ և կրկնակի վերանայում հայցել:

2-րդ Մակարդակի վերանայումն անհրաժեշտ է հայցել **60 օրացույցային օրվա ընթացքում՝** սկսած այն օրվանից, երբ Որակի բարելավման կազմակերպությունը **բացասական** պատասխան է տվել ձեր 1-ին Մակարդակի բողոքարկմանը: Այս վերանայումը կարող եք հայցել միայն այն դեպքում, եթե մնացել եք հիվանդանոցում բուժօգնության համար տրամադրվող փոխհատուցման դադարեցման ամսաթվից հետո:

California նահանգում՝ Որակի բարելավման կազմակերպությունը անվանվում է Livanta: Դուք կարող եք կապ հաստատել Livanta-ի հետ՝ (877) 588-1123, TTY՝ (855) 887-6668:

- Որակի բարելավման կազմակերպության մասնագետները նաև մեկ անգամ մանրակրկիտ ուսումնասիրելու են ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:
- Երկրորդ փորձաքննության ձեր հարցումը ստանալուց 14 օրացուցային օրվա ընթացքում Որակի բարելավման կազմակերպության փորձագետները կկայացնեն որոշում:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս կատարել 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթիվը փոխելու համար

Ձեր վիճակի բերաբերյալ զանգահարեք Որակի բարելավման կազմակերպություն՝ (877) 588-1123, TTY՝ (855) 887-6668 և խնդրեք նոր վերանայում:

Ինչ է տեղի ունենում, եթե պատասխանը դրական է:

- Մենք ձեզ պարտավոր կլինենք փոխհատուցել կատարված ծախսերի մեր մասնաբաժինը այն հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայությունների համար, որոնք դուք ստացել եք ձեր առաջին բողոքարկման վերաբերյալ որոշում կայացնելու ամսաթվին հաջորդող օրվա կեսորից հետո: Մենք պարտավոր ենք շարունակել ներհիվանդանոցային ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:
- Դուք պետք է շարունակեք վճարել ծախսերի ձեր մասնաբաժինը: Փոխհատուցումների նկատմամբ կարող են նաև սահմանափակումներ կիրառվել:

Ինչ է տեղի ունենում, եթե պատասխանը բացասական է:

Դա նշանակում է, որ Որակի բարելավման կազմակերպությունը համաձայն է 1-ին Մակարդակում կայացրած որոշման հետ և չի փոխելու այն: Նամակը, որը դուք ստանալու եք, կտեղեկացնի ձեզ հետագա քայլերի մասին, որոնք պետք է ձեռնարկեք, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը:

Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը մերժի ձեր 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումը, ապա ձեզնից կարող է պահանջվել վճարում կատարել ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո հիվանդանոցում գտնվելու հետ կապված բոլոր ծախսերի համար:

Դուք կարող եք նաև դիմել DMHC-ին անկախ բժշկական փորձաքննություն վարելու համար՝ հիվանդանոցում մնալ շարունակելու խնդրանքով: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես դիմել DMHC-ի անկախ բժշկական փորձաքննության համար, խնդրում ենք այցելել Բաժին 5.4, էջ 173:

• Բաժին 7.4. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե ես չներկայացնեմ բողոքարկումը մինչև սահմանված վերջնաժամկետի ավարտը

Եթե չհասցնեք ներկայացնել բողոքարկումը մինչև սահմանված վերջնաժամկետի ավարտը, ապա գոյություն ունի 1-ին և 2-րդ Մակարդակների բողոքարկումներ կատարելու մեկ այլ ճանապարհ, որը կոչվում է «Այլընտրանքային բողոքարկում»: Սակայն այդ բողոքարկման եղանակի առաջին երկու մակարդակները տարբերվում են:

1-ին Մակարդակի այլընտրանքային բողոքարկում՝ հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթիվը փոխելու համար

Եթե չհասցնեք կապվել Որակի բարելավման կազմակերպության հետ մինչև սահմանված վերջնաժամկետի ավարտը, ապա կարող եք բողոքարկումը ներկայացնել մեզ և «արագ վերանայում» հայցել: Արագ վերանայումը բողոքարկման տեսակ է, որը ստանդարտ վերջնաժամկետի փոխարեն օգտագործում է արագ վերջնաժամկետը:

- Այս վերանայման ընթացքում մենք ուսումնասիրում ենք հիվանդանոցում ձեր գտնվելու հետ կապված ամբողջ տեղեկատվությունը: Մենք ստուգում ենք, թե արդյոք ձեր հիվանդանոցից դուրսգրման ամսաթվի վերաբերյալ որոշումը եղել է արդար և համապատասխանել է բոլոր կանոններին:
- Այդ վերանայման պատասխանը ձեզ տրամադրելու համար մենք ստանդարտ վերջնաժամկետի փոխարեն կօգտագործենք արագ վերջնաժամկետը: Սա նշանակումէ, որ մենք ձեզ կտրամադրենք մեր որոշումը «արագ վերանայում» պահանջելուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս կարող եմ 1-րդ Մակարդակի Այլընտրանքային Բողոքարկում կատարել

Զանգահարեք մեր Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով և ձեր հիվանդանոցից դուրսգրման ամսաթվի «արագ վերանայում» պահանջեք:

Մենք ձեզ կտրամադրենք մեր որոշումը 72 ժամվա ընթացքում:

- **Արագ վերանայման արդյունքում դրական պատասխան** տալը նշանակում է մեր համաձայնությունն այն բանի հետ, որ ձեզ անհրաժեշտ է մնալ հիվանդանոցում նշանակված դուրսգրման ամսաթվից հետո: Մենք կշարունակենք հիվանդանոցային ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

- Դա նաև նշանակում է, որ մենք համաձայն ենք ձեզ փոխհատուցելու ծախսերի մեր մասնաբաժինը բուժօգնության այն ծառայությունների համար, որոնք ձեզ մատուցվել են փոխհատուցման տրամադրումը դադարեցնելու մասին ձեզ տեղեկացնելու ամսաթվից հետո:
- **Արագ վերանայման արդյունքում բացասական պատասխան** տալը նշանակում է, որ մեր կարծիքով ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթիվն արդարացված է բժշկական տեսանկյունից: Ձեր ներհիվանդանոցային ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումը կավարտվի փոխհատուցման տրամադրումը դադարեցնելու մասին ձեզ տեղեկացնելու ամսաթվին:
  - Եթե դուք մնացել եք հիվանդանոցում ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո, ապա **ձեզնից կարող է պահանջվել վճարում կատարել ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո ստացված** հիվանդանոցի հետ կապված բոլոր ծախսերի համար :
- Մենք ձեր բողոքարկումը կուղարկենք «Վերանայման անկախ մարմնին»՝ համոզվելու, որ ձեր արագ բողոքարկմանը **բացասական** պատասխան տալու ժամանակ մենք հետևել ենք բոլոր կանոններին: Դա նշանակում է, որ ձեր գործն ինքնաբերաբար ուղարկվում է բողոքարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ:

«Արագ բողոքարկման» կամ «Արագ վերանայման» **համապատասխան իրավաբանական տերմինն** է «**արագացրած բողոքարկումը**»:

2-ին Մակարդակի այլընտրանքային բողոքարկում՝ հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթիվը փոխելու համար

Ձեր 2-րդ Մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ տեղեկատվությունը մենք կուղարկենք Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին (Independent Review Entity, IRE) 1-ին Մակարդակի որոշումը տրամադրելուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Եթե, ձեր կարծիքով, մենք չենք պահպանում այս կամ այլ վերջնաժամկետները, ապա դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: Բողոք ներկայացնելու կարգը նկարագրված է այս գլխի 10-րդ Բաժնի, էջ 209-ում:

2-րդ Մակարդակի բողոքարկման ժամանակ IRE-ն ուսումնասիրում է այն որոշումը, որը մենք կայացրել ենք, երբ ձեր «արագ վերանայման» դիմումին **բացասական** պատասխան են տվել: Այդ կազմակերպությունը որոշում է, անհրաժեշտ է, արդյոք, փոխել մեր կողմից կայացրած որոշումը:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս կարող եմ 2-րդ Մակարդակի Այլընտրանքային Բողոքարկում կատարել

Ձեզ ոչինչ անել անհրաժեշտ չէ: Պլանն ինքնաբերաբար կուղարկի ձեր բողոքարկումը Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին:

- IRE-ն կիրականացնի ձեր բողոքարկման «արագ վերանայում»: Սովորաբար վերահսկիչները պատասխանը տրամադրում են 72 ժամվա ընթացքում:
- IRE-ն անկախ կազմակերպություն է, որի ծառայությունները վարձակալվում են Medicare-ի կողմից: Կազմակերպությունը որևէ առնչություն չունի մեր պլանի հետ և կառավարական գործակալություն չի հանդիսանում:

- IRE-ի մասնագետները մանրակրկիտ ուսումնասիրելու են հիվանդանոցից դուրս գրվելու վերաբերյալ ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:
- Եթե IRE-ն **դրական** պատասխան տա ձեր բողոքարկմանը, ապա մենք պարտավոր կլինենք ձեզ փոխհատուցել ծախսերի մեր մասնաբաժինը այն բուժօգնության համար, որը դուք հիվանդանոցում ստացել եք ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո: Մենք պարտավոր կլինի նաև շարունակել ներհիվանդանոցային ծառայությունների համար մեր մասնաբաժնի տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:
- Եթե IRE-ն **բացասական** պատասխան է տալիս ձեր բողոքարկմանը, ապա նրանք համաձայն են մեզ հետ, որ ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթիվն արդարացված էր բժշկական տեսանկյունից:
- Նամակը, որը դուք ստանալու եք IRE-ից, կտեղեկացնի ձեզ հետագա քայլերի մասին, որոնք պետք է ձեռնարկեք, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը: Այն կպարունակի տեղեկություններ Բողոքարկման 3-րդ Մակարդակին անցնելու վերաբերյալ, որն իրականացվում է դատավորի կողմից:

Դուք կարող եք նաև դիմել DMHC-ին անկախ բժշկական փորձաքննություն վարելու համար՝ հիվանդանոցում մնալ շարունակելու խնդրանքով: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես դիմել DMHC-ի անկախ բժշկական փորձաքննության համար, խնդրում ենք այցելել Բաժին 5.4, էջ 173: Ի լրումն կամ ի փոխարեն բողոքարկման Մակարդակ 3-ի, դուք կարող եք դիմել Անկախ բժշկական փորձաքննություն ստանալու համար:

Բաժին 8. Ի՞նչ անել, եթե դուք կարծում եք, որ տնային պայմաններում ձեր բուժսպասարկման, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները շատ վաղ են ավարտվում

Այս բաժինը վերաբերում է միայն բուժսպասարկման հետևյալ տեսակներին՝

- Առողջապահական ծառայություններ տնային պայմաններում.
- Որակավորված բուժքույրական խնամք՝ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատություններում:
- Վերականգնողական բուժսպասարկում, որը դուք, որպես ամբուլատոր հիվանդ, ստանում եք Medicare-ի կողմից հաստատված բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատությունում (CORF): Սովորաբար դա նշանակում է, որ դուք որևէ հիվանդության կամ վնասվածքի բուժում եք ստանում կամ վերականգնվում եք ծանր վիրահատությունից հետո:
    - Բուժսպասարկման նշված երեք տեսակների համար դուք իրավունք ունեք ապահովագրված ծառայություններ ստանալ այնքան ժամանակ, որքան, ձեր բժշկի կարծիքով, ձեզ դա անհրաժեշտ է:

- Եթե մենք որոշենք դադարեցնել այդ բուժսպասարկման տեսակներից որևէ մեկի համար փոխհատուցման տրամադրումը, ապա պետք է տեղեկացնենք ձեզ դրա մասին մինչև ձեր ծառայությունների տրամադրման ավարտը: Երբ բուժսպասարկման որևէ տեսակի ապահովագրական ծածկույթն ավարտվում է, մենք դադարեցնում ենք դրանց համար վճարումներ կատարելը:

Եթե դուք կարծում եք, որ բուժսպասարկման ապահովագրական ծածկույթն ավարտվում է շատ վաղ, **ապա կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը**: Այս բաժինը նկարագրում է, թե ինչպես բողոքարկում կատարել:

• Բաժին 8.1. Մենք ձեզ նախօրոք կտեղեկացնենք ապահովագրական ծածկույթի ավարտի ամսաթվի մասին

- Առնվազն երկու օր առաջ մինչև ձեր բուժսպասարկման համար վճարումը դադարեցնելը՝ դուք կստանաք այդ մասին ծանուցում: Սա կոչվում է «Ծանուցում Medicare-ի ծածկույթից դուրս ծառայությունների վերաբերյալ»:
- Գրավոր ծանուցումը կտեղեկացնի ձեզ այն ամսաթվի մասին, երբ մենք կավարտենք ձեր բուժսպասարկման ապահովագրական ծածկույթը:
- Գրավոր ծանուցումը ձեզ կտեղեկացնի նաև այդ որոշումը բողոքարկելու կարգի մասին:

Դուք կամ ձեր ներկայացուցիչը պետք է ստորագրեք գրավոր ծանուցումը՝ հաստատելու, որ դուք այն ստացել եք: Այն ստորագրելը **չի** նշանակում, որ դուք համաձայն եք պլանի հետ, որ արդեն ժամանակն է դադարեցնել բուժօգնության ստացումը:

- Երբ ապահովագրական ծածկույթն ավարտվում է, մենք դադարեցնում ենք ձեր բուժսպասարկման համար վճարումներ կատարելը:

• Բաժին 8.2. 1-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ բուժսպասարկումը շարունակելու համար

Եթե դուք կարծում եք, որ բուժսպասարկման ապահովագրական ծածկույթն ավարտվում է շատ վաղ, ապա կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժինը նկարագրում է, թե ինչպես բողոքարկում կատարել:

Ձեր բողոքարկման գործընթացը սկսելուց առաջ հասկացեք, թե ձեզ ինչ է անհրաժեշտ, և տեղեկացեք վերջնաժամկետների մասին:

- **Պահպանեք վերջնաժամկետները:** Վերջնաժամկետները շատ կարևոր են: Համոզվեք, որ դուք տեղեկացված եք ձեր կողմից կատարվելիք գործողությունների վերջնաժամկետների մասին և հետևում եք դրանց: Կան նաև վերջնաժամկետներ, որոնք պետք է պահպանվեն մեր պլանի կողմից: (Եթե, ձեր կարծիքով, մենք չենք պահպանում մեր վերջնաժամկետները, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել: Բողոք ներկայացնելու կարգը նկարագրված է այս գլխի 10-րդ Բաժնի, էջ 209-ում:)

- **Անհրաժեշտության դեպքում դիմեք օգնության:** Եթե հարցեր ունեք կամ ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք ցանկացած պահին զանգել Մասնակիցների սպասարկման բաժին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Կամ զանգահարեք ձեր State Health Insurance Assistance Program-ի ներկայացուցիչներին՝ (800) 434-0222 հեռախոսահամարով:

1-ին Մակարդակի բողոքարկման փուլում Որակի բարելավման կազմակերպությունը ուսումնասիրելու է ձեր բողոքարկումը և որոշում է կայացնելու մեր որոշումը փոխելու կամ անփոփոխ թողնելու վերաբերյալ: California նահանգում՝ Որակի բարելավման կազմակերպությունը անվանվում է Livanta: Դուք կարող եք կապ հաստատել Livanta-ի հետ՝ (877) 588-1123; TTY՝ (855) 887-6668: Որակի բարելավման կազմակերպությանը բողոքարկելու մասին տեղեկությունը կարող եք նաև գտնել «Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթի ավարտի մասին ծանուցման» մեջ: Սա այն ծանուցումն է, որով մենք ձեզ տեղեկացնում ենք առ այն, որ պետք է դադարեցնենք ձեր խնամքի փոխհատուցումը:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս կատարել 1-ին Մակարդակի բողոքարկում՝ պահանջելով, որպեսզի պլանը շարունակի ձեր բուժսպասարկումը

Ձեր վիճակի բերաբերյալ զանգահարեք Որակի բարելավման կազմակերպություն՝ (877) 588-1123; TTY՝ (855) 887-6668 և խնդրեք «արագընթաց վերանայում»:

Զանգահարեք ձեր բուժսպասարկումն ապահովող գործակալությունը կամ հաստատությունը լքելուց առաջ, ինչպես նաև ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից առաջ:

Ի՞նչ է իրենից ներկայացնում Որակի բարելավման կազմակերպությունը:

Այդ կազմակերպությունն իրենից ներկայացնում է բժիշկների և առողջապահության ոլորտի այլ մասնագետների խումբ, որոնք վճարվում են դաշնային կառավարության կողմից: Այս փորձագետները մեր պլանի մասնակից չեն հանդիսանում: Նրանց Medicare-ը վճարում է ստուգումներ անցկացնելու և Medicare-ի շրջանակներում մարդկանց տրամադրվող բուժօգնության որակը բարձրացնելու համար:

Ի՞նչ է հարկավոր խնդրել նրանցից

Խնդրեք նրանց «արագացված բողոքարկման» համար: Սա անկախ ուսումնասիրություն է, բժշկական տեսանկյունից ձեր ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումը դադարեցնելու վերաբերյալ մեր որոշումը:

Ո՞րն է այդ կազմակերպության հետ կապվելու վերջնաժամկետը

- Դուք պետք է կապվեք Որակի բարելավման կազմակերպության հետ ոչ ուշ, քան այն ամսաթվին հաջորդող օրվա կեսօրը, երբ դուք ստացել եք ձեր բուժօգնության համար փոխհատուցման տրամադրումը դադարեցնելու ամսաթվի մասին մեր գրավոր ծանուցում:
- Եթե սահմանված ժամկետներում չկապվեք Որակի բարելավման կազմակերպության հետ բողոքարկում ներկայացնելու նպատակով, ապա փոխարենը կարող եք ձեր բողոքարկումը ներկայացնել անմիջապես մեզ: Բողոքարկում կատարելու այդ այլընտրանքային եղանակի մասին տեղեկություններ կարող եք ստանալ 8.4 Բաժնի էջ 206-ում:

- Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը չլսի ձեր խնդրանքը՝ շարունակելու ձեր առողջապահական ծառայությունները փոխհատուցելը, կամ կարծում եք, որ ձեր իրավիճակը հրատապ է, կամ ենթադրում է անհապաղ և լուրջ սպառնալիք ձեր առողջության համար, կամ եթե դուք ուժեղ ցավ եք զգում, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել և California-ի Կառավարվող առողջության պահպանման վարչությունից (DMHC) Անկախ բժշկական փորձաքննություն խնդրել: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես դիմել DMHC՝ անկախ բժշկական փորձաքննություն վարելու համար, խնդրում ենք այցելել Բաժին 5.4, էջ 173:

Գրավոր ծանուցման **իրավական տերմինը** հանդիսանում է **Medicare-ի չհատուցման մասին ծանուցումը:** Օրինակ ստանալու համար զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով կամ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Կամ օրինակն, առցանց տե՛ս՝ https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html:

Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես դիմել DMHC-ին՝ անկախ բժշկական փորձաքննություն վաելու համար, խնդրում ենք այցելել Բաժին 5.4, էջ 173:

Ի՞նչ է տեղի ունենում Որակի բարելավման կազմակերպության կողմից վերանայում անցկացնելու ընթաքցում

- Որակի բարելավման կազմակերպության մասնագետները կարող են ձեզ կամ ձեր ներկայացուցչին հարցնել, թե ինչու եք դուք կարծում, որ ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումը պետք է շարունակվի: Ձեզնից չէ պահանջվում որևէ գրավոր փաստաթուղթ ներկայացնել, սակայն, ցանկության դեպքում, դուք կարող եք դա անել:
- Երբ դուք բողոքարկում եք ներկայացնում, պլանը պետք է նամակ ուղարկի ձեզ և Որակի բարելավման կազմակերպությանը՝ բացատրելով ձեր ծառայությունները դադարեցնելու պատճառները:
- Վերանայողները ուսումնասիրելու են նաև ձեր բժշկական քարտերը, զրուցելու են ձեր բժշկի հետ, ինչպես նաև ուսումնասիրելու են մեր պլանի կողմից տրամադրված տեղեկատվությունը:
- **Անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները ստանալուց հետո վերանայողները մեկ օրացույցային օրվա ընթացքում կտրամադրեն ձեզ իրենց որոշումը:** Դուք կստանաք այդ որոշման պատճառները բացատրող նամակ:

Ձեր ծառայությունների **դադարեցման պատճառները** բացատրող նամակի **համապատասխան իրավաբանական տերմինն** է «**Ապահովագրական ծածկույթի դադարեցման** մանրամասն բացատրությունը»:

Ի՞նչ է տեղի ունենում, եթե վերանայողների պատասխանը դրական է:

- Եթե վերանայողները **դրական** պատասխան են տալիս ձեր բողոքարկմանը, ապա մենք պարտավոր ենք շարունակել ապահովագրված ծառայությունների տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Ի՞նչ է տեղի ունենում, եթե վերանայողների պատասխանը բացասական է:

- Եթե վերանայողները **բացասական** պատասխան տան ձեր բողոքարկմանը, ապա ձեր ապահովագրական ծածկույթը կավարտվի այն օրը, որի մասին մենք ձեզ տեղեկացրել ենք: Մենք կդադարեցնենք այս բուժսպասարկման համար ծախսերի մեր մասնաբաժնի վճարումը:
- Եթե որոշեք շարունակել տնային պայմաններում բուժսպասարկման, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության բուժսպասարկման կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները ստանալ ձեր ապահովագրության ավարտից *հետո*, ապա պարտավոր կլինեք ինքնուրույն վճարել նման ծառայությունների ամբողջ արժեքը:

• Բաժին 8.3. 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ բուժսպասարկումը շարունակելու համար

Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը **բացասական**պատասխան տա ձեր բողոքարկմանը **և** դուք որոշեք շարունակել բուժսպասարկման ծառայությունների ստացումը դրանց ապահովագրական ծածկույթի ժամկետի ավարտից հետո, ապա դուք կարող եք 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել:

2-Րդ Մակարդակի բողոքարկման գործընթացի ընթացքում կարող եք խնդրել, որպեսզի Որակի բարելավման կազմակերպությունը ևս մեկ անգամ պետք է ուսումնասիրի 1-ին Մակարդակի վրա կայացված որոշումը: Եթե նրանք համաձայնվեն 1-ին Մակարդակի վրա կայացված որոշման հետ, ապա դուք կարող եք պարտավոր լինել վճարել տնային պայմաններում բուժսպասարկման, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության բուժսպասարկման կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունների ամբողջ արժեքը այն ամսաթվից սկսած, երբ մենք ձեզ տեղեկացրել ենք ձեր ապահովագրության ավարտի մասին:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս կատարել 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ պահանջելով, որպեսզի պլանը շարունակի ձեր բուժսպասարկման համար տրամադրել փոխհատուցում

Ձեր վիճակի բերաբերյալ զանգահարեք Որակի բարելավման կազմակերպություն՝ (877) 588-1123; TTY՝ (855) 887-6668 և խնդրեք նոր վերանայում:

Զանգահարեք ձեր բուժսպասարկումն ապահովող գործակալությունը կամ հաստատությունը լքելուց առաջ, ինչպես նաև ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից առաջ:

California նահանգում՝ Որակի բարելավման կազմակերպությունը անվանվում է Livanta: Դուք կարող եք կապ հաստատել Livanta-ի հետ՝ (877) 588-1123, TTY՝ (855) 887-6668: 2-րդ Մակարդակի վերանայումն անհրաժեշտ է հայցել **60 օրացույցային օրվա ընթացքում**՝ սկսած այն օրվանից, երբ Որակի բարելավման կազմակերպությունը **բացասական** պատասխան է տվել ձեր 1-ին Մակարդակի բողոքարկմանը: Այս վերանայումը կարող եք հայցել միայն այն դեպքում, եթե շարունակել եք բուժսպասարկման ծառայությունների ստացումը դրանց ապահովագրական ծածկույթի ժամկետի ավարտից հետո:

- Որակի բարելավման կազմակերպության մասնագետները ևս մեկ անգամ մանրակրկիտ ուսումնասիրելու են ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:
- Որակի բարելավման կազմակերպությունը իր որոշումը կայացնելու է ձեր բողոքարկման հայցը ստանալուց 14 օրացույցային օրվա ընթացքում:

Ի՞նչ է տեղի ունենում, եթե վերանայող կազմակերպության պատասխանը դրական է:

- Մենք պարտավոր կլինենք ձեզ փոխհատուցելծախսերի մեր մասնաբաժինը բուժսպասարկման այն ծառայությունների համար, որոնք ձեզ մատուցվել են փոխհատուցման տրամադրումը դադարեցնելու մասին ձեզ տեղեկացնելու ամսաթվից հետո: Մենք պարտավոր կլինենք շարունակել բուժսպասարկման ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Ի՞նչ է տեղի ունենում, եթե վերանայող կազմակերպության պատասխանը բացասական է:

- Դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են 1-ին Մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ կայացրած որոշման հետ և այն չեն փոխելու:
- Նամակը, որը դուք ստանալու եք, կտեղեկացնի ձեզ հետագա քայլերի մասին, որոնք պետք է ձեռնարկեք, եթե ցանկանում եք շարունակել վերանայման գործընթացը: Այն կպարունակի տեղեկություններ Բողոքարկման 3-րդ Մակարդակին անցնելու վերաբերյալ, որն իրականացվում է դատավորի կողմից:
- Կարող եք բողոք ներկայացնել և DMHC-ից խնդրել անկախ բժշկական փորձաքննություն ձեր առողջապահական ծառայությունների փոխհատուցումը շարունակելու համար: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես դիմել DMHC-ին Անկախ բժշկական փորձաքննության համար, խնդրում ենք այցելել Բաժին 5.4, էջ 173: Ի լրումն կամ ի փոխարեն բողոքարկման Մակարդակ 3-ի, դուք կարող եք դիմել DMHC-ին Անկախ բժշկական փորձաքննություն ստանալու համար:

• Բաժին 8.4. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե դուք չպահպանեք 1-ին Մակարդակի բողոքարկում կատարելու վերջնաժամկետը

Եթե չհասցնեք ներկայացնել բողոքարկումը մինչև սահմանված վերջնաժամկետի ավարտը, ապա գոյություն ունի 1-ին և 2-րդ Մակարդակների բողոքարկումներ կատարելու մեկ այլ ճանապարհ, որը կոչվում է «Այլընտրանքային բողոքարկում»: Սակայն այդ բողոքարկման եղանակի առաջին երկու մակարդակները տարբերվում են:

1-րդ Մակարդակի Այլընտրանքային բողոքարկում՝ բուժսպասարկումը ևս որոշ ժամանակ շարունակելու համար

Եթե չհասցնեք կապվել Որակի բարելավման կազմակերպության հետ մինչև սահմանված վերջնաժամկետի ավարտը, ապա կարող եք բողոքարկումը ներկայացնել մեզ և «արագ վերանայում» հայցել: Արագ վերանայումը բողոքարկման տեսակ է, որը ստանդարտ վերջնաժամկետի փոխարեն օգտագործում է արագ վերջնաժամկետը:

- Այս վերանայման ընթացքում, մենք դիտում ենք ամբողջ տեղեկությունը՝ տնային պայմաններում բուժօգնությանը, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում ստացած խնամքը, կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատությունում (CORF) ստացած բուժօգնությունը: Մենք ստուգում ենք, թե արդյոք ձեր ծառայությունների դադարեցման ժամկետի վերաբերյալ որոշումը եղել է արդար և համապատասխանել է բոլոր կանոններին:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս կարող եմ 1-րդ Մակարդակի Այլընտրանքային Բողոքարկում կատարել

Զանգահարեք մեր Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով և «արագ վերանայում» պահանջեք:

Մենք ձեզ կտրամադրենք մեր որոշումը 72 ժամվա ընթացքում:

- Այդ վերանայման պատասխանը ձեզ տրամադրելու համար մենք ստանդարտ վերջնաժամկետի փոխարեն կօգտագործենք արագ վերջնաժամկետը: Մենք ձեզ կտրամադրենք մեր որոշումը «արագ վերանայում» պահանջելուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Արագ վերանայման արդյունքում **դրական պատասխան տալը նշանակում է**, որ մենք համաձայն ենք շարունակել ձեր ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դա անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից:
- Դա նաև նշանակում է, որ մենք համաձայն ենք ձեզ փոխհատուցելու ծախսերի մեր մասնաբաժինը բուժօգնության այն ծառայությունների համար, որոնք ձեզ մատուցվել են փոխհատուցման տրամադրումը դադարեցնելու մասին ձեզ տեղեկացնելու ամսաթվից հետո:
- Արագ վերանայման արդյունքում **բացասական պատասխան տալը նշանակում է**, որ մեր կարծիքով ձեր ծառայությունների մատուցման դադարեցումը արդարացված էր բժշկական տեսանկյունից: Ապահովագրական ծածկույթը դադարեցվելու է այն օրվանից, երբ մենք ձեզ տեղեկացրել ենք դրա դադարեցման մասին:

Եթե դուք շարունակեք ծառայությունների ստացումը այն օրվանից հետո, երբ մենք ձեզ տեղեկացրել ենք դրանց դադարեցման մասին, ապա **ձեզ կարող է հարկավոր լինել վճարել այդ ծառայությունների ամբողջ արժեքը**:

> «Արագ բողոքարկման» կամ «Արագ վերանայման» **համապատասխան իրավաբանական տերմինն** է **«արագացրած բողոքարկումը»**:

Մենք ձեր բողոքարկումը կուղարկենք «Վերանայման անկախ մարմնին»՝ համոզվելու, որ ձեր արագ բողոքարկմանը **բացասական** պատասխան տալու ժամանակ մենք հետևել ենք բոլոր կանոններին: Դա նշանակում է, որ ձեր գործն ինքնաբերաբար ուղարկվում է բողոքարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ:

2-րդ Մակարդակի Այլընտրանքային բողոքարկում՝ բուժսպասարկումը ևս որոշ ժամանակ շարունակելու համար

Ձեր 2-րդ Մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ տեղեկատվությունը մենք կուղարկենք Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին (Independent Review Entity, IRE) 1-ին Մակարդակի որոշումը տրամադրելուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Եթե, ձեր կարծիքով, մենք չենք պահպանում այս կամ այլ վերջնաժամկետները, ապա դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: Բողոք ներկայացնելու կարգը նկարագրված է այս գլխի 10-րդ Բաժնի, էջ 209-ում:

2-րդ Մակարդակի բողոքարկման ժամանակ IRE-ն ուսումնասիրում է այն որոշումը, որը մենք կայացրել ենք, երբ ձեր «արագ վերանայման» դիմումին **բացասական** պատասխան են տվել: Այդ կազմակերպությունը որոշում է, անհրաժեշտ է, արդյոք, փոխել մեր կողմից կայացրած որոշումը:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս կատարել 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում՝ պահանջելով, որպեսզի պլանը շարունակի ձեր բուժսպասարկման ծառայությունների տրամադրումը

Ձեզ ոչինչ անել անհրաժեշտ չէ: Պլանն ինքնաբերաբար կուղարկի ձեր բողոքարկումը Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին:

- IRE-ն կիրականացնի ձեր բողոքարկման «արագ վերանայում»: Սովորաբար վերահսկիչները պատասխանը տրամադրում են 72 ժամվա ընթացքում:
- IRE-ն անկախ կազմակերպություն է, որի ծառայությունները վարձակալվում են Medicare-ի կողմից: Կազմակերպությունը որևէ առնչություն չունի մեր պլանի հետ և կառավարական գործակալություն չի հանդիսանում:
- IRE-ի մասնագետները մանրակրկիտ ուսումնասիրելու են ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:
- **Եթե IRE-ն տալիս է դրական** պատասխան ձեր բողոքարկմանը,ապա մենք պարտավոր կլինենք ձեզ փոխհատուցել բուժսպասարկման արժեքի մեր մասնաբաժինը: Մենք նաև պարտավոր կլինենք շարունակել պլանի շրջանակներում ձեր ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դա անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից:

- **Եթե IRE-ն մերժում է** ձեր բողոքը, ապա նրանք համաձայն են մեզ հետ, որ ծառայությունների ապահովագրական ծածկույթի դադարեցումը արդարացված էր բժշկական տեսանկյունից:

Նամակը, որը դուք ստանալու եք IRE-ից, կտեղեկացնի ձեզ հետագա քայլերի մասին, որոնք պետք է ձեռնարկեք, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը: Այն կպարունակի տեղեկություններ Բողոքարկման 3-րդ Մակարդակին անցնելու վերաբերյալ, որն իրականացվում է դատավորի կողմից:

Կարող եք բողոք ներկայացնել և DMHC-ից խնդրել անկախ բժշկական փորձաքննություն ձեր առողջապահական ծառայությունների փոխհատուցումը շարունակելու համար: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես դիմել DMHC՝ անկախ բժշկական փորձաքննություն վարելու համար, խնդրում ենք այցելել Բաժին 5.4, էջ 173: Դուք կարող եք դիմել Անկախ բժշկական փորձաքննություն ստանալու համար: Ի լրումն կամ ի փոխարեն բողոքարկման Մակարդակ 3-ի, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել և դիմել Անկախ բժշկական փորձաքննություն ստանալու համար:

Բաժին 9. Բողոքարկման գործընթացի շարունակումը 2-րդ Մակարդակից հետո

- **Բաժին 9.1. Հաջորդ քայլերը Medicare ծառայությունների և պարագաների համար**

Եթե դուք ներկայացրել եք Medicare-ի ծառայություններին կամ պարագաներին վերաբերող 1-ին և 2-րդ Մակարդակի բողոքարկումներ և երկու բողոքարկումներն էլ մերժվել են, ապա դուք կարող եք լրացուցիչ մակարդակների բողոքարկում ներկայացնելու իրավունք ունենալ: Նամակը, որը դուք ստանալու եք Վերանայման անկախ մարմնից, կտեղեկացնի հետագա քայլերի մասին, որոնք դուք պետք է ձեռնարկեք, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը:

Բողոքարկման գործընթացի 3-րդ Մակարդակն իրականացվում է Վարչական գործերով դատավորի (ALJ) լսումների միջոցով: Անձը, ով որոշում է կայացնում բողոքների 3-րդ մակարդակում, դա ALJ-ն է կամ փաստաբան դատավորը: Եթե ցանկանում եք, որպեսզի ALJ-ն կամ փաստաբան դատավորը վերանայեն ձեր գործը, ապա անհրաժեշտ է, որպեսզի ձեր կողմից հայցվող պարագայի կամ բուժսպասարկման ծառայության դոլարով արտահայտված արժեքը սահմանված նվազագույն գումարից բարձր լինի: Եթե դոլարով արտահայտված արժեքը նվազագույն գումարից ցածր է, ապա դուք այլևս չեք կարողանա բողոքարկումներ կատարել: Եթե դոլարով արտահայտված արժեքը բավականաչափ բարձր է, ապա դուք կարող եք ձեր բողոքարկման ALJ-ի կամ դատավորը փաստաբանի կողմից լսում պահանջել:

ALJ-ի կամ դատավորը փաստաբանի որոշման հետ համաձայն չլինելու դեպքում դուք կարող եք դիմել Medicare-ի Բողոքարկումների Խորհրդին: Դրանից հետո դուք կարող եք դաշնային դատարանի կողմից գործի ուսումնասիրություն պահանջելու իրավունք ունենալ:

Եթե ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն բողոքարկման գործընթացի ցանկացած փուլում, դուք կարող եք կապվել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի ներկայացուցիչների հետ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:

• Բաժին 9.2. Հաջորդ քայլերը Medi-Cal ծառայությունների և պարագաների համար

Դուք բողոքարկումներ կատարելու ավելի շատ իրավունքներ ունեք, եթե ձեր բողոքարկումը վերաբերում է այնպիսի ծառայություններին կամ պարագաներին, որոնք կարող եք ընդգրկված լինել Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում: Եթե դուք համաձայն չեք նահանգային լսում որոշման հետ և ցանկանում եք, որպեսզի այս որոշումը վերանայվի մեկ այլ դատավորի կողմից, ապա կարող եք կրկնակի լսում և/կամ դատական վերանայում պահանջել:

Կրկնակի լսում պահանջելու համար գրավոր դիմում (նամակ) ներկայացրեք հետևյալ հասցեով՝
The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Այս նամակը պետք է ուղարկվի 30 օրվա ընթացքում, ձեր որոշումը ստանալուց հետո: Այս վերջնաժամկետը կարող է երկարաձգվել մինչև 180 օր, եթե ուշացնելու համար լավ պատճառ ունեք:

Կրկնակի լսում կազմակերպելու ձեր դիմումի մեջ նշեք ձեր որոշումը ստանալու ամսաթիվը և հիմնավորեք կրկնակի լսում անցկացնելու անհրաժեշտությունը: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է լրացուցիչ ապացույց ներկայացնել, ապա նկարագրեք այդ լրացուցիչ ապացույցը և բացատրեք, թե ինչու այն չի ներկայացվել ավելի վաղ, և ինչ ազդեցություն այն կարող է ունենալ որոշման վրա: Կարող եք դիմել Իրավաբանական Ծառայություններին և օգնություն խնդրել:

Դատական քննություն պահանջելու համար դուք պետք է խնդրագիր ներկայացնեք Գերագույն դատարանին (Քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի 1094.5 Բաժնի ներքո) որոշումը ստանալուց հետո մեկ տարվա ընթացքում: Գերագույն դատարանին խնդրագիր ներկայացրեք ձեր որոշման մեջ նշված շրջանի համար: Կարող եք ներկայացնել այս խնդրագիրը առանց կրկնակի լսում պահանջելու: Խնդրագիր ներկայացնելու համար վճարներ չեն գանձվում: Եթե Դատարանը վերջնական որոշումը ձեր օգտին կայացնի, ապա դուք կարող եք փաստաբանի խելամիտ վճարների ու ծախսերի համար փոխհատուցում ստանալու իրավունք ունենալ:

Կրկնակի լսում անցկացնելու դեպքում, եթե դուք համաձայն չեք դրա արդյունքում կայացրած որոշման հետ, ապա կարող եք հայցել դատական քննություն, սակայն չունեք ևս մեկ լսում պահանջելու իրավունք:

Բաժին 10. Ինչպե՞ս ներկայացնել բողոք

Ի՞նչ տեսակի խնդիրների համար է կարելի բողոք ներկայացնել

Բողոք ներկայացնելու գործընթացն օգտագործվում է միայն որոշ տեսակի խնդիրների համար, ինչպիսիք են բուժսպասարկման որակի, սպասելու ժամանակի և Մասնակիցների սպասարկման հետ կապված խնդիրները: Ստորև, որպես օրինակ, բերված են խնդիրների որոշ տեսակներ, որոնք լուծվում են բողոքների ներկայացման գործընթացի միջոցով:

Որակի հետ կապված բողոքներ

- Դուք դժգոհ եք բուժսպասարկման (օրինակ՝ հիվանդանոցում ձեր տրամադրված բուժօգնության) որակից:

Գաղտնիության հետ կապված բողոքներ

- Դուք կարծում եք, որ ինչ-որ մեկը խախտել է ձեր գաղտնիության իրավունքը կամ այլ անձանց է տրամադրել ձեր մասին գաղտնի տեղեկությունները:

Մասնակիցների սպասարկման ցածր որակի հետ կապված բողոքներ

- Բուժօգնության մատակարարը կամ բուժհաստատության անձնակազմը կոպիտ կամ անհարգալից վերաբերմունք է ցուցադրել ձեր անձի նկատմամբ:
- Molina Dual Options-ի աշխատակիցները վատ վերաբերմունք են ցուցաբերել ձեր անձի նկատմամբ:
- Դուք կարծում եք, որ ձեզ դուրս են մղում պլանից:

Համառոտ ակնարկ՝ Ինչպե՞ս ներկայացնել բողոք

Դուք կարող եք ներկայացնել ձեր բողոքը ներքին կարգով՝ մեր պլանին, և/կամ արտաքին կարգով՝ կազմակերպության, որը կապված չէ մեր պլանի հետ:

Ներքին բողոքի համար, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին կամ գրեք մեզ նամակ:

Գոյություն ունեն տարատեսակ կազմակերպություններ, որոնք զբաղվում են արտաքին բողոքներով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, կարդացեք Բաժին 10.2, էջ 213:

Բողոքներ և մատչելիություն

- Բժշկի կամ մատակարարի գրասենյակում առողջապահական ծառայությունների և բուժսպասարկման պարագաների ֆիզիկական հասանելիությունը բացակայում է:
- Ձեր մատակարարը չի ապահովում ձեզ անհրաժեշտ ողջամիտ հարմարությունները, օրինակ՝ որպես ամերիկյան ժեստերի լեզվի թարգմանիչ:

Սպասելու ժամանակի հետ կապված բողոքներ

- Դու ունեք բժշկի հետ այցելության վերաբերյալ պայմանավորվելու կամ դրան շատ երկար սպասելու հետ կապված խնդիրներ:
- Ձեզ շատ երկար են սպասեցրել բժիշկները, դեղագործները, առողջապահության ոլորտի այլ մասնագետները կամ Մասնակիցների սպասարկման բաժնի կամ պլանի այլ աշխատակիցները:

Մաքրության հետ կապված բողոքներ

- Դուք կարծում եք, որ կլինիկան, հիվանդանոցը կամ բժշկի սենյակը մաքուր չէ:

Լեզվի հետ կապված բողոքներ

- Ձեր բժիշկը կամ մատակարարը ձեր այցելության ընթացքում բանավոր թարգմանություն չի ապահովում:

Մեր հաղորդակցության հետ կապված բողոքներ

- Դուք կարծում եք, որ մենք ձեզ չենք տրամադրել ծանուցում կամ նամակ, որը պարտավոր էինք տրամադրել:
- Դուք կարծում եք, որ ձեզ տրամադրված գրավոր տեղեկությունները դժվար ընկալելի են:

Բողոքներ, որոնք կապված են փոխհատուցման որոշումների տրամադրմանը կամ բողոքարկումներին վերաբերող մեր գործողությունների ժամկետների պահպանման հետ

- Դուք կարծում եք, որ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելիս կամ ձեր բողոքարկմանը պատասխան տրամադրելիս մենք չենք պահպանել սահմանված վերջնաժամկետները:
- Դուք կարծում եք, որ բողոքարկման կամ փոխհատուցման վերաբերյալ ձեր օգտին որոշում կայացնելուց հետո մենք չենք պահպանել ձեր ծառայությունը հաստատելու կամ տրամադրելու կամ բժշկական որոշ ծառայությունների դիմաց փոխհատուցում տրամադրելու վերջնաժամկետները:
- Դուք կարծում եք, որ մենք ձեր գործը Վերանայման անկախ մարմնին ժամանակին չենք ներկայացրել:

> «Բողոքի» **համապատասխան իրավաբանական տերմինն** է **«հայցը»**:

> «Բողոք ներկայացնելու» **համապատասխան պաշտոնական իրավաբանական եզրույթն** է **«հայց ներկայացնելը»**:

Արդյո՞ք բողոքների տարբեր տեսակի են:

Այո: Դուք կարող եք ներկայացնել ներքին և/կամ արտաքին բողոք: Ներքին բողոքը ներկայացվում և քննարկվում է մեր Պլանի կողմից: Արտաքին բողոքը ներկայացվում և քննարկվում է մի կազմակերպության կողմից, որը կապված չէ մեր Պլանի հետ: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն ներքին և/կամ արտաքին բողոքար ներկայացնելու հարցում, դուք կարող եք կապվել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի ներկայացուցիչների հետ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:

• Բաժին 10.1. Ներքին բողոքներ

Ներքին բողոք ներկայացնելու համար՝ կապվեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ցանկացած ժամանակ, եթե այն Մասի D դեղի վերաբերյալ չէ: Մաս D-ի հետ կապված բողոքները պետք է ներկայացվեն **60 օրացուցային օրվա ընթացքում**, երբ դուք խնդիր եք ունեցել և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել:

- Այլ քայլեր իրականացնելու անրաժեշտության դեպքում Մասնակիցների սպասարկման բաժնի ներկայացուցիչները ձեզ կտեղեկացնեն այդ մասին:

- Դուք կարող եք նաև գրավոր ուղարկել ձեր բողոքը մեզ: Եթե դուք ներկայացնեք ձեր բողոքը գրավոր նամակով, մենք նույնպես կպատասխանենք ձեզ գրավոր ձևով:
- Բողոքները, որոնք հայց են հանդիսանում, պետք է արագորեն կարգավորվեն, քանի որ ձեր գործը դրա լուծումը պահանջում է ձեր առողջական վիճակի հիման վրա, սակայն պլանն ստանալու օրվանից ոչ ուշ, քան 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Բանավոր հայց ներկայացրած անձինք կարող են բանավոր կերպով արձագանքել, եթե ընդգրկված անձը գրավոր պատասխան չպահանջի կամ այն դեպքում, երբ հայցը վերաբերում է խնամքի որակի: Գրավոր ներկայացված հայցերը պետք է պատասխանվեն գրավոր կերպով: Կարող եք նաև բողոքարկում հայցել, զանգահարելով մեզ հետևյալ հեռախոսահամարով (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով, կամ նամակ ուղարկելով հետևյալ հասցեով՝ Molina Dual Options Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90802, Ֆաքս՝ (562) 499-0610:

Հնարավորության դեպքում մենք ձեզ կպատասխանենք անմիջապես: Եթե դուք ձեր բողոքը ներկայացնեք հեռախոսազանգի միջոցով, ապա հնարավոր է, որ մենք ձեզ պատասխան տրամադրենք այդ նույն հեռախոսազանգի ընթացքում: Եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջում է, որպեսզի մենք ձեզ արագ պատասխան տրամադրենք, մենք դա կանենք:

- Սովորաբար, մենք պատասխանում ենք բողոքներին 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե մենք չենք կարողանում որոշում կայացնել 30 օրացուցային օրվա ընթացքում, քանի որ մենք պետք է ավելի շատ տեղեկատվություն, մենք կտեղեկացնենք ձեզ այդ մասին: Մենք նաև տրամադրում ենք տեղեկություն ընթացիկ վիճակի մասին և պատասխանը ստանալու մոտավոր ժամկետը:
- Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է այն փաստին, որ մենք մերժել ենք «փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում» կայացնելու կամ «արագ վերանայում» իրականացնելու ձեր խնդրանքը, ապա ձեր բողոքն ինքնաբերաբար «արագ բողոքի» կարգավիճակ կստանա և մենք ձեր բողոքին պատասխան կտրամադրենք 24 ժամվա ընթացքում:

> «Արագացված բողոքի» **համապատասխան իրավաբանական եզրույթն** է «**արագ բողոքը**»:

- Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է այն փաստին, որ ծածկույթի վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար պահանջվել է լրացուցիչ ժամանակ, ապա ձեր բողոքն ինքնաբերաբար «արագ բողոքի» կարգավիճակ կստանա և մենք ձեր բողոքին պատասխան կտրամադրենք 24 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք ամբողջովին կամ մասամբ **չհամաձայնվենք** ձեր բողոքի հետ, ապա մենք ձեզ կտեղեկացնենք դրա մասին և կտրամադրենք համապատասխան հիմնավորումը: Մենք կպատասխանենք ձեզ անկախ ձեր բողոքի հետ համաձային լինելու կամ չլինելու փաստից:

• Բաժին 10.2. Արտաքին բողոք

Դուք Medicare-ին տեղեկացնել ձեր բողոքի մասին

Դուք կարող եք ձեր բողոքը ներկայացնել Medicare-ին՝ Medicare բողոքի դիմումաձևերը առկա են այստեղ՝ https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare-ը մանրամասն ուսումնասիրում է ձեր բողոքները և օգտագործում է այդ տեղեկատվությունը Medicare ծրագրի որակը բարելավելու նպատակով:

Եթե ունեք այլ տեղեկություններ կամ մտահոգություններ կամ կարծում եք, որ պլանը չի խնդիրներին լուծում չի տալիս, կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները կարող են զանգահարել 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

Դուք Medi-Cal-ին տեղեկացնել ձեր բողոքի մասին

Cal MediConnect Ombuds ծրագիրն օգնում է նաև լուծել խնդիրները չեզոք դիրքից՝ համոզվելու, որ մեր մասնակիցները ստանում են ապահովագրված ծառայությունները, որոնք մենք պարտավոր ենք տրամադրել: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը կապված չէ մեր կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ բժշկական ապահովագրության պլանի հետ:

Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077: Ծառայություններն անվճար են:

Դուք կարող եք California-ի Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտին տեղեկացնել ձեր բողոքի մասին

California-ի Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտը (DMHC) պատասխանատու է բժշկական ապահովագրության պլանների կանոնակարգման համար: Medi-Cal-ի ծառայություններից բողոքներ ունենալու դեպքում, կարող եք զանգահարել DMHC-ի Տեղեկատվական կենտրոն: Դուք կարող եք դիմել DMHC-ին, եթե ձեր բողոքի վերաբերյալ օգնության կարիք ունեք, որը ներառում է հրատապ խնդիր կամ ձեր առողջության համար անմիջական և լուրջ սպառնալիք, դուք համաձայն չեք ձեր բողոքի վերաբերյալ մեր պլանի որոշման հետ կամ մեր պլանը չի լուծել ձեր բողոքը 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Գոյություն ունի Տեղեկատվական կենտրոնից օգնություն ստանալու երկու եղանակ՝

- Զանգահարեք 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: Այն անձիք, ովքեր խուլ են, ունեն լսողության խնդիրներ, խոսելախանգարում, կարող են օգտվել անվճար TTY հեռախոսահամարից, 1-877-688-9891: Զանգն անվճար է:
- Այցելեք Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտի (California Department of Managed Health) վեբկայքը (http:www.dmhc.ca.gov):

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Քաղաքացիական իրավունքների Առողջապահության և սոցիալական ապահովության դեպարտամենտ, եթե կարծում եք, ձեր նկատմամբ որ անարդար են վարվել: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Որակի բարելավման կազմակերպությանը Քաղաքացիական իրավունքների պաշտպանման գրասենյակի հեռախոսահամարն է 1-800-368-1019:

TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարող եք նաև այցելել https://www.hhs.gov/ocr/index.html կայքը:

Կարող եք նաև դիմել Քաղաքացիական իրավունքների պաշտպանման գրասենյակ՝
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Դուք կարող եք իրավունքներ ունենալ նաև «Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների մասին» օրենքի և նահանգի ցանկացած այլ կիրառելի օրենքի շրջանակներում: Օգնություն ստանալու համար կարող եք դիմել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի ներկայացուցիչներին: Հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Որակի բարելավման կազմակերպություն

Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է բուժսպասարկման որակին, ապա դուք ունեք նաև հետևյալ երկու ընտրանքը՝

- Եթե նախընտրում եք, ապա կարող եք բուժսպասարկման որակին վերաբերող ձեր բողոքը ներկայացնել անմիջապես Որակի բարելավման կազմակերպությանը (առանց այն մեզ ներկայացնելու):
- Կամ կարող եք ներկայացնել ձեր բողոքըմեզ,ինչպես նաև Որակի բարելավման կազմակերպությունը: Եթե դուք ձեր բողոքը ներկայացնեք նաև այդ կազմակերպությանը, ապա մենք կհամագործակցենք նրանց հետ՝ ձեր բողոքը լուծելու նպատակով:

Որակի բարելավման կազմակերպությանը գործող բժիշկների և առողջապահության ոլորտի այլ փորձագետների խումբ է, որոնց վճարում է դաշնային կառավարությունը՝ Medicare-ի հիվանդներին մատուցվող բուժսպասարկման ծառայությունների որակը ստուգելու և բարելավելու նպատակով: Որակի բարելավման կազմակերպության վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար՝ տե՛ս Գլուխ 2:

California նահանգում՝ Որակի բարելավման կազմակերպությունը անվանվում է Livanta: Livanta-ի հեռախոսահամարն է՝ (877) 588-1123, TTY՝ (855) 887-6668:

Գլուխ 10. Ձեր անդամակցության դադարեցումը մեր Cal MediConnect պլանում

Ներածություն

Այս գլուխը նկարագրում է մեր Cal MediConnect պլանի անդամագրության դադարեցման կարգը և դրանից հետո մատչելի բժշկական ապահովագրության տարբերակները: Եթե դուք դուրս գաք մեր պլանից, դուք դեռևս կշարունակեք գտնվել Medicare և Medi-Cal ծրագրերում այնքան ժամանակ, որքան որ իրավասու եք: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով կարող եք գտնել *Մասնակցի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Երբ դուք կարող եք դադարեցնել մեր Cal MediConnect պլանի անդամագրությունը 216

B. Ինչպես դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect Պլանում: 217

C. Ինչպես միանալ մեկ այլ Cal MediConnect պլանին..... 217

D. Ինչպես ստանալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայություններն առանձին 217

D1. Ինչպես ստանալ ձեր Medicare ծառայությունները 218

D2. Ինչպես ստանալ ձեր Medi-Cal ծառայությունները..... 221

E. Շարունակե՛ք մեր պլանի միջոցով ստանալ ձեր բժշկական ծառայություններն ու դեղերը, քանի դեռ ձեր անդամակցությունը չի ավարտվել: 221

F. Այլ իրավիճակներ, երբ ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect պլանին ավարտվում է..... 221

G. Կանոններ ի դեմս ձեր պահանջին դուրս գալ մեր Cal MediConnect պլանից՝ առողջության հետ կապված ցանկացած պատճառով..... 223

H. Եթե մենք դադարեցնենք մեր պլանին ձեր անդամագրությունը, ապա դուք կունենաք բողոք ներկայացնելու իրավունք 223

I. Ինչպես կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ պլանին ձեր անդամագրությունը դադարեցնելու վերաբերյալ..... 223

A. Երբ դուք կարող եք դադարեցնել մեր Cal MediConnect պլանի անդամագրությունը

Դուք կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan-ում տարվա ընթացքում ցանկացած ժամանակ՝ գրանցվելով Medicare Advantage Plan-ի մեկ այլ պլանում, գրանցվելով Cal MediConnect-ի մեկ այլ պլանում, կամ անցնելով Original Medicare-ի:

Ձեր անդամագրությունը կավարտվի այն ամսվա վերջին օրը, որի ընթացքում մենք կստանանք պլանը փոխելու վերաբերյալ ձեր դիմումը: Օրինակ, եթե մենք ստանանք ձեր դիմումը հունվարի 18-ին, ապա մեր պլանի շրջանակներում ձեր ապահովագրական ծածկույթը կավարտվի հունվարի 31-ին: Ձեր նոր ապահովագրական ծածկույթը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրվանից (Փետրվարի 1, այս օրինակում):

Երբ դուք ավարտեք ձեր անդամակցությունը մեր պլանում, դուք Medi-Cal ծառայությունների համար կընդգրկվեք ձեր նախընտրած Medi-Cal կառավարվող բուժսպասարկման պլանում, քանի դեռ չեք ընտրել այլ Cal MediConnect պլան: Մեր պլանին ձեր անդամագրությունը դադարեցնելուց հետո դուք կարող եք ընտրել նաև Medicare-ում ներգրավվելու տարբերակներից մեկը: Եթե դուք դուրս եք գալիս մեր պլանից, ապա կարող եք տեղեկատվություն ստանալ ձեր՝

- Medicare-ի տարբերակների մասին՝ էջ 217-ի աղյուսակում
- Medi-Cal ծառայությունների մասին՝ էջ 217-ում

Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ, թե ինչպես կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը զանգահարելով՝

- Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:
- Զանգահարեք Health Care Options-ին 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ 08:00-ից 17:00-ը: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077:
- Բժշկական ապահովագրության հարցերով աջակցության նահանգային ծրագիր (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), California բժշկական ապահովագրության հարցերով խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP), հեռախոսահամար՝ 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում Բժշկական ապահովագրության հարցերով խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր տարածքային գրասենյակը գտնելու համար, խնդրում ենք այցելել http://www.aging.ca.gov/HICAP/:
- Զանգահարեք MediConnect Ombuds Program 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 09:00-ից 17:00-ը: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-855-847-7914:
- Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

ՆՇՈՒՄ. եթե դուք ընդգրված եք դեների կառավարման ծրագրում, դուք չեք կարող պլանը փոխել: Տե՛ս Գլուխ 5-ը դեղերի կառավարման ծրագրերի վերաբերյալ տեղեկությունների համար:

B. Ինչպես դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect Պլանում:

Եթե որոշեք դադարեցնել ձեր անդամագրությունը, տեղեկացրեք Medi-Cal-ին կամ Medicare-ին, որ ցանկանում եք դուրս գալ Molina Dual Options պլանից՝

- Զանգահարեք Health Care Options 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 17:00-ը: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-800-430-7077, ԿԱՄ
- Զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները (խուլ, ինչպես նաև լսելու կամ խոսելու խնդիրներ ունեցող անձինք) պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: 1-800-MEDICARE հեռախոսահամարով զանգահարելու դեպքում դուք կարող եք գրանցվել նաև Medicare-ի մեկ այլ բժշկական կամ դեղերի ապահովագրական պլանում: Մեր պլանից դուրս գալուց հետո ձեր Medicare ծառայությունները վերաբերյալ տեղեկատվություն կարող եք ստանալ էջ 217-ում պարունակվող գծապատկերից:

C. Ինչպես միանալ մեկ այլ Cal MediConnect պլանին

Եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները միասին մեկ պլանով, ապա կարող եք միանալ Cal MediConnect այլ պլանին:

Մեկ այլ Cal MediConnect պլանին անդամագրվելու համար՝

- Զանգահարեք Health Care Options 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը, TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077: Տեղեկացրեք նրանց, որ ցանկանում եք դուրս գալ Molina Dual Options-ից և միանալ մեկ այլ Cal MediConnect պլանին: Եթե համոզված չեք, թե որ պլանին եք ցանկանում անդամագրվել, նրանք կարող են ձեզ ձեր տարածքում գործող այլ պլանների վերաբերյալ տեղեկություններ տրամադրել:

Molina Dual Options-ի ապահովագրական ծածկույթը կավարտվի այն ամսվա վերջին օրը, որի ընթացքում մենք կստանանք ձեր դիմումը:

D. Ինչպես ստանալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայություններն առանձին

Եթե Molina Dual Options-ից դուրս գալուց հետո դուք չեք ցանկանում միանալ մեկ այլ Cal MediConnect պլանին, ապա դուք կրկին կսկսեք ստանալ ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայություններն առանձին:

D1. Ինչպես ստանալ ձեր Medicare ծառայությունները

Դուք կունենաք ձեր Medicare-ի նպաստները ստանալու ընտրանքներ:

Դուք ունեք ձեր Medicare ծառայությունները ստանալու երեք ընտրանքներ: Այդ ընտրանքներից մեկն ընտրելու դեպքում դուք ինքնաբերաբար կդադարեցնեք Cal MediConnect պլանի ձեր անդամագրությունը:

1. Դուք կարող եք անցնել՝	Ինչ է հարկավոր անել՝
Medicare-ի բժշկական ապահովագրության պլան (օրինակ՝ Medicare Advantage Plan) կամ, եթե դուք համապատասխանում եք իրավունակության պահանջներին և բնակվում եք ծառայության սպասարկման տարածքում, Տարեցների ներառական բուժօգնության ծրագիր (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)	Զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: PACE-ի վերաբերյալ հարցումներ կատարելու համար, զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223): Եթե ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝ • Զանգահարե՛ք California Բժշկական ապահովագրության հարցերով խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP), հեռախոսահամար՝ 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տարածքային գրասենյակը գտնելու համար, խնդրում ենք այցելել http://www.aging.ca.gov/HICAP/: Molina Dual Options-ում ձեր անդամագրությունն ինքնաբերաբար դադարեցվում է այն պահին, երբ սկսվում է նոր պլանի ապահովագրությունը:

2. Դուք կարող եք անցնել՝ **Original Medicare-ին՝ Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի առանձին պլանով**	**Ինչ է հարկավոր անել՝** Զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝ • Զանգահարե՛ք California Բժշկական ապահովագրության հարցերով խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP), հեռախոսահամար՝ 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տարածքային գրասենյակը գտնելու համար, խնդրում ենք այցելել http://www.aging.ca.gov/HICAP/: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք Molina Dual Options-ից, երբ ձեր Original Medicare պլանը կսկսի գործել:

3. Դուք կարող եք անցնել՝ **Original Medicare-ին՝ առանց Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի առանձին պլանի** **ՆՇՈՒՄ:** Եթե դուք անցնեք Original Medicare-ին և չմիանաք Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի առանձին պլանին, ապա Medicare-ը կարող է ձեզ ներառել դեղերի որևէ այլ պլանում՝ եթե Medicare-ին չտեղեկացնեք, քանի դեռ Medicare-ին չեք տեղեկացրել, որ չեք ցանկանում միանալ: Դուք պետք է դեղատոմսով դեղերի ապահովագրական ծածկույթից հրաժարվեք միայն այն դեպքերում, երբ դա ստանում եք գործատուից, արհմիությունից կամ որևէ այլ աղբյուրից: Եթե ունեք հարցեր՝ արդյոք ձեզ պետք է դեղամիջոցների ապահովագրություն, զանգահարեք California-ի Բժշկական ապահովագրության հարցերով խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, կամ Բժշկական ապահովագրության հարցերով խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի գրասենյակը ձեր տարածքում գտնելու համար, խնդրում ենք այցելել՝ http://www.aging.ca.gov/HICAP/:	**Ինչ է հարկավոր անել՝** Զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝ • Զանգահարե՛ք California Բժշկական ապահովագրության հարցերով խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP), հեռախոսահամար՝ 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տարածքային գրասենյակը գտնելու համար, խնդրում ենք այցելել http://www.aging.ca.gov/HICAP/: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք Molina Dual Options-ից, երբ ձեր Original Medicare պլանը կսկսի գործել:

D2. Ինչպես ստանալ ձեր Medi-Cal ծառայությունները

Մեր Cal MediConnect պլանից դուրս գալու դեպքում դուք, ձեր ընտրությամբ դուք կներառվեք Medi-Cal-ի կարգավորվող բժշկական սպասարկման որևէ պլանում:

Ձեր Medi-Cal ծառայությունները ներառում են երկարատև խնամքի ծառայությունների և օժանդակման, ինչպես նաև վարքագծային առողջության ծառայությունների մեծ մասը:

Եթե ցանկանում եք դադարեցնել մեր Cal MediConnect պլանին անդամակցությունը, ապա պետք է տեղեկացնեք Health Care Options-ն այն մասին, թե Medi-Cal-ի որ կարգավորվող բժշկական սպասարկման պլանին եք ցանկանում միանալ:

- Զանգահարեք Health Care Options 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը, TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077: Տեղեկացրեք նրանց, որ ցանկանում եք դուրս գալ Molina Dual Options-ից և միանալ Medi-Cal-ի կարգավորվող բժշկական սպասարկման պլանին: Եթե համոզված չեք, թե որ պլանին եք ցանկանում անդամագրվել, նրանք կարող են ձեզ ձեր տարածքում գործող այլ պլանների վերաբերյալ տեղեկություններ տրամադրել:

Մեր CalMediConnect պլանին անդամագրությունը դադարեցնելուց հետո դուք ձեր Medi-Cal ապահովագրության համար կստանաք նոր մասնակիցի ID անդամաքարտ, նոր *Մասնակիցի ձեռնարկ* և նոր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*:

E. Շարունակե՞ք մեր պլանի միջոցով ստանալ ձեր բժշկական ծառայություններն ու դեղերը, քանի դեռ ձեր անդամակցությունը չի ավարտվել:

Molina Dual Options-ից դուրս գալու դեպքում, մինչև ձեր անդամագրության դադարեցումը և նոր Medicare և Medi-Cal ապահովագրական ծածկույթի սկիզբը կարող է որոշ ժամանակ անցնել: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար կարդացեք էջ 222: Այդ ժամանակահատվածում դուք կշարունակեք ստանալ ձեր բուժօգնությունը և դեղերը մեր պլանի միջոցով:

- **Ձեր դեղատոմսերով դեղերը ստանալու համար դուք պետք է օգտագործեք մեր ցանցային դեղատները:** Ձեր դեղատոմսով դեղերի համար սովորաբար փոխհատուցում է տրամադրվում այն դեպքերում, երբ դրանք հատկացվում են մեր ցանցային դեղատնիկողմից, այդ թվում նաև դեղերը փոստով պատվիրելու ծառայության միջոցով:
- **Եթե դուք հոսպիտալացվում եք ձեր անդամագրության դադարեցման օրը, ապա հիվանդանոցում գտնվելու ծախսերը (մինչև դուրսգրման ամսաթիվը) սովորաբար փոխհատուցվում են մեր Cal MediConnect պլանի կողմից:** Դա տեղի կունենա նույնիսկ այն դեպքում, երբ ձեր նոր բժշկական ապահովագրության ծածկույթը սկսվի հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթվից առաջ:

F. Այլ իրավիճակներ, երբ ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect պլանին ավարտվում է

Ահա դեպքերը, երբ Molina Dual Options-ը պարտավոր է դադարեցնել ձեր անդամագրությունը պլանում՝

- Եթե ձեր Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի ապահովագրական ծածկույթը ժամանակավորապես դադարեցվում է:
- Եթե դուք այլևս Medi-Cal-ին մասնակցելու իրավունք չունեք: Մեր պլանը միայն այն անձանց համար է, ովքեր ունեն ինչպես Medicare-ին, այնպես էլ Medi-Cal-ին մասնակցելու իրավունք:
- Եթե դուք դուրս եք գալիս մեր սպասարկման տարածքից:
- Եթե դուք մեր սպասարկման տարածքից հեռանում եք ավելի քան 6 ամիս ժամանակահատվածով:
  - Տեղափոխվելու կամ երկար ժամանակ ճանապարհորդելու դեպքում ձեզ անհրաժեշտ է զանգահարել Մասնակիցների սպասարկման բաժին և ճշտել, գտնվում է, արդյոք, ձեր տեղափոխման կամ ճանապարհորդության նպատակակետը մեր սպասարկման տարածքում:
- Եթե դուք ընկնում եք բանտ կամ ազատազրկվում քրեական հանցագործության համար:
- Եթե դուք կեղծ տվյալներ եք տրամադրում կամ թաքցնում եք տեղեկություններ, որոնք վերաբերում են դեղատոմսով դեղերի համար ունեցած այլ ապահովագրությանը:
- Եթե դուք Միացյալ Նահանգների քաղաքացի չեք կամ ձեր ներկայությունը Միացյալ Նահանգներում անօրինական է:

Մեր պլանի մասնակից դառնալու համար դուք պետք է լինեք Միացյալ Նահանգների քաղաքացի կամ ձեր ներկայությունը Միացյալ Նահանգներում լինի օրինական: Medicare և Medicaid ծառայությունների գրասենյակները կտեղեկացնեն ձեզ, եթե դուք անիրավունակ եք անդամակցել այս հիմունքներով: Մենք պետք է հեռացնենք ձեզ անդամակցությունից, եթե չեք համապատասխանում այս պահանջին:

Եթե դուք այլևս իրավասու չեք Medi-Cal-ի ծառայությունների համար կամ հանգամանքների բերումով այլևս իրավասու չեք օգտվելու Cal MediConnect-ից, դուք կարող եք շարունակել ստանալ ձեր նպաստները Molina Dual Options-ից ևս երկու լրացուցիչ ամիս: Եթե դուք գիտեք, որ դեռևս իրավասու եք, այս լրացուցիչ ժամանակը թույլ կտա ձեզ ուղղել ձեր իրավասության վերաբերյալ տեղեկությունը: Մենք նամակով ձեզ կտեղեկացնենք ձեր իրավասության վերաբերյալ փսփսխության մասին և ձեր իրավասության տեղեկությունն ուղղելու հրահանգներ:

- Molina Dual Options-ի անդամագրությունը պահպանելու համար՝ պետք է մինչև մեկ ամսվա վերջին օրը հաստատեք ձեր անդամակցությունը:
- Եթե երկամսյա ժամկետի ավարտին իրավասություն չունենաք, ապա կզրկվեք Molina Dual Options-ից:

Մենք կարող ենք դադարեցնել ձեր անդամագրությունը հետևյալ պատճառներով միայն այն դեպքում, եթե ստանանք Medicare-ի և Medi-Cal-ի նախնական թույլտվությունը՝

- Եթե պլանին անդամագրվելիս դուք մեզ դիտմամբ սխալ տվյալներ տրամադրեք և այդ տվյալներն ազդեն մեր պլանին անդամագրվելու ձեր իրավունքի վրա:
- Եթե ձեր վարքը շարունակաբար ապակայունացնող է և դժվարացնում է մեր կողմից ձեզ և մեր պլանի այլ մասնակիցներին բուժօգնության տրամադրումը:

- Եթե թույլ տաք որևէ այլ անձին օգտագործել ձեր ID անդամաքարտը՝ բուժօգնություն ստանալու նպատակով:
  - Եթե մենք դադարեցնենք ձեր անդամագրությունը այս պատճառով, ապա Medicare-ը կարող է ձեր գործի հետաքննություն պահանջել գլխավոր տեսուչի կողմից:

G. Կանոններ ի դեմս ձեր պահանջին դուրս գալ մեր Cal MediConnect պլանից՝ առողջության հետ կապված ցանկացած պատճառով

Եթե, ձեր կարծիքով, ձեզնից պահանջում են դուրս գալ մեր պլանից առողջական վիճակի հետ կապված որևէ պատճառով, ապա դուք պետք է զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր:

Դուք պետք նաև զանգահարեք **MediConnect Ombuds Program** 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 09:00-ից 17:00-ը: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-855-847-7914:

H. Եթե մենք դադարեցնենք մեր պլանին ձեր անդամագրությունը, ապա դուք կունենաք բողոք ներկայացնելու իրավունք

Եթե մենք դադարեցնենք մեր Cal MediConnect պլանին ձեր անդամագրությունը, ապա մենք պարտավոր կլինենք ձեզ գրավոր տեղեկացնել անդամագրության դադարեցման պատճառների մասին: Մենք պարտավոր կլինենք նաև ձեզ տեղեկացնել անդամագրությունը դադարեցնելու վերաբերյալ մեր որոշման դեմ բողոք ներկայացնելու կարգի մասին: Բողոք ներկայացնելու կարգի մասին տեղեկություններ կարող եք ստանալ նաև 9-րդ Գլխից:

I. Ինչպես կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ պլանին ձեր անդամագրությունը դադարեցնելու վերաբերյալ

Եթե հարցեր ունեք կամ ձեզ անհրաժեշտ է լրացուցիչ տեղեկատվություն այն մասին, թե որ դեպքերում մենք կարող ենք դադարեցնել ձեր անդամագրությունը, ապա կարող եք՝

- Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:
- Զանգահարեք Health Care Options 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը, TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077:
- Զանգահարե՛ք California Բժշկական ապահովագրության հարցերով խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP), հեռախոսահամար՝ 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տարածքային գրասենյակը գտնելու համար, խնդրում ենք այցելել http://www.aging.ca.gov/HICAP/:

- Զանգահարեք Cal MediConnect Ombuds Program 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 9:00-ից 17:00-ը, TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-855-847-7914:
- Զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Գլուխ 11. Իրավական ծանուցումներ

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է իրավական ծանուցումներ, որոնք վերաբերում են ձեր անդամակցությանը Molina Dual Options-ին: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով կարող եք գտնել *Մասնակցի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Ծանուցումներ օրենքների մասին 226

B. Խտրականության բացակայության մասին ծանուցում 226

C. Medicare-ի՝ որպես երկրորդ վճարողի և Medi-Cal-ի, որպես վճարման վերջին ատյանի մասին ծանուցում 228

A. Ծանուցումներ օրենքների մասին

Այս *Մասնակիցի ձեռնարկին* շատ օրենքներ են վերաբերում: Այդ օրենքները կարող են ազդել ձեր իրավունքների և պատասխանատվության վրա, նույնիսկ եթե այս ձեռնարկը այդ օրենքների վերաբերյալ տեղեկություններ կամ բացատրություններ չի պարունակում: Այս ձեռնարկին վերաբերող հիմնական օրենքներն են Medicare և Medi-Cal ծրագրերի մասին դաշնային օրենքները: Կարող են կիրառվել նաև այլ դաշնային և նահանգի օրենքները:

B. Խտրականության բացակայության մասին ծանուցում

Յուրաքանչյուր ընկերություն կամ գործակալություն, որն աշխատում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի հետ, պետք է ենթարկվի օրենքներին, որոնք ձեզ պաշտպանում են խտրականությունից կամ անարդար վերաբերմունքից: Ձեզ հետ չեն կարող այլ կերպ վարվել կամ խտրականացնել հիմք ընդունելով ձեր տարիքը, հայցերի հետ կապված փորձառությունը, գույնը, էթնիկությունը, ապահովագրման հնարավորության ապացույցը, սեռը, գենետիկական տեղեկությունները, աշխարհագրական դիրքը ծառայության մատուցման վայրում, առողջական վիճակը, բժշկական պատմությունը, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամությունը, ազգային ծագումը, ռասան, կրոնը կամ սեռը:

Եթե ցանկանում եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ կամ մտավախություններ ունեք խտրականության կամ անարդար վերաբերմունքի վերաբերյալ՝

- Զանգահարեք Առողջապահության և սոցիալական ապահովության դեպարտամենտ, քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019: TTY օգտվողները կարող են զանգահարել 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալու համար կարող եք նաև այցելել http://www.hhs.gov/ocr կայքը:
- Դուք նաև կարող եք զանգահարել Քաղաքացիական իրավունքների ձեր տարածքային գրասենյակ: Քաղաքացիական իրավունքի գրասենյակի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու և ձեր տեղական քաղաքացիական իրավունքի գրասենյակը գտնելու համար, այցելեք նրանց կայքը՝ www.hhs.gov/ocr/office

Եթե դուք հաշմանդամություն ունեք և ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն մատակարարին հասնելու համար, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Եթե դուք բողոք ունեք, օրինակ կապված անվասայլակով մուտքի հետ, ձեզ կարող է օգնել Մասնակիցների սպասարկման բաժինը:

Խտրականությունը դեմ է օրենքին

California Molina Healthcare-ը (Molina) համապատասխանում է բոլոր դաշնային քաղաքացիական իրավունքների օրենքներին, որոնք առնչվում են առողջապահական խնամքի ծառայություններին: Molina-ն առաջարկում է առողջապահական խնամքի ծառայություններ բոլոր մասնակիցներին անկախ ռասայից, գույնից, ազգային ծագումից, տարիքից, հաշմանդամությունից, կամ սեռից: Molina-ն չի բացառում անձանց կամ այլ կերպ վարվում հիմք ընդունելով ռասան, գույնը, ազգային ծագումը, տարիքը, հաշմանդամությունը, կամ սեռը: Սա ներառում է գենդերային ինքնություն, հղիություն և սեռական կարծրատիպեր:

Օգնելու ձեզ խոսել մեզ հետ, Molina-ն տրամադրում է անվճար ծառայություններ:

- Օգնություններ և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար:
  - Որակավորման նշանով լեզվի թարգմանիչներ
  - Այլ ձևաչափերով գրավոր նյութ (խոշոր տպագրություն, ձայնային, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, Բրեյլ)
- Լեզվական ծառայություններ այլ լեզվով խոսող կամ անգլերեն լեզվի սահմանափակ հմտություններով անձանց համար
  - Որակավորված թարգմանիչներ
  - Գրավոր նյութ թարգմանված ձեր լեզվով
  - Նյութ, որը պարզապես գրված է պարզ լեզվով

Եթե ձեզ հարկավոր են այս ծառայությունները, կապվեք Molina-ի Մասնակիցների սպասարկման բաժին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:

Եթե կարծում եք, որ Molina-ն չի տրամադրել այդ ծառայությունները կամ այլ կերպ է վարվել ձեզ հետ ձեր ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա, դուք կարող եք բողոքարկել: Դուք կարող եք բողոքարկել անձամբ, փոստով, ֆաքսով կամ էլեկտրոնային նամակով: Մենք կօգնենք ձեզ, եթե ձեր բողոքը գրելու օգնության կարիք ունեք: Զանգահարեք մեր Քաղաքացիական իրավունքների հարցերով զբաղվող համակարգողին, զանգահարելով՝ (866) 606-3889, կամ TTY՝ 711:

Ձեր բողոքը փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

Դուք կարող եք ձեր բողոքը ներկայացնել նաև էլ.հասցեով՝ civil.rights@molinahealthcare.com: Կամ ֆաքսով ուղարկել (562) 499-0610 համարին:

ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ապահովության դեպարտամենտը, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի հետ դուք նաև կարող եք բողոք ներկայացնել քաղաքացիական իրավունքների վերաբերյալ: Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html: Դուք կարող եք այն փոստով ուղարկել՝
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Դուք նաև կարող եք այն ուղարկել կայքին քաղաքացիական իրավունքների բողոքարկման պորտալի գրասենյակի միջոցով, որը հասանելի է հետևյալ կայքում՝ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf:

Եթե ձեզ պետք է օգնություն, զանգահարեք 1-800-368-1019, TTY 800-537-7697:

C. Medicare-ի՝ որպես երկրորդ վճարողի և Medi-Cal-ի, որպես վճարման վերջին ատյանի մասին ծանուցում

Որոշ դեպքերում մեր կողմից մատուցված ծառայությունների համար առաջին վճարումը պետք է կատարի մեկ այլ անձ կամ կազմակերպություն: Օրինակ, ավտոմեքենայի վթարի կամ աշխատավայրում վնասվածք ստանալու դեպքում առաջին վճարումը պետք է կատարվի ապահովագրական ընկերության կամ Աշխատավայրում վնասվածքներ ստացող աշխատակիցներին փոխհատուցում տրամադրող միավորի կողմից:

Մենք ունենք իրավունք և կրում ենք պատասխանատվություն՝ պահանջելու վճարում Medicare-ի ապահովագրված ծառայությունների համար, որոնց համար առաջին վճարող Medicare-ը չի հանդիսանում:

Cal MediConnect ծրագիրը համապատասխանում է նահանգային և դաշնային օրենքների և կանոնակարգերի պահանջներին, որոնք վերաբերում են նպաստառուներին մատուցված բուժօգնության ծառայությունների համար երրորդ կողմերի իրավական պատասխանատվությանը: Մենք կձեռնարկենք բոլոր խելամիտ քայլերը՝ ապահովելու, որպեսզի Medi-Cal-ը հանդես գա վերջին ատյանի վճարողի դերում:

Գլուխ 12. Կարևոր բառերի սահմանումներ

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է *Մասնակցի ձեռնարկում* կիրառվող հիմնական տերմիններն իրենց սահմանումներով: Տերմինները թվարկված են այբբենական կարգով: Եթե չեք կարողանում գտնել որոնվող տերմինը կամ եթե ձեզ անհրաժեշտ է ավելի շատ տեղեկատվություն, քան սահմանումն է ներառում, դիմե՛ք Մասնակցի սպասարկման բաժին:

Առօրյա գործողություններ (Activities of daily living, ADL)՝ Գործողություններ, որոնք մարդիկ կատարում են իրենց առօրյա կյանքում, օրինակ՝ սնունդ ընդունելը, զուգարանն օգտագործելը, հագնվելը, լոգանք ընդունելը կամ ատամներ մաքրելը:

Նպաստների վճարում որոշմանը սպասելու ընթացքում՝ Դուք կարող եք շարունակել ստանալ նպաստներ 1-ին Մակարդակի բողոքարկման կամ նահանգային լսման որոշմանը սպասելու ընթացքում (լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք ստանալ 9-րդ Գլխում): Այդ շարունակական ապահովագրական ծածկույթը կոչվում է «նպաստների վճարում որոշմանը սպասելու ընթացքում»:

Ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն՝ Հաստատություն, որն ամբուլատոր վիրաբուժական ծառայություններ է մատուցում հիվանդներին, որոնք հիվանդանոցային խնամքի կարիք չունեն, և որոնց բուժօգնությունը սովորաբար 24 ժամից ավել չի տևում:

Բողոքարկում՝ Ձեր կողմից մեր գործողությունները վիճարկելու միջոց, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք գործել: Բողոքարկման դիմելով, դուք կարող եք մեզ խնդրել՝ փոխհատուցման վերաբերյալ մեր որոշումը փոխելու խնդրանքով: Գլուխ 9-ը պարունակում է բողոքարկումների վերաբերյալ տեղեկություններ, ներառյալ բողոքարկում ներկայացնելու կարգը:

Վարքագծային առողջություն՝ «Ամենը ներառող» տերմին, որը վերաբերում է հոգեկան առողջությանը և թմրանյութերի օգտագործման հետ կապված խանգարումներին:

Ապրանքանիշային անվանումով դեղ՝ Դեղատոմսով դեղ, որն արտադրվում և վաճառվում է այդ դեղը ստեղծող ընկերության կողմից: Ապրանքանիշային անվանումով դեղերն ու դեղերի ջեներիկ տարբերակներն ունեն միևնույն բաղադրությունը: Դեղերի ջեներիկ տարբերակներն արտադրվում և վաճառվում են այլ ընկերությունների կողմից:

Cal MediConnect՝ Ծրագիր, որն ապահովում է ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի նպաստները մեկ բժշկական ապահովագրության պլանի շրջանակներում: Բոլոր նպաստների համար դուք ունեք մեկ ID անդամաքարտ:

Բուժսպասարկման պլան՝ Տե՛ս «Անհատականացված բժշկական սպասարկման պլան»:

Բժշկական սպասարկման պլանի կամընտիր ծառայություններ (Care Plan Optional Services, CPO Services)՝ Լրացուցիչ ծառայություններ, որոնք կամընտրովի են ձեր անհատականացված բժշկական սպասարկման պլանի (ICP) շրջանակներում: Այդ ծառայությունները չեն փոխարինում երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունները և օժանդակումը, որոնք դուք իրավունք ունեք ստանալու Medi-Cal-ի շրջանակներում:

Բժշկական թիմ՝ Տե՛ս «Բազմապրոֆիլային բժշկական թիմ»:

Հիվանդի գործերի կառավարիչ՝ Մեկ հիմնական անձ, որն աշխատում է ձեր, բժշկական ապահովագրության պլանի և բուժսպասարկման ծառայությունների մատակարարների հետ՝ համոզվելու, որ դուք ստանում եք անհրաժեշտ բուժսպասարկումը:

Medicare և Medicaid սպասարկման կենտրոններ (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)՝ Medicare-ի համար պատասխանատու դաշնային գործակալություն: CMS-ի հետ կապվելու եղանակները նկարագրված են Գլուխ 2-ում:

Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ (Community-Based Adult Services, CBAS)՝ Ամբուլատոր, հիվանդանոցային սպասարկման ծրագիր, որը մատուցում է որակավորված բուժքույրական խնամք, սոցիալական ապահովության ծառայություններ, բուժումներ, անձնական խնամք, ընտանիքի մասնակիցի/խնամատարի ուսուցում և օժանդակություն, սնվելու ծառայություններ, փոխադրում և այլ ծառայություններ գրանցված այն անձանց, որոնք համապատասխանում են ընտրվելու իրավունքի գործող չափանիշներին:

Բողոք՝ Գրավոր կամ բանավոր դիմում, որի միջոցով դուք տեղեկացնում եք ապահովագրված ծառայությունների կամ բուժսպասարկման հետ կապված խնդիրների կամ մտահոգությունների մասին: Դա ներառում է ձեր բուժսպասարկման, ձեր խնամքի, մեր ցանցային մատակարարների կամ մեր ցանցային դեղատների որակի հետ կապված բոլոր մտահոգությունները: «Բողոք ներկայացնելու» համապատասխան պաշտոնական տերմինն է «հայց ներկայացնելը»:

Բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF)՝ Հաստատություն, որը հիմնականում տրամադրում է վերականգնողական ծառայություններ հիվանդությունից, վթարից կամ ծանր վիրահատությունից հետո: Այն տրամադրում է մի շարք ծառայություններ, այդ թվում ֆիզիոթերապիա, սոցիալական կամ հոգեբանական ծառայություններ, շնչառական թերապիա, աշխատանքային թերապիա, խոսքի թերապիա և ընտանեկան միջավայրի գնահատման ծառայություններ:

Փոխհատուցման որոշում՝ Որոշում մեր ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկվող նպաստների մասին: Դա ներառում է ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկվող դեղերի և ծառայությունների, ինչպես նաև ձեր առողջապահական ծառայությունների համար վճարվող գումարների վերաբերյալ որոշումները: Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում հայցելու կարգը նկարագրված է Գլուխ 9-ում:

Ապահովագրված դեղեր՝ Տերմին, որը մենք օգտագործում ենք մեր պլանով ապահովագրվող բոլոր դեղատոմսով և ոչ դեղատոմսով (OTC) դեղերը նշելու համար:

Ապահովագրված ծառայություններ՝ Տերմին, որը մենք օգտագործում ենք մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթում ներառված բոլոր առողջապահական ծառայությունները, երկարաժամկետ խնամքի ծառայություններն ու օժանդակումը, մատակարարումները, դեղատոմսով և ոչ-դեղատոմսով դեղերը, սարքավորումը և այլ ծառայությունները նշելու համար:

Մշակութային իրավասությունների ուսուցում՝ Ուսուցում, որը տրամադրում է լրացուցիչ ցուցումներ մեր առողջապահական խնամքի ծառայություններ մատուցող մատակարարներին, օգնելու նրանց ավելի լավ հասկանալ ձեր անձնական պատմությունն, արժեքները, և

համոզմունքները՝ հարմարեցնելու ծառայությունները ձեր սոցիալական, մշակութային և լեզվական կարիքների բավարարման նպատակով:

Առողջապահության դեպարտամենտ (DHCS)՝ California նահանգում գործող դեպարտամենտ, որը կառավարում է Medicaid ծրագիրը (California-ում այն կոչվում է Medi-Cal): Այս ձեռնարկում տվյալ դեպարտամենտը սովորաբար կոչվում է պարզապես «Նահանգ»:

Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտ (DMHC)՝ California նահանգում գործող դեպարտամենտ, որը պատասխանատու է բժշկական ապահովագրության պլանները կանոնակարգելու համար: Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտը Cal MediConnect պլանի մասնակիցներին օգնում է Medi-Cal ծառայությունների հետ կապված բողոքարկումների և բողոքների ներկայացման և ուսումնասիրության հարցում: Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտն իրականացնում է նաև անկախ բժշկական փորձաքննություններ (IMR):

Անդամագրության դադարեցում՝ Մեր պլանին ձեր անդամագրության դադարեցման գործընթաց: Անդամագրության դադարեցումը կարող է լինել կամավոր (ձեր սեփական որոշմամբ) կամ ոչ կամավոր (երբ դադարեցման որոշումը դուք չեք կայացնում):

Դեղերի օղակները՝ Մեր Դեղերի ցանկում ընդգրկված դեղախմբերը: Ջեներիկ, բրենդային անվանմամբ կամ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղերը՝ դեղերի օղակների օրինակներն են: Մեր Դեղերի ցանկում եղած յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է ծախսերի երեք (3) օղակներից մեկում:

Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում՝ Որոշակի պարագաներ, որոնք ձեր բժիշկը պատվիրում է, դուք պետք է օգտագործեք տանը: Այդ իրերի օրինակներն են՝ մատակարարի կողմից պատվիրված տնային պայմաններում օգտագործելու նպատակով՝ շարժասայլակներ, հենակներ, փչովի ներքնակներ, պարագաներ շաքարախտի համար, հիվանդանոցային մահճակալներ, ներերակային (IV) ներարկման պոմպեր, խոսքի խթանման սարքեր, թթվածնային սարքավորումներ և պարագաներ, նեբուլայզերներ և քայլակներ:

Արտակարգ իրավիճակ՝ Բժշկական իմաստով արտակարգ իրավիճակն այնպիսի իրավիճակ է, երբ դուք կամ առողջապահության և բժշկության վերաբերյալ միջին գիտելիքներ ունեցող մեկ այլ անձ կարծում եք, որ ձեզ մոտ նկատվում են ախտանիշներ, որոնք անմիջական բժշկական միջամտություն են պահանջում՝ մահը, ինչպես նաև մարմնի որևէ մասի կամ դրա գործառույթի կորուստը կանխելու նպատակով: Բժշկական ախտանիշները կարող են լինել լուրջ վնասվածքներ կամ սաստիկ ցավ:

Արտակարգ բուժօգնություն՝ Ապահովագրված ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են արտակարգ բուժօգնության ծառայություններ մատուցելու հատուկ վերապատրաստում անցած մատակարարի կողմից, և անհրաժեշտ են բժշկական կամ վարքագծային առողջության հետ կապված արտակարգ իրավիճակների առաջացման դեպքում:

Բացառություն՝ Ապահովագրական ծածկույթում սովորաբար չներառվող դեղի համար փոխհատուցում ստանալու կամ դեղն առանց որոշակի կանոնների կամ սահմանափակումների օգտագործելու թույլտվություն:

Հավելյալ օգնություն՝ Medicare ծրագիր, որն աջակցում է սահմանափակ եկամուտ և ռեսուրսներ ունեցող անձանց՝ նվազեցնելու դեղատոմսով դեղերի ծախսերը համաձայն Medicare-ի Մաս D-ի, ինչպիսիք են՝ ապահովագրավճարները, նվազեցումները և հավելավճարները: Հավելյալ

օգնությունը կոչվում է նաև «Ցածր եկամուտ ունեցողների նպաստ» կամ «Low-Income Subsidy, LIS»:

Ջեներիկ դեղ՝ Դեղատոմսով դեղ, որը հաստատվել է դաշնային կառավարության կողմից՝ ապրանքանիշային անվանումով դեղի փոխարեն օգտագործելու համար: Ջեներիկ դեղը և ապրանքանիշային անվանումով դեղն ունեն միևնույն բաղադրությունը: Ընդհանուր դեղը սովորաբար ավելի էժան է և տալիս է նույն արդյունքը, ինչ ապրանքանիշային անվանումով դեղը:

Հայց՝ Բողոք, որը դուք ներկայացնում եք մեր կամ մեր ցանցային մատակարարներից կամ դեղատներից մեկի դեմ: Սա ներառում է բողոք ձեր առողջության պլանի կողմից մատուցված խնամքի որակի կամ ծառայության որակի վերաբերյալ:

Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ Ծրագիր, որն անվճար և անկողմնակալ տեղեկատվություն և խորհրդատվություն է տրամադրում Medicare-ի մասին: Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի հետ կապվելու եղանակները նկարագրված են Գլուխ 2-ում:

Բժշկական ապահովագրության պլան՝ Կազմակերպություն, որը բաղկացած է բժիշկներից, հիվանդանոցներից, դեղատներից, երկարատև խնամքի ծառայություններ մատուցողներից և այլ մատակարարներից: Այն ունի նաև գործերի կառավարիչ, որն օգնում է ձեզ կառավարել ձեր բոլոր մատակարարներին և ստացած ծառայությունները: Նրանք բոլորն աշխատում են միասին, որպեսզի ապահովեն ձեզ ձեր համար անհրաժեշտ բուժօգնությամբ:

Առողջության ռիսկի գնահատում՝ Հիվանդության պատմության և ընթացիկ վիճակի գնահատում: Դրա նպատակն է պատկերացում ստանալ հիվանդի ներկայիս վիճակի և հետագայում դրա փոփոխման միտումների մասին:

Օգնություն տնային պայմաններում Անձ, որը տրամադրում է այնպիսի ծառայություններ, որոնք արտոնագրված բուժքրոջ կամ թերապևտի հմտություններ չեն պահանջում: Նման ծառայությունները կարող են ներառել, օրինակ, անձնական խնամքի (լոգանք ընդունելու, զուգարանից օգտվելու, հագնվելու կամ նշանակված վարժությունները կատարելու) հետ կապված օգնության տրամադրումը: Տնային պայմաններում բուժսպասարկում ապահովող անձիք չունեն բուժքրոջ կամ բուժօգնություն տրամադրելու լիցենզիա:

Հոսպիս՝ Ծրագիրն առաջարկում է խնամք և աջակցություն հարմարավետ ապրելու այն մարդկանց, ովքեր ունեն անբուժելի հիվանդության կանխատեսում: Անբուժելի հիվանդության կանխատեսում նշանակում է, որ անձն ունի մահացու հիվանդություն, և մնացել է ապրելու վեց կամ ավելի քիչ ամիսներ:

- Պլանի այն մասնակից, որն ունի անբուժելի հիվանդության կանխատեսում կարող է ընտրել հոսպիսը:
- Հատուկ պատրաստված մասնագետների և խնամատարների թիմ, որը խնամում է տվյալ անձի ֆիզիկական, էմոցիոնալ, սոցիալական և հոգևոր առողջապահական կարիքները:
- Molina Dual Options պլանը պետք է ձեզ տրամադրի ձեր աշխարհագրական տարածքում գտնվող հոսպիսների ցանկը:

Սխալ/անհամապատասխան վճարային հաշիվ՝ Իրավիճակ, երբ մատակարարի (օրինակ՝ բժշկի կամ հիվանդանոցի) կողմից վճարման համար ձեզ ներկայացված հաշվի գումարը գերազանցում է պլանի ծախսերի մասնաբաժինն այդ ծառայությունների համար: Որևէ ծառայություն կամ դեղատոմս ստանալու դեպքում, ցույց տվեք ձեր Molina Dual Options-ի ID անդամաքարտը: Վճարման ենթակա անհասկանալի հաշիվներ ստանալու դեպքում զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին:

Քանի որ Molina Dual Options-ը վճարում է ձեզ մատուցված ծառայությունների ամբողջ արժեքը, դուք որևէ ծախսերի մասնաբաժին պարտք չեք: Այս ծառայությունների համար մատակարարները չպետք է կատարեն ձեզնից գանձում:

Անկախ բժշկական փորձաքննություն (IMR)՝ Եթե մենք մերժենք բուժօգնության ծառայություններ կամ բուժում ապահովելու ձեր պահանջը, ապա դուք կարող եք բողոքարկել մեր այդ որոշումը: Եթե դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ և խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal ծառայությանը, ներառյալ DME պարագաներն ու դեղերը, ապա կարող եք դիմել California-ի Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտին Անկախ բժշկական փորձաքննություն անցկացնելու խնդրանքով: IMR-ն իրենից ներկայացնում է ձեր գործի ուսումնասիրություն մեր պլանի մասնակից չհանդիսացող բժիշկների կողմից: Եթե IMR-ն որոշում կայացնի ձեր օգտին, ապա մենք պարտավոր կլինենք ձեզ տրամադրել պահանջվող ծառայությունը կամ բուժումը: Դուք IMR-ի համար ոչինչ չեք վճարում:

Անկախ բժշկական ասոցիացիա (Independent Physician Association, IPA) Անկախ բժշկական ասոցիացիան՝ դա ընկերություն, որն ունի պայմանագիր Molina Dual Options-ի հետ և որը կազմակերպում է մի խումբ բժիշկների, մասնագետների և այլ բժշկական ծառայությունների մատակարարների տեսակցությունը Molina Dual Options-ի մասնակիցներին: Ձեր բժիշկը Անկախ բժիշկների ասոցիացիայի հետ միասին խնամում են ձեր բոլոր բժշկական կարիքները: Սա ներառում է թույլտվություն ստանալը, եթե դա պահանջվում է, այցելել մասնագետ բժիշկներին կամ ստանալ բժշկական ծառայություններ, ինչպիսիք են լաբորատոր թեստերը, ռենտգենյան ճառագայթները և ստացիոնար ու ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայությունները:

Անհատականացված բժշկական սպասարկման պլան (Individualized Care Plan, ICP կամ Բժշկական սպասարկման պլան)՝ Պլան, որը սահմանում է, թե ինչ ծառայություններ եք դուք ստանալու և ինչ եղանակով եք դրանք ստանալու: Ձեր պլանը կարող է ներառել բժշկական ծառայություններ, վարքագծային առողջության ծառայություններ, ինչպես նաև երկարաժամկետ խնամքի ծառայություններ և օժանդակում:

Ստացիոնար հիվանդ՝ Տերմին, որն օգտագործվում է ձեր պաշտոնական հոսպիտալացումից հետո՝ որակավորված բժշկական ծառայություններ ստանալու նպատակով: Եթե ձեր հոսպիտալացումը պաշտոնապես չի ձևակերպվում, ապա դուք կարող եք ամբուլատոր, այլ ոչ թե ստացիոնար հիվանդ համարվել, նույնիսկ եթե գիշերն անցկացնեք հիվանդանոցում:

Բազմապրոֆիլային բժշկական թիմ (Interdisciplinary Care Team, ICT կամ Բժշկական թիմ)՝ Բժշկական թիմում կարող են ներառված լինել բժիշկներ, բուժքույրեր, խորհրդատուներ կամ առողջապահության ոլորտի այլ մասնագետներ, որոնք կօգնեն ձեզ ստանալ անհրաժեշտ բուժսպասարկումը: Ձեր բժշկական թիմը կօգնի ձեզ նաև անդամագրվել բժշկական սպասարկման պլանին:

Ապահովագրված դեղերի ցանկ (Դեղերի ցանկ)՝ Պլանով ապահովագրված դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի (OTC) դեղերի ցանկ: Պլանը այդ ցանկի դեղերն ընտրում է բժիշկների և դեղագործների օգնությամբ: Դեղերի ցանկը տեղեկացնում է ձեզ, արդյոք գոյություն ունեն որևէ կանոններ, որոնց դուք պետք է հետևեք ձեր դեղերը ստանալու համար: Դեղերի ցանկը երբեմն կոչվում է «դեղաբանական տեղեկատու»:

Երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայություններ (LTSS)՝ Երկարաժամկետ խնամքի ծառայություններ և օժանդակումը ծառայություններն այնպիսի ծառայություններ են, որոնք օգնում են բարելավել երկար տևող հիվանդությունը: Այդ ծառայություններից շատերն օգնում են ձեզ մնալ տանը՝ բուժքույրական խնամքի հաստատություն այցելելու կամ հոսպիտալացվելու փոխարեն: Երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունները ներառում են Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիրը (MSSP), Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայությունները (CBAS) և Բուժքույրական խնամքի հաստատությունները/Ենթասուր բուժսպասարկման հաստատությունները (NF/SCF):

Ցածր եկամուտ ունեցողների նպաստ (Low-income subsidy, LIS)՝ Տե՛ս «Հավելյալ օգնությունը»:

Medi-Cal՝ California-ի Medicaid ծրագրի անվանումն է: Medi-Cal-ն իրականացվում է նահանգի կողմից և վճարվում նահանգային և դաշնային կառավարությունների կողմից:

- Այն օգնում է սահմանափակ եկամուտ և միջոցներ ունեցող մարդկանց վճարել երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունների և օժանդակման և բժշկական ծախսերի համար:
- Այն նաև փոխհատուցում է Medicare-ի չապահովագրված լրացուցիչ ծառայությունների և որոշ դեղերի համար:
- Medicaid ծրագրերը տարբերվում են նահանգից նահանգ, սակայն առողջապահական խնամքի ծառայությունների ծախսերի մեծ մասն ապահովագրվում են, եթե դուք որակավորվում եք Medicare-ի և Medicaid-ի համար:
- Medi-Cal ծրագրի ներկայացուցիչների հետ կապվելու վերաբերյալ տեղեկություններ կարող եք ստանալ Գլուխ 2-ից:

Medi-Cal-ի Պլաններ՝ Պլաններ, որոնք ներառում են միայն Medi-Cal-ի նպաստները, օրինակ՝ երկարատև խնամքի ծառայություններն ու օժանդակությունը, բժշկական սարքավորումները և փոխադրամիջոցները: Medicare-ի նպաստները տրամադրվում են առանձին:

Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ՝ Նկարագրում է ձեզ անհրաժեշտ ծառայություններ, պարագաներ կամ դեղեր՝ կանխարգելելու, ախտորոշելու կամ բուժելու հիվանդությունը կամ պահպանելու ձեր ներկայիս առողջական կարգավիճակը: Սա ներառում է բուժօգնություն, որի շնորհիվ դուք հնարավորություն եք ունենում չգնալ հիվանդանոց կամ բուժքույրական խնամքի տներ: Այն նաև ենթադրում է, որ ծառայությունները, նյութերը կամ դեղերը համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ստանդարտներին կամ այլապես անհրաժեշտ են Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի ծածկույթի կանոնների համաձայն:

Medicare՝ Դաշնային բժշկական ապահովագրության ծրագիր է 65 տարեկան կամ բարձր տարիքի մարդկանց, 65 տարեկանից ցածր հաշմանդամություն ունեցող որոշ մարդկանց և վերջին ստադիայի երիկամային հիվանդություն (հիմնականում դիալիզ կամ երիկամի փոխպատվաստում պահանջող մշտական երիկամային անբավարարություն) ունեցող անձանց համար: Medicare-ի մասնակիցները կարող են ստանալ իրենց Medicare-ի բժշկական ապահովագրությունը Original Medicare-ի կամ կարգավորվող բժշկական սպասարկման պլանի միջոցով (տե՛ս «Բժշկական ապահովագրության պլան»):

Medicare Advantage Plan՝ Medicare ծրագիրը, նաև հայտնի որպես «Medicare Մաս C» կամ «MA պլաններ», առաջարկում է պլաններ մասնավոր ընկերությունների միջոցով: Medicare-ը վճարում է այս ընկերություններին ձեր Medicare-ի նպաստները փոխհատուցելու համար:

Medicare-ի ապահովագրված ծառայություններ՝ Ծառայություններ, որոնք ընդգրկված են Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի ապահովագրական ծածկույթում: Medicare-ի բոլոր բժշկական ապահովագրության պլանները, այդ թվում նաև մեր պլանը, պետք է ներառեն բոլոր այն ծառայությունները, որոնք ընդգրկված են Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի ապահովագրական ծածկույթում:

Medicare-Medi-Cal-ի մասնակից (Երկակի մասնակցություն)՝ Անձ, որն իրավունք ունի ներառվել ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում: Medicare-Medi-Cal-ի մասնակիցը կոչվում է նաև «երկակի իրավունք ունեցող անհատ»:

Medicare-ի Մաս A՝ Medicare-ի ծրագիր, որը ներառում է բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ հիվանդանոցային, որակավորված բուժքույրական հաստատությունների, տնային խնամքի և անբուժելի հիվանդների բուժսպասարկման ծառայություններից շատերը:

Medicare-ի Մաս B՝ Medicare-ի ծրագիր, որը ներառում է ծառայություններ (օրինակ՝ լաբորատոր թեստեր, վիրաբուժական ծառայություններ կամ բժշկի այցելություններ) և պարագաներ (օրինակ՝ անվասայլակներ և քայլելու հարմարանքներ), որոնք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են որևէ հիվանդություն բուժելու կամ առողջական վիճակ բարելավելու համար: Medicare-ի Մաս B-ն ներառում է նաև կանխարգելման և հետազոտման ծառայություններից շատերը:

Medicare-ի Մաս C՝ Medicare-ի ծրագիր, որը բժշկական ապահովագրական մասնավոր ընկերություններին թույլ է տալիս Medicare-ի նպաստներ տրամադրել Medicare Advantage պլանի միջոցով:

Medicare-ի Մաս D՝ Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի նպաստների ծրագիր: (Հակիրճ լինելու համար մենք այս ծրագիրն անվանում եք պարզապես «Մաս D»): Մաս D-ն ներառում է ամբուլատոր դեղատոմսով դեղեր, պատվաստանյութեր և որոշ պարագաներ, որոնք ներառված չեն Medicare-ի Մաս A-ի կամ Մաս B-ի կամ Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում: Molina Dual Options-ը ներառում է Medicare-ի Մաս D-ն:

Medicare-ի Մաս D-ի դեղեր՝ դեղեր, որոնք կարող են ներառվել Medicare-ի Մաս D-ի ապահովագրական ծածկույթում: Կոնգրեսը դեղերի որոշ կարգերը հատուկ բացառել է Medicare-ի Մաս D-ի ապահովագրական ծածկույթից: Այդ դեղերից որոշները կարող են ներառվել Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում:

մասնակից (մեր պլանի մասնակից կամ պլանի մասնակից)՝ Medicare և Medi-Cal ծրագրերի մասնակից, որն իրավունք ունի ստանալ ապահովագրված ծառայությունները, անդամագրվել է մեր պլանին, և որի անդամագրությունը հաստատվել է Medicare և Medicaid սպասարկման կենտրոնների և նահանգի կողմից:

Մասնակիցի ձեռնարկ և Տեղեկատվության բացահայտում՝ Այս փաստաթուղթը՝ անդամագրության դիմումի ձևի և այլ կցորդների կամ հավելումներ, որոնք բացատրում են ձեր ապահովագրությունը, մեր պարտականությունները, ձեր իրավունքները և ձեր կատարելիք գործողությունները, որպես մեր պլանի մասնակից:

Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Մեր պլանի ստորաբաժանում, որը պատասխանատու է անդամագրության, նպաստների, հայցերի և բողոքարկումների վերաբերյալ ձեր հարցերին պատասխանելու համար: Մասնակիցների սպասարկման բաժին հետ կապվելու վերաբերյալ տեղեկություններ կարող եք ստանալ Գլուխ 2-ից:

Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP)՝ Ծրագիր, որը որպես բուժքույրական խնամքի հաստատություն տեղավորմանն այլընտրանք, Տանը և համայնքի տարածքում տրամադրվող ծառայություններ (HCBS, Home and Community-Based Services) է մատուցում Medi-Cal-ում ընտրվելու իրավունք ունեցող, 65 տարեկան կամ բարձր և հաշմանդամություն ունեցող անձանց:

Ցանցային դեղատուն՝ Դեղատուն (դեղի վաճառքի խանութ), որը համաձայնել է մեր պլանի մասնակիցների համար դեղ տրամադրել ըստ դեղատոմսերի: Մենք դրանց անվանում եք «ցանցային դեղատներ», քանի որ դրանք համաձայնվել են համագործակցել մեր պլանի հետ: Դեպքերից մեծամասնությունում մենք կփոխհատուցենք դեղատոմսով դեղի արժեքը միայն, եթե դրանք բաց են թողնվում մեր ցանցային որևէ դեղատնից:

Ցանցային մատակարար՝ «Մատակարարը» ընդհանուր տերմին է, որը մենք օգտագործում եք բժիշկներին, բուժքույրերին և ձեզ ծառայություններ և բուժօգնություն տրամադրող այլ անձանց նշելու համար: Տերմինը նաև ներառում է հիվանդանոցները, տնային պայմաններում բուժսպասարկում իրականացնող գործակալությունները, կլինիկաները և այլ հաստատություններ, որտեղ ձեզ տրամադրվում են բուժսպասարկման ծառայություններ, բժշկական սարքավորումներ և երկարաժամկետ խնամքի ծառայություններ և օժանդակում:

- Դրանք արտոնագրված կամ վկայագրված են Medicare-ի և նահանգի կողմից՝ բուժսպասարկման ծառայություններ տրամադրելու համար:
- Մենք նրանց անվանում եք «ցանցային մատակարարներ», երբ նրանք համաձայնվում են համագործակցել բժշկական ապահովագրության պլանի հետ, ընդունում են մեր վճարումը և մեր մասնակիցներից լրացուցիչ գումարներ չեն գանձում:
- Քանի դեռ դուք մեր պլանի մասնակից եք, դուք պետք է օգտվեք ցանցային մատակարարներից ապահովագրված ծառայություններ ստանալու համար: Ցանցային մատակարարները կոչվում են նաև «պլանի մատակարարներ»:

Բուժքույրական խնամքի հաստատություն՝ Հաստատություն, որը բուժսպասարկում է տրամադրում այն մարդկանց, ովքեր չեն կարող բուժսպասարկում ստանալ տան պայմաններում, բայց և կարիք էլ չունեն մնալու հիվանդանոցում:

Օմբուդսմեն՝ Ձեր նահանգում գործող գրասենյակ՝ որպես պաշտպան ձեր անունից: Նրանք կարող են պատասխանել հարցերին, եթե դուք ունեք խնդիր կամ բողոք, և կարող են օգնել ձեզ հասկանալու, թե ինչ է պետք անել: Օմբուդսմենի ծառայություններն անվճար են: Cal MediConnect Ombuds-ն ծրագրի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել այս ձեռնարկի 2-րդ և 9-րդ գլուխներում:

Medicare-ի առողջապահական պլանի կողմից կայացրած որոշում՝ Դա այն որոշումն է, որը պլանը կամ դրա մատակարարներից մեկը կայացնում է ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրման կամ ապահովագրված ծառայությունների ծախսերի ձեր մասնաբաժնի վերաբերյալ: Այս ձեռնարկի շրջանակներում «Medicare-ի առողջապահական պլանի կողմից կայացրած որոշումները» կոչվում են «փոխհատուցման որոշումներ»: Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում հայցելու կարգը նկարագրված է Գլուխ 9-ում:

Original Medicare (ավանդական Medicare կամ ըստ ծառայության վճարվող Medicare)՝ Original Medicare-ն առաջարկվում է կառավարության կողմից: Original Medicare-ի շրջանակներում Medicare-ի ծառայությունները փոխհատուցվում են բժիշկներին, հիվանդանոցներին և առողջապահական ծառայությունների այլ մատակարարներին Կոնգրեսի կողմից սահմանված գումարները վճարելու միջոցով:

- Դուք կարող եք այցելել ցանկացած բժշկի, հիվանդանոց կամ առողջապահական ծառայությունների այլ մատակարարի, որն ընդունում է Medicare-ը: Original Medicare-ը բաղկացած է երկու մասից՝ Մաս A (հիվանդանոցային ապահովագրություն) և Մաս B (բժշկական ապահովագրություն):
- Original Medicare-ը մատչելի է ԱՄՆ-ի ամբողջ տարածքում:
- Եթե դուք չեք ցանկանում միանալ մեր պլանին, ապա կարող եք ընտրել Original Medicare-ը:

Ոչ-ցանցային դեղատուն՝ Դեղատուն, որը չի համաձայնվել համագործակցել մեր պլանի հետ՝ մեր պլանի մասնակիցներին ապահովագրված դեղերի տրամադրումը համակարգելու կամ իրականացնելու նպատակով: Դեղերի մեծամասնությունը, որոնք դուք ձեռք եք բերում ոչ ցանցային դեղատներից, չեն փոխհատուցվում մեր պլանի կողմից, եթե հատուկ պայմաններ չեն կիրառվում:

Ոչ ցանցային մատակարար կամ ոչ ցանցային հաստատություն՝ Մատակարար կամ հաստատություն, որը ծառայություններ չի մատուցում մեր պլանին, դրա սեփականությունը չի հանդիսանում և չի կառավարվում դրա կողմից, ինչպես նաև դրա հետ պայմանագիր չի կնքել՝ մեր պլանի մասնակիցներին ապահովագրված ծառայություններ տրամադրելու համար: Գլուխ 3-ը տեղեկատվություն է պարունակում ոչ-ցանցային մատակարարների և հաստատությունների մասին:

Առանց դեղատոմսի դեղեր (OTC, Over-the-counter)՝ Առանց դեղատոմսի դեղերը վերաբերում են ցանկացած դեղի կամ դեղի, որ անձը կարող է գնել առանց առողջապահական խնամքի մասնագետի կողմից տրված դեղատոմսի:

Մաս A՝ Տես «Medicare-ի Մաս A»:

Մաս B՝ Տես «Medicare-ի Մաս B»:

Մաս C՝ Տես «Medicare-ի Մաս C»:

Մաս D՝ Տես «Medicare-ի Մաս D»:

Մաս D-ի դեղեր՝ Տես «Medicare-ի Մաս D-ի դեղերը»:

Բժշկական անձնական տվյալներ (նաև կոչվում է առողջության մասին պաշտպանված տվյալներ) (PHI)՝ Տեղեկատվություն ձեր և ձեր առողջության մասին, ինչպիսիք են՝ ձեր անունը, հասցեն, սոցիալական ապահովության համարը, բժշկի այցելությունները և բժշկական պատմությունը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե ինչպես է Molina Dual Options-ը պաշտպանում, օգտագործում և փոխանցում ձեր ԲԱ տվյալները PHI-ը, ինչպես նաև ձեր ԲԱ տվյալների PHI-ը վերաբերյալ ձեր իրավունքների մասին, տե՛ս Molina Dual Options-ի Անձնական տեղեկության օգտագործման կարգի վերաբերյալ ծանուցումը:

Առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարար (PCP)՝ Առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը բժիշկ է կամ այլ մատակարար, որին առողջական խնդիրներից շատերի առաջացման դեպքում դուք այցելում եք առաջին հերթին: Այն ապահովում է բուժօգնությունը, որն անհրաժեշտ է ձեր առողջական վիճակը բարելավելու համար:

- Նա կարող է ձեր բուժօգնության վերաբերյալ նաև խորհրդակցել այլ բժիշկների կամ առողջապահական ծառայությունների մատակարարների հետ և ուղարկել ձեզ նրանց մոտ:
- Medicare բժշկական ապահովագրության պլաններից շատերը պահանջում են, որպեսզի ցանկացած այլ առողջապահական ծառայությունների մատակարարին այցելելուց առաջ, դուք նախ խորհրդակցեք ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի հետ:
- Առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարների ծառայություններից օգտվելու մասին տեղեկատվություն կարող եք գտնել Գլուխ 3-ում:

Նախնական թույլտվություն՝ Ձեզ անհրաժեշտ է Molina Dual Options-ի թույլտվությունը՝ դուք կարող եք ստանալ հատուկ ծառայություն կամ դեղ կամ հանդիպել ցանցից դուրս մատակարարի: Molina Dual Options-ը հնարավոր է չփոխհատուցի դեղի կամ ծառայության համար, եթե դուք չստանաք այդ համաձայնությունը:

Որոշ ցանցային բժշկական ծառայությունների համար փոխհատուցում տրամադրվում է միայն այն դեպքերում, երբ ձեր բժիշկը կամ ցանցային այլ մատակարարը ստանում է մեր պլանի նախնական համաձայնությունը:

- Ապահովագրված ծառայությունները, որոնց համար նախնական թույլտվություն է հարկավոր մեր պլանից, նշված են Գլուխ 4-ի Նպաստների աղյուսակում:

Որոշ դեղերի համար փոխհատուցում տրամադրվում է միայն մեզնից նախնական թույլտվություն ստանալու դեպքում:

- Մեր պլանից նախնական թույլտվություն պահանջող ապահովագրված դեղերը նշված են Ապահովագրված դեղերի ցանկում:

Տարեցների ներառական բուժօգնության ծրագրի (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) պլաններ՝ Ծրագիր, որը ներառում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները և նախատեսված է 55 և ավելի բարձր տարիքի մարդկանց համար, որոնք տանն ապրելու համար ավելի բարձ մակարդակի խնամք են պահանջում:

Պրոթեզավորում և օրթոպեդիա՝ Բժշկական սարքավորումներ, որոնք պատվիրվում են ձեր բժշկի կամ այլ առողջապահական խնամքի մատակարարի կողմից: Ապահովագրված իրերը ներառում են այդ թվում՝ ձեռքերի, մեջքի կամ պարանոցի հենարաններով, արհեստական վերջույթներով, արհեստական աչքերով, և ներքին օրգաններ կամ ֆունկցիաներ փոխարինելու համար անհրաժեշտ սարքավորմամբ, այդ թվում, անզսպության խնամքի պարագաներ, էնտերալ և պարէնտերալ սնուցման թերապիա:

Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO)՝ Բժիշկների և առողջապահության ոլորտի այլ փորձագետների խումբ, որն օգնում է բարելավել Medicare-ի մասնակիցներին տրամադրվող բուժսպասարկման որակը: Կազմակերպությանը վճարում է դաշնային կառավարությունը՝ հիվանդներին տրամադրվող բուժսպասարկման ծառայությունների որակը ստուգելու և բարելավելու նպատակով: Ձեր նահանգի որակի բարելավման կազմակերպության հետ կապվելու մասին տեղեկություններ կարող եք ստանալ Գլուխ 2-ից:

Քանակական սահմանափակումներ՝ Ձեր կողմից ստացվող դեղերի քանակի սահմանափակում: Սահմանափակումները կարող են վերաբերել մեկ դեղատոմսով ապահովագրված դեղին:

Ուղեգիր՝ Ուղեգիր նշանակում է, որ ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը (PCP) պետք է տա ձեզ հավանությունը, նախքան դուք կարողանաք հանդիպել մեկին, որը ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարը չէ: Եթե դուք չստանաք հավանություն, Molina Dual Options-ը հնարավոր է չփոխհատուցի ծառայությունները: Որոշ մասնագետների, ինչպես օրինակ՝ կանանց առողջական հարցերով զբաղվող մասնագետների հետ հանդիպելու համար, ձեզ անհրաժեշտ չէ ուղեգիր:

Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել գլուխ 3-ում՝ ուղեգրերի և գլուխ 4-ում՝ ուղեգրեր պահանջող ծառայությունների վերաբերյալ:

Վերականգնողական ծառայություններ՝ Բուժում, որը դուք ստանում եք հիվանդությունից, վթարից կամ ծանր վիրահատությունից հետո վերականգնվելու նպատակով: Վերականգնողական ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք ստանալ Գլուխ 4-ից:

Սպասարկման տարածք. Աշխարհագրական տարածք, որի սահմաններում բժշկական ապահովագրության պլանն ընդունում է մասնակիցներին այն դեպքում, երբ անդամագրությունը սահմանափակվում է ըստ բնակության վայրի: Այն պլանների համար, որոնք թույլ են տալիս օգտվել բժիշկների և հիվանդանոցների միայն սահմանափակ ցանկից, դա կարող է նշանակել նաև տարածք, որի սահմաններում դուք կարող եք ստանալ ստանդարտ (ոչ արտակարգ) ծառայություններ: Molina Dual Options-ն կարող են ստանալ միայն մեր սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ:

Ծախսերի մասնաբաժին. Ձեր առողջապահական ծախսերի այն մասնաբաժինը, որը դուք կարող եք պարտավոր լինել վճարել ամեն ամիս, նախքան Cal MediConnect նպաստների ուժի մեջ մտնելը: Ձեր ծախսերի մասնաբաժնի չափը տարբերվում է՝ կախված ձեր եկամուտներից և ռեսուրսներից:

Որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատություն (SNF)՝ Որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատություն, որն ունի որակավորված բուժքույրական խնամք և, շատ դեպքերում, նաև որակավորված վերականգնողական և այլ առնչվող առողջապահական ծառայություններ տրամադրելու համար անհրաժեշտ աշխատակազմ և սարքավորում:

Որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության (SNF) կողմից տրամադրվող բուժսպասարկում՝ Որակավորված բուժքույրական խնամք և վերականգնողական ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են շարունակական, ամենօրյա հիմունքներով որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում: Որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության կողմից տրամադրվող բուժսպասարկման օրինակներն են ֆիզիոթերապիան կամ ներերակային ներերակային (IV) ներարկումները, որոնք կարող են ապահովվել միայն գրանցում ունեցող բուժքույրերի կամ բժիշկների կողմից:

Մասնագետ՝ Բժիշկ, որը բուժօգնություն է տրամադրում հատուկ հիվանդության դեմ կամ մարմնի որևէ մասի համար:

Նահանգային լսում՝ Եթե ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ մատակարարը փոխհատուցում է պահանջում որևէ Medi-Cal ծառայության համար, որը մենք չենք հաստատում, կամ եթե մենք դադարեցնում ենք փոխհատուցման տրամադրումը որևէ Medi-Cal ծառայության համար, որից դուք արդեն օգտվում եք, ապա դուք կարող եք նահանգային լսում պահանջել: Եթե նահանգային լսման արդյունքում որոշում կայացվի ձեր օգտին, ապա մենք պարտավոր կլինենք ձեզ տրամադրել պահանջվող ծառայությունը:

Փուլային բուժում՝ Փոխհատուցման կանոն, որը պահանջում է, որպեսզի ձեր կողմից պահանջվող դեղի համար փոխհատուցում տրամադրելուց առաջ դուք նախ փորձեք մեկ այլ դեղ:

Սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտ (Supplemental Security Income, SSI)՝ Ամսական նպաստ, որը Սոցիալական ապահովության դեպարտամենտը վճարում է սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող անձանց, որոնք հաշմանդամ են, կույր կամ 65 և ավելի բարձր տարիքի: Սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտի նպաստները նույնը չեն, ինչ սոցիալական ապահովության նպաստները:

Անհետաձգելի բուժօգնություն՝ Այն բուժօգնությունն է, որը դուք ստանում եք անսպասելի հիվանդության, վթասվածքի կամ պաթոլոգիայի դեպքում, որը չի հանդիսանում արտակարգ իրավիճակ, բայց որի համար հարկավոր է անմիջապես բուժօգնություն ցուցաբերել: Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնությունը կարող եք ստանալ ոչ-ցանցային մատակարարներից այն դեպքերում, երբ ցանցային մատակարարները անմատչելի են կամ դուք չեք կարողանում կապվել նրանց հետ:

Molina Dual Options Մասնակիցների սպասարկման բաժին

Մեթոդ	Կոնտակտային տվյալներ
ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(855) 665-4627 Զանգերն այս համարին անվճար են: Երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով: Օժանդակ տեխնոլոգիաները, ներառյալ ինքնասպասարկումը և ձայնային փոստի ընտրանքները, հասանելի են արձակուրդների ընթացքում, աշխատանքային ժամերից հետո, ինչպես նաև շաբաթ և կիրակի օրերին: Մասնակիցների սպասարկման բաժինը նույնպես ունի թարգմանչի ծառայություններ, որոնք հասանելի են այն անձանց համար, ովքեր չեն խոսում անգլերեն:
TTY	711 Զանգերն այս հեռախոսահամարին անվճար են: Երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00-ը տեղական ժամանակով:
ՖԱՔՍ	Բժշկական ծառայությունների համար՝ Ֆաքս՝ (310) 507-6186 Մաս D (Rx) ծառայությունների համար՝ Ֆաքս՝ (866) 290-1309
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802 Մաս D (Rx) ծառայությունների համար՝ 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047
ՎԵԲԿԱՅՔ	www.MolinaHealthcare.com/Duals