CA H5810-016

2023
Անդամի ձեռնարկ

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan

California H5810-016

Սպասարկում է հետևյալ շրջանները՝ Los Angeles, Riverside (մասնակի), San Bernardino (մասնակի) and San Diego

Ուժի մեջ է 2023 թվականի հունվարի 1-ից մինչ դեկտեմբերի 31-ը

MOLINA® HEALTHCARE

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)՝ Medicare Medi-Cal ծրագիր *Անդամի ձեռնարկ*

01/01/2023 – 12/31/2023

Ձեր առողջության ֆ դեղերի ծածկույթը Molina Complete Care Plus-ի ներքո (HMO-D-SNP)՝ Medicare Medi-Cal ծրագիր

Անդամի ձեռնարկի Ներածություն

Այս *Անդամի ձեռնարկն՝, այլ կերպ հայտնի որպես Տեղեկագիրք ապահովագրական ծածկույթի պայմանների վերավբերյալ*, տեղեկացնում է ձեզ Molina Medicare Complete Care Plus-ի շրջանակներում Ձեր ապահովագրության մասին մինչև 2/31/2023: 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: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով կարող եք գտնել *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

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

Երբ այս *Անդամի ձեռնարկում* ասվում է «մենք», «մեզ», «մեր» կամ «մեր ծրագիրը», դա նշանակում է Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP):

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, 7 days a week, 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 (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 (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 (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 (855) 665-4627 (TTY: 711).

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

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

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-665-4627 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

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

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

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បីរអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ (855) 665-4627 (TTY: 711)។

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, 7 days a week, 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.

2023 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

Բովանդակություն

Գլուխ 1. *Ինչի՞ց սկսել որպես անդամ* *6*

Գլուխ 2. *Կարևոր հեռախոսահամարներ և ռեսուրսներ* *15*

Գլուխ 3: *Ծրագրի ապահովագրությունն օգտագործումը Ձեր բուժսպասարկման և այլ փոխհատուցվող ծառայությունների համար* *30*

Գլուխ 4. *Նպաստների աղյուսակ* *51*

Գլուխ 5: *Ստանալ Ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերը* *108*

Գլուխ 6. *Որքան եք վճարում Ձեր Medicare և Medi-Cal դեղատոմսով դեղերի համար* *124*

Գլուխ 7. *Դիմել մեզ Ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար վճարելու խնդրանքով* *142*

Գլուխ 8: *Ձեր իրավունքները և պարտականությունները* *147*

Գլուխ 9: *Ի՞նչ անել, եթե Դուք ունեք խնդիր կամ բողոք (փոխհատուցման որոշումներ, բողոքարկումներ, բողոքներ)* *171*

Գլուխ 10: *Մեր ծրագրին Ձեր անդամակցության ավարտը* *220*

Գլուխ 11: *Իրավական ծանուցումներ* *227*

Գլուխ 12: *Կարևոր բառերի սահմանումներ* *230*

Հրաժարում պատասխանատվությունից

- Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) Առողջապահական ծրագիր է Medicare-ի պայմանագրով և պայմանագիր պետական Medicaid ծրագրի հետ: Molina Medicare Complete Care Plus-ում գրանցվելը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից:
- Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթն այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառատեսակի, բրայլան գրի կամ ձայնագրության տեսքով: Զանգահարեք (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711: Զանգն անվճար է:
- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ի ներքո ապահովագրությունը դասակարգվում է որպես առողջապահական ապահովագրություն, որը կոչվում է «նվազագույն էական ապահովագրություն»: Այն համապատասխանում է «Հիվանդների պաշտպանության և մատչելի բուժսպասարկման մասին» օրենքի (Patient Protection and Affordable Care Act's, ACA) անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջին: Անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Ներքին եկամուտների ծառայության (IRS) կայքըwww.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families հղումով:

- Կարող են կիրառվել սահմանափակումներ, համավճարներ և արգելանքներ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Molina Medicare Complete Care Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ կարդացեք Molina Medicare Complete Care Անդամի ձեռնարկը: Սա նշանակում է, որ դուք հնարավոր է՝ պետք է վճարեք որոշ ծառայությունների համար և ձեզ հարկավոր է հետևել որոշակի կանոնների, որպեսզի Molina Medicare Complete Care Plus-ը վճարի Ձեր ծառայությունների համար:

  ՈՉ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

  Molina Healthcare-ը համապատասխանում է դաշնային օրենսդրությամբ սահմանված բոլոր քաղաքացիական իրավունքներին և թույլ չի տալիս խտրականություն՝ ելնելով սեռից, ռասայից, մաշկի գույնից, կրոնից, ծագումից, ազգային պատկանելությունից, էթնիկ խմբի նույնականացումից, տարիքից, մտավոր հաշմանդամությունից, ֆիզիկական հաշմանդամությունից, առողջական վիճակից, գենետիկ տվյալներից, ամուսնական կարգավիճակից, գենդերից, գենդերային ինքնությունից կամ սեռական կողմնորոշումից:
  Եթե կարծում եք, որ Molina Healthcare-ը խտրականություն է կիրառել՝ ելնելով սեռից, ռասայից, մաշկի գույնից, կրոնից, ծագումից, ազգային պատկանելությունից, էթնիկ խմբի նույնականացումից, տարիքից, մտավոր հաշմանդամությունից, ֆիզիկական հաշմանդամությունից, առողջական վիճակից, գենետիկ տվյալներից, ամուսնական կարգավիճակից, գենդերից, գենդերային ինքնությունից կամ սեռական կողմնորոշումից, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել՝:
  Civil Rights Coordinator
  200 Oceangate Long Beach, CA 90802
  Զանգահարեք (866) 606-3889, երկուշաբթի - ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը.՝ տեղական ժամանակով
  TTY՝ 711Ֆաքս՝ (562) 499-0610
  Էլ.փոստ՝ civil.rights@MolinaHealthcare.com
  Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել անձամբ կամ փոստով, ֆաքսով կամ էլեկտրոնային փոստով:
  Եթե բողոք ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք, Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողը հասանելի է ձեզ օգնելու համար:
  Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների վերաբերյալ բողոք ներկայացնել California Department of Health Care Services-ին, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակին հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.
  Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի փոխտնօրեն
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201
  (800) 368-1019 (800) 537-7697 (202) 619-3818 OCRMail@hhs.gov
  www.hhs.gov/ocr
  Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են՝ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
  Եթե կարծում եք, որ Molina-ն դրսևորվել է խտրական մոտեցում՝ ելնելով ռասայից, մաշկի գույնից, ազգային պատկանելությունից, տարիքից, հաշմանդամությունից կամ սեռից, կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների վերաբերյալ բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների հարցերով գրասենյակ էլեկտրոնային եղանակով Քաղաքացիական իրավունքների հարցերով գրասենյակի բողոքարկման պորտալի միջոցով, որը հասանելի է հետևյալ հասցեով՝
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
  կամ փոստով կամ հեռախոսով՝
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW, Room 509F
  HHH Building
  Washington, DC 20201
  1–800–868–1019 կամ 800–537–7697 (TDD)
  Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են այստեղ՝
  http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html:

Գլուխ 1. Ինչի՞ց սկսել որպես անդամ

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է տեղեկատվություն Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) առողջապահական ծրագրի մասին, որն ընդգրկում է Ձեր բոլոր Medicare ծառայությունները և համակարգում Ձեր և Medi-Cal բոլոր ծառայությունները: Այն նաեւ պատմում է ձեզ, թե ինչ ակնկալիք կունենաք եւ ինչ այլ տեղեկություններ եք ստանալու մեր կողմից: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները հայտնվում են այբբենական կարգով Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Բարի գալուստ մեր ծրագիր 7
B. Տեղեկություններ Medicare-ի և Medi-Cal-ի մասին 7
B1. Medicare 7
B2. Medi-Cal 7
C. Մեր ծրագրի առավելությունները 8
D. Մեր ծրագրի սպասարկման տարածքը 9
E. Ինչն է ձեզ իրավասու դարձնում ծրագրի անդամ դառնալու համար 9
F. Ի՞նչ ակնկալել, երբ առաջին անգամ եք միանում բժշկական ապահովագրության մեր ծրագրին 9
G. Ձեր բուժսպասարկման թիմը և բուժսպասարկման ծրագիրը 10
G1. Բուժսպասարկման թիմ 10
G2. Բուժսպասարկման ծրագիր 11
H. Ամսական ծրագրի պրեմիում 11
I. Ձեր *Անդամի ձեռնարկը* 11
J. Այլ կարևոր տեղեկություններ, որոնք Դուք ստանում եք մեզանից 11
J1. Ձեր ծրագրի նույնականացման քարտը 12
J2. *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու* 12
J3. *Փոխհատուցվող դեղերի ցուցակ* 14
J4. *Նպաստների նկարագրում* 14
K. Պահպանել Ձեր մասնակցի տվյալներն արդի վիճակում 14
K1. Բժշկական անձնական տվյալների գաղտնիություն (personal health information, PHI) 15

A. Բարի գալուստ մեր ծրագիր

Մեր ծրագիրը տրամադրում է Medicare և Medi-Cal ծառայություններ այն անհատներին, ովքեր իրավասու են երկու ծրագրերին: Մեր ծրագիրը ներառում է բժիշկներ, հիվանդանոցներ, դեղատներ, երկարատև խնամքի ծառայությունների և օժանդակման մատակարարներ, վարքագծային բուժսպասարկման մատակարարներ և այլ մատակարարներ: Այն ունի նաև գործերը վարող անձինք և բուժսպասարկման թիմեր, որոնք օգնում են ձեզ կարգավորել մատակարարներից ստացած բոլոր ծառայությունները: Նրանք բոլորն աշխատում են միասին, որպեսզի ապահովեն ձեզ Ձեր համար անհրաժեշտ բուժօգնությամբ:

Molina Healthcare-ում մենք հասկանում ենք, որ բոլոր անդամները տարբերվում են և ունեն առանձնահատուկ կարիքներ: Ահա թե ինչու է Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ը միավորում Ձեր Medicare և Medi-Cal նպաստները մեկ ծրագրում, որպեսզի 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 Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ն առաջնահերթություն է համարում իր անդամների կարիքները, ինչը մենք շարունակում ենք իրականացնել այսօր:

Բարի գալուստ Molina Healthcare: Ձեր մեծ ընտանիքը:

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

B1. Medicare

Medicare-ը՝ դա բժշկական ապահովագրության դաշնային ծրագիր է՝

- 65 տարեկան կամ ավելի բարձր անձանց,
- 65 տարեկանից ցածր անձանց, ովքեր ունեն որոշակի հաշմանդամություն և
- Վերջին փուլում գտնվող երիկամային հիվանդություն (երիկամների աշխատանքի խանգարում) 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 (Long-Term Services and Supports, LTSS) և բժշկական ծախսերի համար: Այն նաև փոխհատուցում է Medicare-ի կողմից չապահովագրված լրացուցիչ ծառայությունների և դեղերի համար:

Յուրաքանչյուր նահանգ որոշում է՝

- Որոնք են համարվում եկամուտ և միջոցներ,
- Ով է իրավասու,
- 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 մեր ծրագիրը: Դուք իրավասու եք ստանալ Medicare և Medi-Cal ծառայությունները մեր ծրագրի միջոցով, քանի դեռ՝

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

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

C. Մեր ծրագրի առավելությունները

Դուք այժմ կստանաք փոխհատուցվող բոլոր Ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունները մեր ծրագրից՝ ներառյալ դեղատոմսով դեղերը: **Դուք հավելյալ գումար չեք վճարի այս բժշկական ապահովագրության ծրագրին միանալու համար:**

Մենք կօգնենք, որպեսզի Ձեր Medicare և Medi-Cal նպաստներն ավելի արդյունավետ փոխգործակցեն և ավելի արդյունավետ ծառայեն Ձեր օգտին: Որոշ առավելություններ ներառում են՝

- Դուք կարող եք համագործակցել **մեզ հետ** Ձեր **բոլոր** առողջապահական կարիքները բավարարելու համար:
- Դուք կունենաք բուժսպասարկման թիմ, որի ձևավորման գործում Դուք կունենաք Ձեր մասնակցությունը: Ձեր բուժսպասարկման թիմում կարող եք լինել Դուք, Ձեր խնամատարը, բժիշկներ, բուժքույրեր, խորհրդատուներ կամ այլ առողջապահական մասնագետներ:
- Ձեզ հասանելի կլինի նաև գործի վարման պատասխանատու անձ: Դա այն անձն է, ով աշխատում է Ձեր, մեր ծրագրի և Ձեր բուժսպասարկման թիմի հետ՝ Ձեր բուժսպասարկման ծրագիրը կազմելու համար:
- Դուք հնարավորություն կունենաք ուղղորդել Ձեր բուժումը Ձեր բուժսպասարկման թիմի և գործի վարման պատասխանատու անձի օգնությամբ:
- Ձեր բուժսպասարկման թիմը և գործի վարման պատասխանատու անձը կաշխատեն ձեզ հետ և կներկայացնեն այնպիսի բժշկական սպասարկման ծրագիր, որը հատուկ կազմվել է Ձեր առողջապահական կարիքները բավարարելու համար: Բուժսպասարկման թիմը կօգնի համակարգել ձեզ հարկավոր ծառայությունները: Օրինակ՝ սա նշանակում է, որ Ձեր բուժսպասարկման թիմը երաշխավորում է, որ.
  - Ձեր բժիշկները գիտեն 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 թեստի արդյունքները, ըստ անհրաժեշտության, կիսվում են Ձեր բոլոր բժիշկների և այլ մատակարարների հետ:

Molina Medicare Complete Care Plus-ի նոր անդամներ: Շատ դեպքերում Դուք կգրանցվեք Molina Medicare Complete Care Plus-ում Ձեր Medicare-ի նպաստների համար Molina Medicare Complete Care Plus-ում գրանցվելու հայտ ներկայացնելու մյուս ամսվա 1-ին: Դուք դեռ կարող եք ստանալ Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Ձեր նախկին Medi-Cal առողջապահական ծրագրից ևս մեկ ամիս Դրանից հետո Դուք կստանաք Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Molina Medicare Complete Care Plus-ի միջոցով: Ձեր Medi-Cal ծածկույթում ընդհատում չի լինի: Խնդրում ենք զանգահարեք (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով, եթե հարցեր ունեք:

D. Մեր ծրագրի սպասարկման տարածքը

Մեր սպասարկման տարածքը ներառում է California-ի հետևյալ շրջանները՝

- Los Angeles վարչաշրջանը
- San Diego վարչաշրջանը
- Riverside և San Bernardino վարչաշրջանները, բացառությամբ հետևյալ փոստային կոդերը՝
  - 92225, 92226, 92239, 92275, 92382, 92385, 92386, 92391, 92397, 92398,92409, 93562, 93592, 92242, 92252, 92256, 92267, 92268, 92277, 92278, 92280, 92284, 92285, 92286, 92304, 92305, 92309, 92310, 92311, 92312, 92314, 92315, 92317, 92321, 92322, 92323, 92325, 92326, 92327, 92332, 92333, 92338, 92339, 92341, 92342, 92347, 92352, 92356, 92363, 92364, 92365, 92366, 92368, 92372:

Մեր ծրագրին կարող են միանալ միայն մեր սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ:

Դուք չեք կարող մնալ մեր ծրագրում, եթե տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից դուրս: Մեր սպասարկման տարածքից դուրս գալու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս **Գլուխ 8-ը:**

E. Ինչն է ձեզ իրավասու դարձնում ծրագրի անդամ դառնալու համար

Դուք իրավասու եք անդամակցել մեր ծրագրին, քանի դեռ՝

- Ապրեք մեր սպասարկման տարածքում (բանտարկված անձինք չեն համարվում աշխարհագրական ծառայության տարածքում ապրող, նույնիսկ եթե ֆիզիկապես գտնվում են դրանում), ֆ
- Անդամագրման պահին 21 տարեկան և բարձր եք, ֆ
- Ունեք ինչպես Medicare-ի Մաս A, այնպես էլ Medicare-ի Մաս B, ֆ
- Ներկայումս Medi-Cal-ի անդամ դառնալու իրավունք ունեք, ֆ
- Միացյալ նահանգների քաղաքացի եք, կամ գտնվում եք Միացյալ նահանգներում օրինական հիմունքներով:

Լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար՝ զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն:

Խնդրում ենք ի նկատի ունենալ, եթե Դուք կորցնում եք Ձեր իրավասությունը, բայց ողջամտորեն ակնկալվում է, որ կվերականգնեք համապատասխանությունը 6 ամսվա ընթացքում, ապա Դուք դեռ իրավասու եք անդամակցելու մեր ծրագրին (Գլուխ 4, Բաժին A-ն պատմում է ձեզ այս ժամանակահատվածում ծածկույթի և ծախսերի բաշխման մասին, որը կոչվում է շարունակական իրավասություն):

F. Ի՞նչ ակնկալել, երբ առաջին անգամ եք միանում բժշկական ապահովագրության մեր ծրագրին

Երբ առաջին անգամ միանաք ծրագրին, կստանաք առողջության ռիսկի գնահատում (HRA)՝ 90 օրվա ընթացքում Ձեր գրանցման օրվանից հետո:

Մենք պետք է լրացնենք HRA-ը ձեզ համար: Այս HRA-ն հիմք է հանդիսանում Ձեր բուժսպասարկման ծրագրի մշակման համար: Տվյալ առողջության ռիսկերի գնահատումն կներառի հարցեր, որոնց միջոցով հնարավոր կլինի պարզել Ձեր բժշկական, LTSS-ների, ինչպես նաև վարքագծային առողջության և ֆունկցիոնալ կարիքները:

Մենք կկապվենք ձեզ հետ, որպեսզի լրացնենք առողջության ռիսկերի գնահատումը HRA: Մենք կարող ենք լրացնել HRA-ն անձամբ այցելությամբ, հեռախոսազանգով կամ փոստով:

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

Եթե մեր ծրագիրը ձեզ համար նոր է, Դուք կարող եք շարունակել օգտագործել այն բժիշկներին, որոնց այժմ օգտագործում եք որոշակի ժամանակ, եթե նրանք մեր ցանցում չեն: Մենք դա անվանում ենք խնամքի շարունակականություն: 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 խնդրում է մեզ թույլ տալ շարունակել օգտվել Ձեր ընթացիկ մատակարարից:
- 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 եքցանցից դուրս մատակարարի հետ ոչ-արտակարգ այցելության համար՝ Molina Dual Options-ում Ձեր նախնական գրանցման ամսաթվից 12 ամսվա ընթացքում:
  - Մենք որոշում ենք 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. Դուք կարող եք այս հարցումը կատարել միայն Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME), տրանսպորտի կամ այլ օժանդակ ծառայությունների համար, որոնք ներառված չեն մեր ծրագրում: Դուք **չեք** կարող այս հարցումը ներկայացնել DME-ի, տրանսպորտի կամ այլ օժանդակ մատակարարների համար:

Բուժման ժամանակահատվածի ավարտից հետո Ձեզ հարկավոր կլինի այցելել Molina Medicare Complete Care Plus-ի ցանցի բժիշկներին և այլ մատակարարներին, որոնք առնչվում են Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարի բժշկական խմբին, բացառությամբ այն դեպքերի, եթե մենք համաձայնագիր չկնքենք Ձեր ոչ-ցանցային բժշկի հետ: Ցանցային մատակարարն այն մատակարարն է, ով աշխատում է բժշկական ապահովագրության ծրագրի հետ: Մեր պլանի առաջնային բուժօգնության մատակարարները փոխկապակցված են անկախ բժշկական ասոցիացիաների և բժշկական խմբերի հետ: Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարին ընտրելով՝ Դուք ընտրում եք նաև փոխկապակցված անկախ բժշկական ասոցիացիաները կամ բժշկական խումբը: Դա նշանակում է, որ Ձեր PCP-ն կուղղորդի ձեզ մասնագետներին և ծառայություններին, որոնք նույնպես փոխկապակցված են նրա անկախ բժշկական ասոցիացիայի կամ բժշկական խմբի հետ: Բժշկական խումբը PCP-ների և մասնագետների միավորում է, որը ստեղծվել է համակարգված առողջապահական ծառայություններ ձեզ մատուցելու համար: Բուժսպասարկում ստանալու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար, տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 3-ը:**

G. Ձեր բուժսպասարկման թիմը ֆ բուժսպասարկման ծրագիրը

G1. Բուժսպասարկման թիմ

Բուժսպասարկման թիմը կարող է օգնել ձեզ շարունակել ստանալ ձեզ անհրաժեշտ խնամքը: Բուժսպասարկման թիմը կարող է ներառել Ձեր ընտրած բժշկին, գործի վարման պատասխանատու անձին կամ այլ անձին:

Գործի վարման պատասխանատու անձն՝ այն անձ է, որը վերապատրաստված է օգնելու ձեզ անհրաժեշտ բուժօգնությունը վարելու հարցում: Դուք ստանում եք Case Manager, երբ գրանցվում եք մեր ծրագրում: Այս անձը նաև կուղղորդի ձեզ դեպի համայնքի այլ ռեսուրսներ, որոնք մեր ծրագիրը կարող է չտրամադրել և կաշխատի Ձեր բուժսպասարկման թիմի հետ՝ օգնելու համակարգել Ձեր բուժսպասարկումը: Ձեր գործերը վարող անձի և բուժսպասարկման թիմի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգեք մեզ էջի ներքևում գտնվող համարներով:

G2. Բուժսպասարկման ծրագիր

Ձեր բուժսպասարկման թիմը կօգնի ձեզ նաև անդամագրվել բժշկական սպասարկման ծրագրին: Բժշկական սպասարկման ծրագիրը կօգնի ձեզ հասկանալ, թե ինչպիսի ծառայություններ են ձեզ անհրաժեշտ, և ինչպես դրանք ստանալ: Այն ներառում է Ձեր բժշկական, վարքագծային առողջության և LTSS-ների կարիքները:

Ձեր բուժսպասարկման ծրագիրը ներառում է՝

- Ձեր բուժօգնության նպատակները:
- Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները ստանալու ժամանակացույց:

Ձեր բուժսպասարկման թիմը հանդիպում է ձեզ հետ Ձեր առողջության ռիսկի գնահատումից հետո: Նրանք կզրուցեն ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունների մասին: Նրանք նաև կարող են ձեզ ասել այն ծառայությունների մասին, որոնք Դուք հնարավոր է ցանկանաք ստանալ: Ձեր բժշկական սպասարկման ծրագիրը կազմված կլինի Ձեր կարիքների հիման վրա: Ձեր բուժսպասարկման թիմը կաշխատի Ձեզ հետ՝ առնվազն ամեն տարի թարմացնելով Ձեր բուժսպասարկման ծրագիրը:

H. Ամսական ծրագրի պրեմիում

Մեր ծրագիրը չունի ամսական ծրագրի պրեմիում:

I. Ձեր *Անդամի ձեռնարկը*

Այս *Անդամի ձեռնարկը* Ձեզ հետ կնքվող մեր պայմանագրի մի մասն է: Սա նշանակում է, որ մենք պետք է հետևենք այս փաստաթղթում նշված բոլոր կանոններին: Եթե Դուք կարծում եք, որ մենք կատարել ենք գործողություն, որը հակասում է այդ կանոններին, Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Բողոքարկման մասին տեղեկությունների համար կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը** կամ զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227):

Անդամի ձեռնարկ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն էջի ներքևի հեռախոսահամարով: Դուք նաև կարող եք գտնել *Անդամի ձեռնարկը* `www.MolinaHealthcare.com/Medicare կայք էջում կամ ներբեռնել այն:

Պայմանագիրը գործում է այն ամիսների համար, որոնց ընթացքում Դուք ընդգրված եք Molina Medicare Complete Care Plus-ում՝ 01/01/2023 - 12/31/2023:

J. Այլ կարևոր տեղեկություններ, որոնք Դուք ստանում եք մեզանից

Այլ կարևոր տեղեկություններ, որոնք մենք տրամադրում ենք ձեզ, ներառում են Ձեր Մասնակցի ID անդամաքարտ, տեղեկատվություն՝ ինչպես մուտք գործել *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու* և *Փոխհատուցվող դեղերի ցուցակ*:

J1. Ձեր ծրագրի նույնականացման քարտը

Մեր ծրագրի 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 Մաս D դեղատոմս ստանալիս: Ահա Անդամի նույնականացման ID քարտի նմուշ.



Եթե Ձեր Անդամի ID քարտը վնասվել է, կորել կամ գողացվել է, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոնում անմիջապես և էջի ներքևի համարով: Մենք ձեզ նոր քարտ կուղարկենք:

Քանի դեռ Դուք մեր ծրագրի անդամ եք, ձեզ հարկավոր չէ օգտագործել Ձեր կարմիր, սպիտակ և կապույտ Medicare քարտը: Պահեք այդ քարտերը անվտանգ տեղում, եթե դրանք հետո ձեզ հարկավոր լինեն: Եթե Ձեր Մասնակցի ID անդամաքարտի փոխարեն ցույց տաք Ձեր Medicare քարտը, ապա մատակարարը մեր ծրագրի փոխարեն կարող է Ձեզ հաշիվ ներկայացնել: Պարզելու, թե ինչ է պետք անել, եթե Դուք վճարման հաշիվ եք ստանում մատակարարից, կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 7-ը:**

Հիշեք, որ ձեզ անհրաժեշտ է Ձեր Medi-Cal քարտը կամ Նպաստների նույնականացման քարտը (BIC)՝ հետևյալ ծառայություններից օգտվելու համար.

- Հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններ, որոնք դուք կարող եք ստանալ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության բժշկական ապահովագրության ծրագրից (MHP)
- Medi-Cal Rx ծածկույթում ընդգրկվող դեղեր

J2. *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*

Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի մեջ նշված են մեր ծրագրի ցանցի մատակարարները և դեղատները: Քանի դեռ Դուք մեր ծրագրի անդամ եք, Դուք պետք է օգտվեք ցանցային մատակարարներից փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու համար:

Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևի հեռախոսահամարով: Դուք նաև կարող եք գտնել *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*՝ էջի ներքևում գտնվող հասցեում:

Տեղեկատուն առաջարկում է առաջնային բուժօգնության մատակարարների (Primary Care Doctors, PCP), հիվանդանոցների և այլ առողջապահական խնամքի ծառայություններ մատուցող մատակարարների ցուցակներն, որոնք հասանելի են ձեզ՝ որպես Molina Healthcare-ի անդամ:

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

Կարող եք նաև պարզել, արդյոք մատակարարը (բժիշկները, հիվանդանոցները, մասնագետները կամ բժշկական կլինիկաները) ընդունում է նոր հիվանդներ, թե ոչ՝ Ձեր Մատակարարների տեղեկատուի միջոցով կամ էջի ներքևում գրված վեբ հասցեում

Ցանցային մատակարարների սահմանումը

- Մեր ցանցի մատակարարները ներառում են.
  - Բժիշկները, բուժքույրերը և այլ բուժսպասարկման մասնագետները, որոնց Դուք այցելում եք որպես մեր ծրագրի անդամ:
  - Կլինիկաները, հիվանդանոցները, բուժքույրական խնամքի հաստատությունները և այլ վայրեր, որոնք տրամադրում են առողջապահական ծառայություններ մեր ծրագրի շրջանակներում, ֆ
  - LTSS-ները, հոգեկան առողջության ծառայությունները, տնային բուժսպասարկման գործակալությունները, DME-ների 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 ծրագրից փոխհատուցվող ծառայությունների համար:

Ցանցային դեղատների սահմանումը

- Ցանցային դեղատներն այն դեղատներ են, որոնք համաձայնել են մեր ծրագրի անդամների համար դեղ տրամադրել ըստ դեղատոմսերի: Օգտվեք Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուից, որպեսզի գտնեք այն դեղատունը, որից ցանկանում եք օգտվել:
- Եթե ցանկանում եք, որ մեր ծրագիրն օգնի ձեզ վճարել դրանց համար, բացառությամբ արտակարգ պատահարների, Դուք պետք է ստանաք Ձեր դեղատոմսով դեղը մեր ցանցային դեղատներից մեկում:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոնում էջի ներքևում գտնվող համարներով: Ինչպես Անդամների սպասարկման կենտրոնը, այնպես էլ մեր վեբ կայքը կարող են տրամադրել Ձեզ ամենաթարմ տեղեկությունը մեր դեղատների և մատակարարների ցանցի փոփոխությունների վերաբերյալ:

J3. *Փոխհատուցվող դեղերի ցուցակ*

Ծրագիրն ունի *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ*: Մենք հակիրճ անվանում ենք այն «Դեղերի ցուցակ»: Այն պատմում է ձեզ, թե որ դեղատոմսով դեղերն է ընդգրկում մեր ծրագիրը:

Դեղերի ցուցակում նաև պատմվում է, արդյոք գոյություն ունեն որևէ կանոններ կամ սահմանափակումներ որևէ դեղերի համար, ինչպես օրինակ՝ սահմանափակումը Ձեր ստանալիք գումարի նկատմամբ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5-ը:**

Ամեն տարի մենք կուղարկենք ձեզ տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչպես ստանալ Դեղերի ցուցակը, սակայն տարվա ընթացքում կարող են տեղի ունենալ որոշակի փոփոխություններ: Ապահովագրված դեղերի մասին ամենաթարմ տեղեկությունները ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկմանկենտրոն կամ այցելեք մեր կայք (տե՛ս էջի ներքևի տեղեկատվությունը):

J4. *Նպաստների նկարագրում*

Եթե Դուք օգտվում եք Ձեր Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի նպաստներից, մենք կարող ենք ուղարկել ձեզ ամփոփագիր, որպեսզի օգնենք ձեզ հասկանալ և հետևել Ձեր Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի վճարումների ընթացքին: Ամփոփագիրը 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: EOB-ում տրամադրված է ավելի շատ տեղեկություն Ձեր ընդունած դեղամիջոցների մասին: Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 6-ը* լրացուցիչ տեղեկություն է հայտնում EOB-ի վերաբերյալ և ինչպես այն օգնում է ձեզ հետևել Ձեր դեղի ապահովագրության ընթացքին:

Դուք կարող եք խնդրել նաև բացառություն ստանալու համար: Պատճեն ստանալու համար դիմեք Անդամների սպասարկմանկենտրոն էջի ներքևում գտնվող համարներով:

K. Պահպանել Ձեր մասնակցի տվյալներն արդի վիճակում

Ձեր տեղեկությունների փոփոխման դեպքում, այդ մասին կարող եք տեղեկացնել մեզ, դրանով իսկ պահելով Ձեր մասնակցակցության տվյալներն արդի վիճակում:

Մեզ անհրաժեշտ է այս տեղեկատվությունը, որպեսզի համոզվենք, որ մենք ունենք Ձեր ճիշտ տեղեկությունները մեր գրառումներում:

Մեր ցանցի մատակարարներն ու դեղատները նույնպես Ձեր մասին ճիշտ տեղեկությունների կարիք ունեն: **Նրանք օգտագործում են Ձեր անդամակցության տվյալները, որպեսզի իմանան ինչ ծառայություններ ֆ դեղեր եք Դուք ստանում ֆ որքան դրանք կարժենան:**

Անմիջապես պատմեք մեզ հետևյալի մասին.

- Փոփոխություններ կապված Ձեր անունի, հասցեյի կամ Ձեր հեռախոսահամարի հետ:
- Փոփոխություններ կապված առողջության ապահովագրական որևէ այլ ծածկույթի հետ, ինչպիսիք են Ձեր գործատուի, Ձեր ամուսնու/կնոջ գործատուի կամ աշխատակիցների փոխհատուցումը:
- Ցանկացած քաղաքացիական պատասխանատվության ապահովագրության հայցեր, ինչպիսիք են փոխհատուցման հայցերը ավտոպատահարների հետևանքով:
- Հոսպիտալացում բուժքույրական խնամքի տուն կամ հիվանդանոց:
- Հիվանդանոցում կամ արտակարգ իրավիճակի սենյակում ստացվող խնամք:
- Փոփոխություններ կապված Ձեր խնամատարի (կամ ձեզ համար պատասխանատու անձի) հետ
- Դուք մասնակցում եք կլինիկական հետազոտության: (**Նշում.** Ձեզանից չի պահանջվում պատմել մեզ կլինիկական հետազոտական հետազոտության մասին, որում Դուք մասնակցում եք կամ դառնում եք դրա անդամ, բայց մենք ձեզ խրախուսում ենք դա անել:)

Եթե որևէ տեղեկություն փոխվի, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն:

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 գաղտնիությունը: Մենք պաշտպանում ենք Ձեր PHI-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար առ այն, ինչպես ենք մենք պաշտպանում Ձեր PHI տվյալները կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 8-ը*:

Գլուխ 2. Կարևոր հեռախոսահամարներ և ռեսուրսներ

Ներածություն

Այս գլուխը ձեզ տրամադրում է կոնտակտային տվյալներ կարևոր աղբյուրների մասին, որոնք կարող են օգնել ձեզ գտնել Ձեր հարցերի պատասխանները մեր ծրագրի և Ձեր առողջապահական խնամքի նպաստների վերաբերյալ: Դուք նաև կարող եք օգտագործել այս գլուխը՝ տեղեկատվություն ստանալու համար այն մասին, թե ինչպես կապվել Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձի և այլ անձանց հետ, ովքեր կարող են հանդես գալ Ձեր անունից: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները հայտնվում են այբբենական կարգով Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Անդամների սպասարկման կենտրոն 16
B. Ձեր գործի կառավարիչը 18
D. Վարքագծային առողջության թեժ գիծ 20
E. Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP) 21
F. Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO)՝ 22
G. Medicare 23
H. Medi-Cal 24
I. Օմբուդսմենի գրասենյակը 25
J. Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայություններ 25
K. Վարչաշրջանի հոգեկան առողջության մասնագիտական ծրագիր 27
L. California Department of Managed Health Care 28
M. Այլ միջոցներ 29

A. Անդամների սպասարկման կենտրոն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(855) 665-4627 Զանգն անվճար է: 7 օր շաբաթական, ժամը՝ 8 a.m. 8 p.m.-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 չխոսող մարդկանց համար:
TTY	711 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-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/Medicare

Կապվեք Անդամների սպասարկման կենտրոնi հետ՝ օգնություն ստանալու համար՝

- Ծրագրին վերաբերող հարցեր
- Հարցեր պահանջների կամ վճարումների վերաբերյալ
- Ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող փոխհատուցման որոշումներ
  - Ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող փոխհատուցման որոշումը՝ դա որոշում է հետևյալի վերաբերյալ՝
    - Ձեր նպաստները և փոխհատուցվող 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 կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **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: կամ համաձայն չեն որոշման հետ:

- Բողոքարկում ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**:

- Ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող բողոքներ
  - Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել մեր կամ ցանկացած մատակարարի մասին (ներառյալ՝ արտացանցային կամ ցանցային մատակարարը): Ցանցային մատակարարն այն մատակարարն է, ով աշխատում է մեր ծրագրի հետ: Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել մեզ կամ Որակի բարելավման կազմակերպությանը Ձեր ստացած բուժսպասարկման որակի վերաբերյալ (կարդացեք ստորև ներկայացված **Բաժին F-ը**):
  - Դուք կարող եք նաև զանգահարել մեզ և բացատրել Ձեր բողոքը՝ <(855) 665-4627, TTY: 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը տեղական ժամանակով:
  - Եթե Ձեր բողոքը կապված է Ձեր բուժսպասարկմանը վերաբերող փոխհատուցման որոշման հետ, ապա կարող եք բողոքարկել (կարդացեք վերոնշյալ բաժինը):
  - Դուք կարող եք Medicare-ին ուղարկել բողոք մեր ծրագրի մասին: Կարող եք նաև օգտվել առցանց ձևաթղթից medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx կայքէջում: Կամ կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE հեռախոսահամարով: (1-800-633-4227)՝ դիմելու աջակցության համար:
  - Դուք կարող եք մեր ծրագրի վերաբերյալ՝ բողոք ներկայացնել Ombuds Program-ին՝ զանգահարելով (855) 452-8609 հեռախոսահամարով:
  - Ձեր բուժսպասարկման վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**:
- Ձեր Medicare-ի ապահովագրված դեղերի վերաբերյալ ապահովագրական որոշումները
  - Ձեր Medicare դեղերի ապահովագրության որոշումը՝ դա որոշում է հետևյալի վերաբերյալ՝
    - Ձեր նպաստները և Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող դեղերը, **կամ**
    - գումարը, որը մենք կվճարենք Ձեր Medicare դեղերի համար:
  - Medicare-ով չփոխհատուցվող դեղերը, ինչպիսիք են՝ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղերը և որոշ վիտամիններ, կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք այցելեք Medi-Cal Rx կայքը՝ (medi-calrx.dhcs.ca.gov/): Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 800-977-2273 հեռախոսահամարով:
  - Ձեր դեղատոմսով դեղերին վերաբերող փոխհատուցման որոշումների մասին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք Ձեր *Անդամ ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**:
- Ձեր Medicare դեղերի վերաբերյալ բողոքները
  - Բողոքարկումը՝ դա միջոց է՝ դիմելու մեզ փոխհատուցման որոշումը փոփոխելու խնդրանքով:
  - Ձեր դեղատոմսով դեղերի վերաբերյալ բողոքարկում ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**:
- Ձեր Medicare դեղերի վերաբերյալ բողոքներ
  - Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել մեր կամ ցանկացած դեղատան մասին: Դա ներառում է Ձեր Medicare դեղատոմսով դեղերի մասին բողոքը:
  - Եթե Ձեր բողոքը վերաբերում է Ձեր Medicare դեղատոմսով դեղերի մասին փոխհատուցման որոշմանը, Դուք կարող եք բողոքարկել: (տե՛ս վերոնշյալ բաժինը)
  - Դուք կարող եք Medicare-ին ուղարկել բողոք մեր ծրագրի մասին: Դուք կարող եք օգտագործել առցանց ձևը հետևյալ հասցեով՝ medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx: Կամ կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE հեռախոսահամարով: (1-800-633-4227)՝ դիմելու աջակցության համար:

- Ձեր դեղատոմսով դեղերի վերաբերյալ բողոքարկում ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**:
- Ձեր կողմից արդեն վճարված բուժսպասարկման և Medicare դեղերի համար վճարումը
  - Մեր կողմից Ձեզ փոխհատուցելու կամ Ձեր ստացած հաշիվները վճարելու եղանակների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 7-ը**:
  - Եթե Դուք դիմեք մեզ Ձեր հաշիվը վճարելու խնդրանքով և մենք մերժենք Ձեր դիմումի որևէ մաս, Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Անցե՛ք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**:

B. Ձեր գործի կառավարիչը

Molina Medicare Complete Care Plus գործի կառավրիչը Ձեր հիմնական կապն 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 գործի վարման պատասխանատու անձի փոփոխություն՝ զանգահարելով գործի վարման պատասխանատու անձին կամ Անդամների սպասարկմանկենտրոն: Բացի այդ, մեր անձնակազմը կարող է փոխել ձեզ նշանակված գործի վարման պատասխանատու անձին՝ ելնելով մասնակցի կարիքներից (մշակութային/լեզվական/ֆիզիկական/հոգեկան առողջության) կամ գտնվելու վայրից: Կապվեք Անդամների սպասարկման կենտրոնի հետ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(855) 665-4627 Զանգն անվճար է: 7 օր շաբաթական, ժամը՝ 8 a.m. 8 p.m.-ը.՝ տեղական ժամանակով Օժանդակ տեխնոլոգիաները, ներառյալ ինքնասպասարկման ծառայությունները և ձայնային փոստի ընտրանքները, հասանելի են արձակուրդների ընթացքում, աշխատանքային ժամերից հետո, ինչպես նաև շաբաթ ևկիրակի օրերին: Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսող մարդկանց համար:
TTY	711 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը.՝ տեղական ժամանակով
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
ՎԵԲԿԱՅՔ	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Կապվեք Ձեր գործերը վարող անձի հետ՝ օգնություն ստանալու համար՝

- Հարցեր Ձեր առողջական խնամքի մասին
- 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

LTSS-ները ներառում են Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ ծրագիրը, Տարեցների բազմանպատակ ծառայություններ ծրագիրը և Բուժքույրական խնամքի հաստատությունները:

Երբեմն Դուք կարող եք ստանալ օգնություն Ձեր առօրյա բուժօգնության և կենցաղային կարիքների հարցում:

Հնարավոր է կարողանաք ստանալ այս ծառայությունները՝

- Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ,
- Որակավորված բուժքույրական խնամք,
- Ֆիզիոթերապիա,
- Մասնագիտական հիվանդությունների թերապիա,
- Խոսելախանգարման թերապիա,
- Սոցիալական բժշկական ծառայություններ, և
- Տնային պայմաններում բուժսպասարկում

C. Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագիծ

Անդամները 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՝ ձեզ անհրաժեշտ բուժսպասարկումը ստանալու հարցում: Մեր Բուժքույրական խորհրդատվության գիծը մատուցում է ծառայություններ Molina Healthcare-ի բոլոր անդամներին United States-ի տարածքում: Բուժքույրերի խորհրդատվության գիծը URAC-ի կողմից հավատարմագրված առողջապահական զանգերի կենտրոն է: 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 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 գործի վարման պատասխանատու անձի մոտ:

Եթե արտակարգ իրավիճակ ունեք, որը կարող է վնաս կամ մահ պատճառել ձեզ կամ ուրիշներին, գնացեք մոտակա հիվանդանոցի շտապ օգնության սենյակ ԿԱՄ զանգահարեք 911:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(888) 275-8750 Զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսող մարդկանց համար:
TTY	711 Զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

D. Վարքագծային առողջության թեժ գիծ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(888) 858-2150 Զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Molina-ն առաջարկում է վարքագծային առողջության լիցենզավորված մասնագետների 24/7 հասանելիություն՝ հոգեկան առողջության և թմրամիջոցների չարաշահման հետ կապված հարցերի վերաբերյալ խորհրդատվություն ստանալու համար՝ զանգահարելով անդամների սպասարկման գծին: Թարգմանչական ծառայությունները հասանելի են այն անդամների համար, ովքեր ունեն այդ ծառայության կարիքը: Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսող մարդկանց համար:
TTY	711 համարով: Զանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում՝ այս համարով զանգահարելու համար: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

Օգնություն ստանալու համար դիմեք Վարքագծային առողջության ճգնաժամային գծին՝

- Հարցեր վարքագծային առողջության և թմրանյութերի չարաշահման ծառայությունների մասին
- Հարցեր թմրամիջոցների օգտագործման խանգարման ծառայությունների վերաբերյալ
- Վարքագծային ճգնաժամը կարող է պայմանավորված լինել շրջակա միջավայրի գործոններով, օրինակ՝
  - Աշխատանքի կորուստ
  - Ընտանիքի անդամի կամ մտերիմ ընկերոջ վերջերս վրա հասած մահ
  - Լուրջ հիվանդության ախտորոշում
  - Ամուսնալուծություն
  - Անսպասելի ֆինանսական բեռ
  - Ալկոհոլիզմ կամ կախվածություն
  - Թմրանյութերի չարաշահում կամ կախվածություն
  - Հոգեկան հիվանդություն
  - Ինտիմ զուգընկերոջ կողմից բռնություն (ընտանեկան բռնություն)

Հոգեկան առողջության Ձեր շրջանի մասնագիտացված ծառայությունների հետ կապված հարցերի համար անցեք էջ 27:

E. Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության ֆ պաշտպանության ծրագիր (HICAP)

Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիրը (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 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 վերապատրաստման դասընթացներ է անցկացրել բոլոր շրջանների խորհրդատուների հետ, և ծառայություններն անվճար են:

Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիրը կապված չէ որևէ բուժապահովագրական կազմակերպության կամ բժշկական ապահովագրության ծրագրի հետ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(800) 434-0222 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 9 a.m.-ից 4 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:
TTY	711 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 9 a.m.-ից 4 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Los Angeles վարչաշրջան՝ Առողջապահական իրավունքների պաշտպանության կենտրոն (Center for Health Care Rights) 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 Riverside and San Bernardino Counties: Ներքին գործակալություն HICAP 9121 Haven Ave, Suite 120 Rancho Cucamonga, CA 91739 San Diego County: Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
ՎԵԲԿԱՅՔ	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

Օգնության համար կապվեք HICAP-ի հետ՝

- Հարցեր մեր ծրագրի կամ Medicare-ի վերաբերյալ:
- Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի խորհրդատուները կարող են պատասխանել ծրագրի փոփոխության վերաբերյալ Ձեր հարցերին և օգնել ձեզ՝
  - հասկանալ Ձեր իրավունքները,
  - հասկանալ Ձեր ծրագրի ընտրությունը,
  - գանգատներ ներկայացնել Ձեր առողջական խնամքի կամ բուժման մասին, ֆ
  - լուծել Ձեր հաշիվների հետ կապված խնդիրները:

F. Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO)՝

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

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում՝ այս համարով զանգահարելու համար:
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
ՎԵԲԿԱՅՔ	https://www.livantaqio.com/en/states/california

Օգնության համար կապվեք Livanta-ի հետ՝

- Հարցեր Ձեր առողջական խնամքի իրավունքների մասին
- Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել Ձեր ստացված խնամքի մասին, եթե.
  - 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:

G. Medicare

Medicare-ը՝ դա դաշնային բժշկական ապահովագրության ծրագիր է 65 տարեկան կամ բարձր տարիքի անձանց, 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:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Այս հեռախոսահամարով զանգերն անվճար են , օրը 24 ժամ , շաբաթը 7 օր:
TTY	1-877-486-2048 Զանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում՝ այս համարով զանգահարելու համար:
ՎԵԲԿԱՅՔ	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, ինչպես նաև դիալիզի անցկացման հաստատությունների վերաբերյալ: Այն ներառում է օգտակար կայքեր և հեռախոսահամարներ: Այն նաև ներառում է գրքույկներ, որոնք կարող եք տպել անմիջապես Ձեր համակարգչից: Եթե Դուք համակարգի չունեք, ապա Ձեր տեղային գրադարանը կամ տարեցների կենտրոնը կարող են օգնել այցելել այս կայքը՝ օգտվելով իրենց համակարգչից: Կամ կարող եք զանգահարել Medicare վերոնշյալ հեռախոսահամարով և տեղեկացնել, թե ինչ եք փնտրում: Նրանք կգտնեն տեղեկատվությունը կայքում և կվերանայեն տեղեկատվությունը ձեզ հետ:

H. Medi-Cal

Medi-Cal-ը California-ի Medicaid ծրագիրն է: Սա հանրային առողջության ապահովագրության ծրագիր է, որը տրամադրում է անհրաժեշտ առողջապահական ծառայություններ ցածր եկամուտ ունեցող անձանց, այդ թվում՝ երեխաներ ունեցող ընտանիքների, տարեցների, հաշմանդամություն ունեցող անձանց, խնամակալության, հղի կանանց և հատուկ հիվանդություններ ունեցող անձանց, ինչպիսիք են տուբերկուլյոզը, կրծքագեղձի քաղցկեղը կամ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ: Medi-Cal-ը ֆինանսավորվում է նահանգային և դաշնային կառավարության կողմից...

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-844-580-7272 Երկուշաբթի-ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 6 p.m.-ը
TTY	1-800-430-7077 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում՝ այս համարով զանգահարելու համար:
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	CA Department of Health Care Services (Առողջապահական ծառայությունների դեպարտամենտ) Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ՎԵԲԿԱՅՔ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Օմբուդսմենի գրասենյակը

Օմբուդսմենի գրասենյակը հանդես է գալիս որպես Ձեր իրավապաշտպան Ձեր անունից: Խնդրի կամ գանգատի դեպքում նրանք կարող են պատասխանել հարցերին և կարող են օգնել ձեզ հասկանալ, թե ինչ եք անում: Օմբուդսմենի գրասենյակը կարող է նաև օգնել ձեզ սպասարկման կամ հաշվարկման խնդիրների դեպքում: Օմբուդսմենի գրասենյակն ինքնաբերաբար կողմ չի լինի բողոքին: Նրանք բոլոր կողմերին դիտարկում են անաչառ և օբյեկտիվ կերպով: Նրանց խնդիրն է օգնել մշակել առողջապահական հասանելիության խնդիրների արդար լուծումներ: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-452-8609 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:
TTY	711 Զանգն անվճար է:
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	California Department of Healthcare Services Օմբուդսմենի գրասենյակը 1501 Capitol Mall MS-4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
ԷԼ. ՓՈՍՏ.	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
ՎԵԲԿԱՅՔ	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայություններ

Եթե Ձեր Տնային աջակցման ծառայությունների (IHSS) նպաստների հետ կապված օգնության կարիք ունեք, կապվեք տեղական վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժանմունքի հետ: Տնային աջակցության ծառայություններ (IHSS) ծրագիրը կարող է ծառայություններ մատուցել, որպեսզի Դուք կարողանաք ապահով մնալ Ձեր սեփական տանը: IHSS-ը համարվում է տնից դուրս խնամքի այլընտրանք, ինչպիսիք են ծերանոցները կամ գիշերօթիկ և խնամքի հաստատությունները: IHSS-ի համար դիմելու նպատակով դիմեք Ձեր տեղական շրջանի IHSS գրասենյակ:

Los Angeles վարչաշրջան

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(888) 822-9622 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:
TTY	711
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Los Angeles վարչաշրջան Department of Public Social Services 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007
ՎԵԲԿԱՅՔ	http://dpss.lacounty.gov/wps/portal/dpss/main/about-us/customer-service-center

Riverside վարչաշրջան

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(888) 960-4477 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:
TTY	711
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Riverside վարչաշրջան Տնային աջակցման ծառայություններ (IHSS) 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557
ՎԵԲԿԱՅՔ	http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services

San Bernardino վարչաշրջան

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(877) 800-4544 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:
TTY	711
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	San Bernardino վարչաշրջան Տնային աջակցման ծառայություններ (IHSS) 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640
ՎԵԲԿԱՅՔ	http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx

San Diego վարչաշրջան

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	San Diego վարչաշրջան: (800) 510-2020 Այս զանգն անվճար է: Սան Դիեգո շրջանից դուրս. (800) 339-4661 Այս զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:
TTY	711
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն San Diego վարչաշրջան Տնային աջակցման ծառայություններ (IHSS) 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101>
ՎԵԲԿԱՅՔ	http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ais/inhome_supportive_services/index.html

K. Վարչաշրջանի հոգեկան առողջության մասնագիտական ծրագիր

Հոգեկան առողջության Medi-Cal-ի մասնագիտացված ծառայությունները մատչելի են ձեզ համար վարչաշրջանի հոգեկան առողջապահական ծրագրի (MHP) միջոցով, եթե Դուք համապատասխանում եք բժշկական անհրաժեշտության չափանիշներին:

Los Angeles վարչաշրջանի հոգեկան առողջության դեպարտամենտ՝

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(800) 854-7771 Զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսող մարդկանց համար:
TTY	(562) 651-2549 Զանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում՝ այս համարով զանգահարելու համար: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

Riverside-ի համալսարանի առողջապահական համակարգեր. Վարքագծային առողջություն - Համայնքի համար հասանելիության ֆ ուղեգրման, գնահատման ֆ աջակցման գիծ (CARES)՝

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(800) 706-7500 Զանգն անվճար է: երկուշաբթի - ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5:30 p.m.-ը տեղական ժամանակով: Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսող մարդկանց համար:
TTY	(800) 915-5512 Զանգն անվճար է: երկուշաբթի - ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5:30 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով

San Bernardino - Վարքագծային առողջության դեպարտամենտ՝

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(888) 743-1478 Զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսող մարդկանց համար:
TTY	711 Զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

San Diego - Հոգեկան առողջապահական ծառայություններ՝

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(888) 724-7240 Զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսող մարդկանց համար:
TTY	(619) 641-6992 Զանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում՝ այս համարով զանգահարելու համար: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

Կապվեք շրջանի հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծրագրի հետ՝ օգնության համար՝

- 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:

L. California-ի Առողջապահության կառավարման դեպարտամենտ

California-ի Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտը (California Department of Managed Health Care, DMHC) պատասխանատու է բժշկական ապահովագրության ծրագրերի կանոնակարգման համար: Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտի աջակցման կենտրոնը կարող է օգնել ձեզ Medi-Cal ծառայությունների վերաբերյալ բողոքարկումների և հայցերի ներկայացման հարցում:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-466-2219 Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտի (DMHC) ներկայացուցիչները հասանելի են ժամը 8 a.m.-ից 6 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ
TDD	1-877-688-9891 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն լսողության կամ խոսքի խանգարում: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում՝ այս համարով զանգահարելու համար:
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Օգնության կենտրոն California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ՖԱՔՍ	1-916-255-5241
ՎԵԲԿԱՅՔ	www.dmhc.ca.gov

M. Այլ միջոցներ

Health Consumer Alliance Ombuds Program-ը (HCA) առաջարկում է ԱՆՎՃԱՐ օգնություն այն մարդկանց, ովքեր պայքարում են առողջապահական ծածկույթ ստանալու կամ պահպանելու և իրենց առողջապահական ծրագրերի հետ կապված խնդիրները լուծելու համար:
Եթե խնդիրներ ունեք՝

- Medi-Cal
- Medicare
- Ձեր առողջության ծրագիրը
- Բժշկական ծառայություններից օգտվելը
- Բողոքարկել մերժված ծառայությունները, դեղերը, Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումները (DME), հոգեկան առողջության ծառայությունները, և այլն
- Բժշկական հաշիվ
- Տնային աջակցման ծառայություններ (IHSS)

Health Consumer Alliance-ն օգնում է բողոքների, բողոքարկումների և լսումների հարցում: Health Consumer Alliance-ի հեռախոսահամարն է 1-888-804-3536:

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՝

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(877) 477-3646 Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Riverside վարչաշրջան՝ (800) 491-7123 24 ժամ թեժ գիծ San Bernardino վարչաշրջան՝ (877) 565-2020 24 ժամ թեժ գիծ San Diego վարչաշրջան՝ (800) 339-4661 24 ժամ թեժ գիծ
TTY	711 Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
ԳՐԱՎՈՐ ՆԱՄԱԿ	Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010 Riverside վարչաշրջան՝ Department of Public Social Services Adult Services Division 4060 County Circle Drive Riverside, CA 92501 San Bernardino վարչաշրջան՝ Human Services System 784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415> San Diego վարչաշրջան՝ Aging & Independence Services P.O. Box 23217 San Diego, CA 92193-321>
ՎԵԲԿԱՅՔ	http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/APS/County_APD_Contacts_pdf

Գլուխ 3: Ծրագրի ապահովագրությունն օգտագործումը Ձեր բուժսպասարկման ֆ այլ փոխհատուցվող ծառայությունների համար

Ներածություն

Այս գլուխը պարունակում է հատուկ պայմաններ և կանոններ, որ ձեզ անհրաժեշտ է իմանալ մեր ծրագրի առողջապահական խնամքից և այլ փոխհատուցվող ծառայություններից օգտվելու համար: Այն նաև ձեզ հայտնում է Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձի 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 ծրագրով փոխհատուցվող ծառայությունների համար, և Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) ձեռք բերելու կանոնների մասին: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները հայտնվում են այբբենական կարգով Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Տեղեկատվություն ծառայությունների և մատակարարների մասին 32
B. Ծառայություններ ստանալու կանոններ, որոնք ընդգրկում է մեր ծրագիրը 32
C. Ձեր գործի կառավարիչը 34
C1. Ով է գործի վարման պատասխանատու անձը 34
C2. Ինչպես կարող եմ կապվել գործի վարման պատասխանատու անձի հետ 34
C3. Ինչպես կարող եք փոխել Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձին 34
D. Առաջնային բուժօգնության մատակարարի խնամք 35
D1. Բուժօգնություն առաջնային բուժօգնության մատակարարների կողմից 35
D2. Բուժօգնություն մասնագետների և այլ ցանցային մատակարարների կողմից 37
D3. Երբ մատակարարը դուրս է գալիս մեր ծրագրից 37
D4. Ոչ ցանցային պրովայդեր՝ 38
E. Հոգեկան առողջության (հոգեկան առողջություն և թմրանյութերի օգտագործման հետևանքով առաջացած խանգարում) ծառայություններ 39
E1. Medi-Cal-ի վարքագծային առողջության ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են մեր ծրագրից դուրս 39
F. Տրանսպորտային ծառայություններ 41
F1. Ոչ արտակարգ իրավիճակների բժշկական տեղափոխում 41
F2. Ոչ-բժշկական փոխադրում 42
G. Ծածկված ծառայություններ բժշկական շտապ օգնության դեպքում, երբ շտապ անհրաժեշտ է կամ աղետի ժամանակ 43
G1. Բժշկական շտապ օգնության խնամք 43
G2. Շտապ բժշկական օգնություն 45

G3. Բուժսպասարկում աղետի դեպքում 45
H. Ինչ անել, եթե ուղղակիորեն հաշիվ եք ստանում մեր ծրագրի կողմից ապահովագրված ծառայությունների համար 46
H1. Ինչ անել, եթե ծրագիրը չի ապահովագրում մեր ծառայությունը 46
I. Փոխհատուցվող առողջապահական ծառայություններ կլինիկական հետազոտության ընթացքում 46
I1. Կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրության սահմանումը 46
I2. Ծառայությունների վճարում, երբ Դուք գտնվում եք կլինիկական հետազոտության ընթացքում 47
I3. Ավելին կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրության մասին 47
J. Ինչպե՞ս են փոխհատուցվում Ձեր առողջապահական ծառայությունները, երբ Դուք խնամք եք ստանում կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում 48
J1. Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության սահմանումը 48
J2. Բուժսպասարկում կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության կողմից 48
K. Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) 48
K1. DME՝ որպես մեր ծրագրի մասնակցի 48
K2. DME-ի սեփականություն, եթե Դուք անցնեք Original Medicare-ին 49
K3. Թթվածնի սարքերից օգտվելու Ձեր արտոնությունները՝ որպես ծրագրի անդամ 49
K4. Թթվածնային սարքավորում, երբ Դուք անցնում եք Original Medicare-ին 49

A. Տեղեկատվություն ծառայությունների ֆ մատակարարների մասին

Ծառայությունները ներառում են բուժսպասարկում (օրինակ՝ բժշկի այցելություններ և բժշկական բուժում), երկարաժամկետ բուժսպասարկման և օժանդակման ծառայություններ, պարագաներ, վարքագծային առողջության ծառայություններ (այդ թվում հոգեկան առողջության և լավ ինքնազգացողության ծառայություններ), դեղատոմսով ու առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղեր, սարքավորումներ ու այլ ծառայություններ: **Ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկված ծառայություններն** են՝ նշված ծառայություններից յուրաքանչյուրը, որի համար մեր ծրագիրը վճարում է: Ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկված բուժսպասարկումը, վարքագծային առողջապահությունը և երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունները (LTSS) նշված են *Անդամի ձեռնարկի* **Գուխ 4-ի** Նպաստների աղյուսակում: Ապահովագրված դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի դեղերը ներկայացված են Ձեր Անդամի ձեռնարկի **Գլուխ 5-ում** :

Մատակարարները բժիշկներ, բուժքույրեր և այլ անձինք են, որոնք Ձեզ ծառայություններ ու խնամք են տրամադրում: 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 ծրագրի 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 այցելում եք ցանցային մատակարարին, սովորաբար ոչինչ չեք վճարում փոխհատուցվող ծառայությունների համար:

B. Ծառայություններ ստանալու կանոններ, որոնք ընդգրկում է մեր ծրագիրը

Մեր ծրագիրն ընդգրկում է Medicare-ի ծառայությունները և ծածկում կամ համակարգում է Medi-Cal-ի բոլոր ծառայությունները: Դրանց թվում են նաև՝ հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները և երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունների (Long-Term Services and Supports, LTSS) (LTSS):

Մեր ծրագիրը կհամակարգի առողջապահական ծառայությունները, վարքագծային առողջության ծառայությունները և LTSS-ը, որը Դուք ստանում եք, երբ հետևում եք մեր ծրագրին: Մեր ծրագրով ապահովագրված լինելու համար՝

- Ձեր ստացած բուժսպասարկումը պետք է լինի **պլանի նպաստ:** Ավելին իմանալու համար կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 4-ում** ներկայացված Նպաստների աղյուսակը:
- Բուժսպասարկումը պետք է ճանաչվի, որպես **բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ:** Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ բուժսպասարկում նշանակում է կարևոր ծառայություններ, որոնք անհրաժեշտ են և պաշտպանում են կյանքը: Բժշկական առումով անհրաժեշտ բուժսպասարկումն անհրաժեշտ է կանխելու համար անհատների հիվանդությունները կամ հաշմանդամ դառնալը և նվազեցնելու համար ուժեղ ցավերը՝ բուժելով հիվանդությունները, խանգարումները կամ վնասվածքները:
- Բժշկական ծառայությունների համար պետք է ունենաք ցանցային **առաջնային բուժօգնության մատակարար (PCP),** որը պատվիրում է բուժսպասարկումը կամ ասում է, որ այցելեք մեկ այլ բժշկի: Որպես ծրագրի անդամ, Դուք պետք է ընտրեք ցանցային մատակարարի, որը կլինի Ձեր PCP-ն:

- Դեպքերի մեծամասնությունում Ձեր ծրագիրը պետք է Ձեզ տա հավանություն, նախքան Դուք կկարողանաք այցելել որևէ մեկին, որը Ձեր PCP-ն չէ կամ օգտվել ծրագրի ցանցի այլ մատակարարներից: Սա կոչվում է **ուղեգիր:** Եթե դուք հաստատում չստանաք, մենք կարող ենք չփոխհատուցել ծառայությունները: Որոշ մասնագետների, ինչպիսիք են օրինակ՝ կանանց առողջական հարցերով զբաղվող մասնագետների հետ հանդիպելու համար, Ձեզ անհրաժեշտ չէ ուղեգիր:
- Մեր ծրագրի PCP-ները փոխկապակցված են բժշկական խմբերի հետ: Երբ PCP եք ընտրում, Դուք նաև ընտրում եք նրան կցված բժշկական խումբը: Դա նշանակում է, որ Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարը՝ PCP-ն ուղղորդում է Ձեզ դեպի մասնագետներ ու ծառայություններ, որոնք նույնպես փոխկապակցված են նրա բժշկական խմբի հետ: Բժշկական խումբը PCP-ների և մասնագետների միավորում է, որը ստեղծվել է ձեզ համակարգված առողջապահական խնամքի ծառայություններ մատուցելու համար:
- Ձեզ հարկավոր չէ ուղեգիր Ձեր PCP-ից 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 PCP-ից (սրա մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս գլխի D1 բաժինը):

- **Դուք պետք է ստանաք Ձեր բուժսպասարկումը ցանցային մատակարարներից, որոնք փոխկապակցված են Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարի բժշկական խմբի հետ:** Սովորաբար, մենք չենք վճարում այն բուժօգնության համար, որը ստացել եք այն մատակարարից, ով չի աշխատում մեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի և Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարի հետ: Սա նշանակում է, որ դուք պետք է ամբողջ չափով վճարեք մատակարարներին՝ ցանցից դուրս գտնվող մատակարարների տրամադրած ծառայությունների համար: Ահա որոշ դեպքեր, երբ այս կանոնը չի կիրառվում՝
  - Մենք ապահովագրում ենք շտապ կամ շտապ անհրաժեշտ օգնությունը ցանցից դուրս մատակարարողի կողմից (այս մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս գլխի Բաժին H-ը):
  - Եթե ձեզ հարկավոր է բուժսպասարկում, որն ընդգրկվում է մեր ծրագրի ապահովագրական ծածկույթում, և մեր ցանցային մատակարարները չեն կարող այն ձեզ տրամադրել, ապա Դուք կարող եք ստանալ այդ բուժսպասարկումը ոչ ցանցային մատակարարից: Այս իրավիճակում մենք փոխհատուցում ենք բուժումը, ինչպես եթե այն ստանայիք ցանցի անդամ մատակարարից կամ անվճար:
  - Մենք ապահովագրում ենք երիկամների դիալիզի ծառայությունները, երբ Դուք կարճ ժամանակով գտնվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս կամ երբ մատակարարը ժամանակավորապես անհասանելի է կամ հասանելի չէ: Դուք կարող եք ստանալ այս ծառայությունները Medicare-ի կողմից հավաստագրված դիալիզի հաստատությունում: Ծախսերի բաշխմամբ դիալիզի համար ձեր կողմից վճարվող մասը չի կարող գերազանցել Original Medicare-ի ծախսերի բաշխման մասը Եթե դուք գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս և դիալիզ եք ստանում ծրագրի ցանցից դուրս գտնվող մատակարարից, ձեր ծախսերի բաշխման մասը չի կարող գերազանցել ծախսերի բաշխման այն մասը որը դուք վճարում եք ցանցում ստացած բուժծառայությունների համար: Այնուամենայնիվ, եթե ձեր սովորական ներցանցային դիալիզի մատակարարը ժամանակավորապես անհասանելի է, և դուք ընտրում եք ծառայություններ ստանալ սպասարկման տարածքում Ցանցից դուրս գործող մատակարարի դեպքում դիալիզի ծախսերի բաշխման մասը կարող է ավելի բարձր լինել:
  - Երբ առաջին անգամ եք միանում ծրագրին, ապա կարող եք խնդրել մեզանից որպեսզի կարողանաք շարունակել այցելել Ձեր ներկայիս մատակարարին: Որոշակի

բացառություններով, մեզնից պահանջվում է հաստատել այդ հայցը, եթե Դուք կարող եք ներկայացնել առկա կապը մատակարարների հետ: Անցե՛ք Ձեր Անդամի ձեռնարկի **Գլուխ 1-ը**: Եթե մենք հաստատում ենք Ձեր պահանջը, ապա Դուք մինչև 12 ամիս կարող եք շարունակել ծառայությունների համար այցելել այն մատակարարներին, որոնց այժմ այցելում եք: Այդ ժամանակահատվածում ձեր գործի վարման պատասխանատու անձը կապ կհաստատի ձեզ հետ, օգնելու՝ գտնել մատակարարներ մեր ցանցում, որոնք կապված են ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ: 12 ամսից հետո մենք այլևս չենք փոխհատուցի Ձեր բուժսպասարկումը, եթե շարունակեք այցելել այն մատակարարներին, որոնք մեր ցանցում չեն և կապված չեն Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարի բժշկական խմբի հետ:

Molina Medicare Complete Care Plus-ի նոր անդամներ: Շատ դեպքերում Դուք կգրանցվեք Molina Medicare Complete Care Plus-ում Ձեր Medicare-ի նպաստների համար Molina Medicare Complete Care Plus-ում գրանցվելու հայտ ներկայացնելուց հետո մյուս ամսվա 1-ին: Դուք դեռ կարող եք ստանալ Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Ձեր նախկին Medi-Cal առողջապահական ծրագրից ևս մեկ ամիս: Դրանից հետո Դուք կստանաք Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Molina Medicare Complete Care Plus-ի միջոցով: Ձեր Medi-Cal ծածկույթում ընդհատում չի լինի: Խնդրում ենք զանգահարեք (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով, եթե հարցեր ունեք:

C. Ձեր գործի կառավարիչը

C1. Ով է գործի վարման պատասխանատու անձը

- Molina Medicare Complete Care Plus-ի գործի վարման պատասխանատու անձը Ձեզ համար հանդիսանում է գլխավոր անձ, ում 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 գործի վարման պատասխանատու անձի հետ

- Եթե ցանկանում եք կապվել Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձի հետ, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն (855) 665-4627, հեռախոսահամարով՝ շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է: TTY՝ 711: Կամ այցելեք www.molinahealthcare.com/Medicare:

C3. Ինչպես կարող եք փոխել Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձին

- Կարող եք պահանջել նշանակված գործի վարման պատասխանատու անձի փոփոխում՝ զանգահարելով գործի կառավարման բաժին կամ Անդամների սպասարկմանկենտրոն: Molina Medicare Complete Care Plus-ի HealthCare ծառայությունների անձնակազմը կարող է փոխել մասնակցին նշանակված գործի վարման պատասխանատու անձին՝ ելնելով մասնակցի կարիքներից կամ գտնվելու վայրից:

D. Առաջնային բուժօգնության մատակարարի խնամք

D1. Բուժօգնություն առաջնային բուժօգնության մատակարարների կողմից

Դուք պետք է ընտրեք առաջնային խնամքի մատակարար (PCP), որը տրամադրում և վերահսկում է Ձեր խնամքը: Մեր ծրագրի PCP-ները փոխկապակցված են բժշկական խմբերի հետ: Երբ PCP եք ընտրում, Դուք նաև ընտրում եք նրան կցված բժշկական խումբը:

PCP սահմանումը, ֊ ինչ է անում PCP-ն ձեզ համար

Առաջնային բուժօգնության 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 Medicare Complete Care Plus-ը պահպանում է նեղ մասնագիտացված մատակարարների ցանցը իր անդամներին բուժսպասարկում տրամադրելու նպատակով: Molina Medicare Complete Care Plus-ի PCP-ից ուղեգրերը պահանջվում են, որպեսզի անդամը ստանա նեղ մասնագիտացված ծառայություններ. այնուամենայնիվ, որևէ նախնական հաստատում չի պահանջվում: Անդամներին թույլատրվում է ունենալ ուղղակի հասանելիություն կանացի առողջապահության մասնագետի մոտ ստանդարտ և կանխարգելիչ բուժսպասարկման նպատակով առանց տեղեկատվական ծառայությունների: Ձեր PCP-ն կտրամադրի Ձեր բուժօգնության մեծ մասը և կօգնի ձեզ կազմակերպել կամ համաձայնեցնել փոխհատուցվող ծառայությունների մնացած մասը, որը Դուք ստանում եք որպես մեր ծրագրի անդամ: Այն ներառում է՝

- Ձեր ռենտգենի նկարներ
- լաբորատոր ստուգումներ
- Թերապիաներ
- 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 փոխհատուցվող ծառայություններ կամ նյութեր, Դուք պետք է նախապես ստանաք հավանություն PCP-ից (ինչպես ուղեգրի տրամադրումը ձեզ մասնագետին այցելելու համար): Որոշ դեպքերում Ձեր PCP-ին հարկավոր կլինի ստանալ նախնական հաստատում (նախնական հավանություն) մեզնից: Քանի որ Ձեր PCP-ն ապահովելու և համաձայնեցնելու է Ձեր բուժսպասարկումը, Դուք պետք է ուղարկեք Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարի գրասենյակ Ձեր բոլոր նախկին բժշկական քարտերը:

Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարի (PCP) ընտրությունը

Ձեր կապը Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարի հետ շատ կարևոր է: Մենք լրջորեն խորհուրդ ենք տալիս, որ Դուք ընտրեք Ձեր տանը մոտ գտնվող առաջնային բուժօգնության մատակարարի: Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարի մոտակայքում գտնվելը հեշտացնում է բուժօգնություն ստանալը և վստահելի և բաց հարաբերությունների հաստատումը: Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի ամենա վերջին պատճենը ստանալու կամ առաջնային բուժօգնության մատակարարի ընտրության հարցում լրացուցիչ օժանդակություն ստանալու համար, խնդրում ենք կապվել Անդամների սպասարկման բաժնի հետ: Եթե կա որևէ հատուկ մասնագետ կամ հիվանդանոց, որի ծառայություններից ցանկանում եք օգտվել, ապա ճշտեք՝ արդյոք դրանք կապված են Ձեր PCP-ի

բժշկական խմբի հետ: Կարող եք փնտրել Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուում կամ խնդրել Անդամների սպասարկման բաժնին ստուգել՝ արդյոք Ձեր ուզած PCP-ն ուղեգրեր տրամադրում է այդ մասնագետի մոտ կամ արդյոք օգտվում է այդ հիվանդանոցից:

Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարը (PCP) փոփոխելու տարբերակը

Դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ ու ցանկացած պատճառով փոխել Ձեր PCP-ին: Բացի այդ, Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարը հնարավոր է դուրս գա մեր ծրագրի ցանցը: Եթե Ձեր PCP-ն դուրս է գալիս մեր ցանցից, մենք կարող ենք օգնել ձեզ գտնել նոր PCP մեր ցանցում:

Մեր ծրագրի PCP-ները փոխկապակցված են բժշկական խմբերի հետ: Եթե Դուք փոխում եք Ձեր PCP-ին, ապա կարող եք նաև փոխել բժշկական խմբերը: Երբ փոփոխություն եք խնդրում, տեղեկացրեք Անդամների սպասարկման կենտրոնին՝ եթե օգտվում եք մասնագետից կամ ստանում եք այլ ապահովագրված ծառայություններ, որոնք պետք է ունենան PCP հաստատում: Անդամների սպասարկման կենտրոնն օգնում է համոզված լինել, որ առաջնային բուժօգնության մատակարար փոխելու դեպքում Դուք կարող եք շարունակել ստանալ Ձեր մասնագիտացված բուժօգնությունը և օգտվել այլ ծառայություններից:

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

Ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ առանց Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարից (PCP) նախնական հավանություն ստանալու

Դեպքերի մեծ մասում Ձեզ հարկավոր կլինի հավանություն ստանալ Ձեր PCP-ից նախքան այլ մատակարարների այցելելը: Դուք կարող եք ստանալ այնպիսի ծառայություններ, ինչպիսիք ներկայացված են ստորև, առանց Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարից 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 ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս):
  Նշում. Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնությունը պետք է անհապաղ անհրաժեշտ լինի և բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ լինի:
- Երիկամների դիալիզի ծառայություններ, որոնք Դուք ստանում եք Medicare-ի կողմից արտոնագրված դիալիզի հաստատությունից, երբ գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս: Զանգահարել Անդամների սպասարկմանկենտրոն նախքան սպասարկման տարածքից դուրս գալը: Մենք կարող ենք օգնել ձեզ ստանալ դիալիզի ծառայություններ Ձեր բացակայության ընթացքում:

- Պատվաստումներ գրիպի դեմ, COVID-19-ի և 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 կրծքի ստուգումներ, զննման մամոգրամաները (կրծքի ռենտգեն), Պապ թեստեր, ինչպես նաև փոքր կոնքի ստուգումներ, եթե Դուք դրանք ստանում եք ցանցի մատակարարից:
- Ի լրումն, եթե Դուք իրավունք ունեք ստանալ ծառայություններ հնդկական բուժսպասարկման մատակարարներից, ապա կարող եք այցելել այդ մատակարարներին առանց ուղեգրի:
- Բուժքույր-մանկաբարձի ծառայություններ, ընտանիքի պլանավորում, ՄԻԱՎ թեստավորում և խորհրդատվություն, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների բուժում (Sexually Transmitted Diseases, STD-ներ)

D2. Բուժօգնություն մասնագետների ֆ 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:

- Ուռուցքաբանի բուժօգնություն քաղցկեղ ունեցող հիվանդների համար:
- Սրտաբանի բուժօգնություն սրտային խնդիրներով հիվանդների համար:
- Օրթոպեդի բուժօգնություն ոսկրային, հոդային կամ մկանային խնդիրներով հիվանդների համար:
- Գաստրոէնտերոլոգիական խնամք մարսողական կամ աղիքային խնդիրներ ունեցող հիվանդների համար:
- Նեֆրոլոգները հոգ են տանում երիկամների հետ կապված խնդիրներ ունեցող հիվանդների մասին:
- Ուրոլոգները խնամում են միզուղիների և միզապարկի խնդիրներ ունեցող հիվանդներին:
- Որպես անդամ Դուք սահմանափակված չեք հատուկ մասնագետների ընտրության հարցում: Molina Medicare Complete Care Plus-ը պահպանում է նեղ մասնագիտացված մատակարարների ցանցը իր անդամներին բուժսպասարկում տրամադրելու նպատակով: Ձեր PCP-ից ուղեգրերը կարող են պահանջվել նեղ մասնագիտական ծառայություններ ստանալու համար, անդամներին 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 հաստատում: Ձեր PCP-ն կարող է պահանջել նախնական հաստատում 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, թե որ ծառայություններն են պահանջում նախնական հաստատում:

D3. Երբ մատակարարը դուրս է գալիս մեր ծրագրից

Ցանցային մատակարարը, որից Դուք օգտվում եք, կարող է դուրս գալ մեր ծրագրից: Եթե Ձեր մատակարարներից մեկը լքի մեր ծրագիրը, Դուք ունեք որոշակի իրավունքներ և պաշտպանություն, որոնք ամփոփված են ստորև.

- Նույնիսկ եթե մեր մատակարարների ցանցը փոխվում է տարվա ընթացքում, մենք պետք է ձեզ անխափան հասանելիություն տանք որակավորված մատակարարներին:
- Մենք բարեխղճորեն ջանք ենք գործադրում ձեզ ծանուցելու առնվազն 30 օր առաջ, որպեսզի Դուք ժամանակ ունենաք ընտրել նոր մատակարար:

- Մենք օգնում ենք ձեզ ընտրել նոր որակավորված մատակարար, որը շարունակելու է կառավարել Ձեր առողջապահական կարիքները:
- Եթե ներկայումս բժշկական բուժում եք ստանում, Դուք իրավունք ունեք խնդրելու և մենք աշխատում ենք ձեզ հետ՝ համոզվելու համար, որ Ձեր ստացած բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ բուժումը չի ընդհատվում:
- Եթե մենք չենք կարողանում գտնել ցանցի որակավորված մասնագետ, որը հասանելի է ձեզ, մենք պետք է գտնենք ցանցից դուրս մասնագետ՝ Ձեզ բուժօգնություն տրամադրելու համար:
- Եթե կարծում եք, որ մենք չենք փոխարինել Ձեր նախորդ մատակարարին որակավորված մատակարարով կամ որ մենք լավ չենք կառավարում Ձեր խնամքը, Դուք իրավունք ունեք որակի խնամքի բողոք ներկայացնել QIO-ին, խնամքի որակի վերաբերյալ բողոք կամ երկուսն էլ: (Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք Գլուխ 9):
- Եթե ձեր մատակարարը դուրս գա մեր ցանցից, նա պետք է համաձայնի պայմանագիր կնքել մեր մատակարարների հետ, որպեսզի դուք շարունակեք օգտվել բժշկական խնամքի ծառայություններից:

Եթե պարզեք, որ Ձեր մատակարարներից մեկը հեռանում է մեր ծրագրից, կապվեք մեզ հետ: Մենք կարող ենք օգնել ձեզ գտնել նոր մատակարար և կառավարել Ձեր խնամքը: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ այս էջի ներքևում գտնվող համարով:

D4. Ոչ ցանցային պրովայդեր՝

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 հաստատում: Դուք կամ ձեր մատակարարը կարող եք դիմել այդ նախնական հաստատումը ստանալու համար: Աջակցության համար խնդրում ենք դիմել Անդամների 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 այցելեք ոչ-ցանցային մատակարարի, ապա 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:

Պլանը փոխհատուցում է երիկամների դիալիզի ծառայությունները, երբ դուք կարճ ժամանակով գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքից դուրս: Դուք կարող եք ստանալ այս ծառայությունները Medicare-ի կողմից հավաստագրված դիալիզի հաստատությունում: Խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ դիալիզ ստանալ, երբ դուք բացակայում եք:

Երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունները (LTSS) բաղկացած են Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ (CBAS) ծրագրից և Բուժքույրական խնամքի հաստատություններից (NF): Ծառայությունները կարող են մատուցվել Ձեր տանը, համայնքում կամ բուժհաստատություններում: 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:
- **Բուժքույրական հաստատություն (NF)**: Հաստատություն, որը խնամք է տրամադրում այն մարդկանց, ովքեր չեն կարող ապահով կերպով մնալ տանը, բայց և կարիք էլ չունեն մնալու հիվանդանոցում:

Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձը կօգնի ձեզ հասկանալ յուրաքանչյուր ծրագիր: Այս ծրագրերից յուրաքանչյուրի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկմանկենտրոն՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:

E. Հոգեկան առողջության (հոգեկան առողջություն ֆ թմրանյութերի օգտագործման հետֆանքով առաջացած խանգարում) ծառայություններ

Դուք մուտք ունեք բժշկական առումով անհրաժեշտ վարքագծային առողջության ծառայություններ, որոնք Medicare-ը և Medi-Cal-ը ապահովագրում են: Մենք հասանելիություն ենք տրամադրում Medicare-ի կողմից ապահովագրված վարքագծային առողջության ծառայություններին: Մեր ծրագիրը չի տրամադրում Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված վարքագծային առողջության ծառայություններ, սակայն այդ ծառայությունները հասանելի են ձեզ Riverside-ի համալսարանի առողջապահական համակարգեր. Վարքագծային առողջություն, San Bernardino վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության դեպարտամենտ, San Diego վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություններ և Los Angeles վարչաշրջանի հոգեկան առողջության դեպարտամենտ կազմակերպությունների միջոցով:

E1. Medi-Cal-ի վարքագծային առողջության ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են մեր ծրագրից դուրս

Հոգեկան առողջության Medi-Cal-ի նեղ մասնագիտացված ծառայությունները հասանելի են ձեզ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության բժշկական ապահովագրության ծրագրի (MHP) միջոցով, եթե Դուք համապատասխանում եք հոգեկան առողջության Medi-Cal-ի նեղ մասնագիտացված ծառայություններից օգտվելու չափանիշներին: Հոգեկան առողջության Medi-Cal-ի մասնագիտացված ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են Riverside University Health System – Behavioral Health, San Bernardino County Department of Behavioral Health, San Diego County- Behavioral Health Services and Los Angeles County Department of Mental Health կողմից, ներառում են՝

- Հոգեբուժական օգնություն
- 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
- Թիրախային գործի կառավարում

Medi-Cal կամ Drug Medi-Cal կազմակերպված առաքման համակարգի ծառայությունները հասանելի են ձեզ Riverside University Health System-ի միջոցով – Behavioral Health, San Bernardino County Department of Behavioral Health, San Diego County- Behavioral Health Services and Los Angeles County Department of Public Health, եթե համապատասխանում են այս ծառայությունները ստանալու չափանիշներին: Drug Medi-Cal ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են Riverside University Health System – Behavioral Health San Bernardino County Department of Behavioral Health, San Diego County- Behavioral Health Services and Los Angeles County Department of Public Health կողմից, *ներառում են*՝

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

Drug Medi-Cal կազմակերպված առաքման համակարգի ծառայությունները ներառում են՝

- Ամբուլատոր և ինտենսիվ ամբուլատոր ծառայություններ
- Դեղորայք կախվածության բուժման համար (նաև կոչվում է Դեղորայքի օգնությամբ բուժում)
- Բնակելի/ստացիոնար
- Դուրսգրման կառավարում
- Թմրանյութային կախման բուժման ծառայություններ
- Վերականգնման ծառայություններ
- Խնամքի համակարգում

Ի լրումն վերոնշյալ ծառայությունների, ձեզ հասանելի կլինեն կամավոր ստացիոնար թունազերծման ծառայությունները, եթե Դուք համապատասխանեք բժշկական անհրաժեշտ չափանիշներին:

Molina Medicare Complete Care Plus-ը ապահովում է բազմաթիվ հոգեկան առողջության և թմրանյութային կախումից բուժօգնության մատակարարների հասանելիություն: Մատակարարների ցանկը տեղադրված է Molina Dual Option-ի անդամների վեբ կայքում կամ կարող եք դրանց ծանոթանալ՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկմանկենտրոն: Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի ամենա վերջին պատճենը ստանալու կամ վարքագծային բուժսպասարկման մատակարարի ընտրության հարցում լրացուցիչ օժանդակություն ստանալու համար, խնդրում ենք կապվել Անդամների սպասարկման բաժին: Որոշ ծառայությունների համար ձեզնից հնարավոր է պահանջվի ստանալ նախնական հաստատում: Դուք կամ Ձեր վարքագծային բուժսպասարկման մատակարարը, կամ Ձեր PCP-ն՝ ելնելով պահանջվող ծառայության հրատապությունից, կարող եք պահանջել նախնական հաստատում 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 հաստատում: 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 հոգեկան առողջության Medi-Cal-ի նեղ մասնագիտացված ծառայություններ կամ դեղանյութերի ծառայություններ, որոնք հասանելի են ձեզ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության բժշկական ապահովագրության ծրագրի (MHP) միջոցով, Molina-ի գործի վարման պատասխանատու անձը կարող է օգնել ձեզ ծանոթանալ վարչաշրջանի համապատասխան միջոցներին գնահատում անցկացնելու նպատակով: Դուք կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկմանկենտրոն օժանդակություն հայցելու համար: Դուք նաև կարող եք կապվել անմիջապես Վարչաշրջանի գրասենյակի հետ: Տե՛ս վարչաշրջանի համապատասխան հեռախոսահամարները, որոնք ներկայացված են վերոնշյալ տեղեկության մեջ:

Հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններ

Los Angeles վարչաշրջանի հոգեկան առողջության դեպարտամենտ՝ 1-800-854-7771

Riverside-ի համալսարանի առողջապահական համակարգեր. Վարքագծային առողջություն՝ 1-800-706-7500

San Bernardino վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության դեպարտամենտ՝ 1-888-743-1478

San Diego վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություններ՝ 1-888-724-7240

Drug Medi-Cal ծառայություններ

Los Angeles վարչաշրջանի հանրային առողջության դեպարտամենտ՝ 1-844-804-7500

Riverside-ի համալսարանի առողջապահական համակարգեր. Վարքագծային առողջություն՝ 1-800-499-3008

San Bernardino վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության դեպարտամենտ՝ 1-888-743-1478

San Diego վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություններ՝ 1-888-724-7240

F. Տրանսպորտային ծառայություններ

F1. Ոչ արտակարգ իրավիճակների բժշկական տեղափոխում

Դուք իրավունք ունեք ոչ շտապ բժշկական փոխադրման, եթե ունեք բժշկական կարիքներ, որոնք թույլ չեն տալիս ձեզ մեքենա, ավտոբուս կամ տաքսի օգտագործել Ձեր տեսակցություններին: Ոչ շտապ բժշկական փոխադրումներ կարող են տրամադրվել ապահովագրված ծառայությունների համար, ինչպիսիք են բժշկական, ատամնաբուժական, հոգեկան առողջությունը, նյութերի օգտագործումը և դեղատան նշանակումները: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է ոչ շտապ բժշկական փոխադրում, կարող եք խոսել Ձեր PCP-ի կամ այլ մատակարարի հետ և խնդրել այն: Ձեր PCP-ն կամ այլ մատակարարը կորոշի փոխադրման լավագույն տեսակը՝ Ձեր կարիքները բավարարելու համար: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է ոչ շտապ բժշկական փոխադրում, նրանք կնշանակեն այն՝ լրացնելով ձևաթուղթը և այն ներկայացնելով Molina Medicare Complete Care Plus-ին՝ հաստատման համար: Կախված Ձեր բժշկական կարիքներից՝ հաստատումը լավ է մեկ տարվա համար: Ձեր PCP-ն կամ այլ մատակարարը յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ կվերագնահատի ոչ շտապ բժշկական փոխադրումների Ձեր կարիքը՝ վերահաստատման համար:

Ոչ շտապ բժշկական փոխադրամիջոցը շտապօգնության մեքենան է, աղբատարը, անվասայլակով ֆուրգոնը կամ օդային տրանսպորտը: Molina Medicare Complete Care Plus-ը թույլ է տալիս նվազագույն ծախսերով ծածկված փոխադրման եղանակը և ամենահամապատասխան ոչ շտապ բժշկական փոխադրումը Ձեր բժշկական կարիքների համար, երբ ձեզ անհրաժեշտ է ուղևորություն դեպի Ձեր տեսակցությունը: Օրինակ, եթե Դուք ֆիզիկապես և առողջական վիճակից ելնելով կարող եք ճամփորդել անվասայլակով, ապա Molina Medicare Complete Care Plus-ը չի վճարի շտապ օգնության մեքենայի համար: Դուք իրավունք ունեք օդային տրանսպորտի միայն այն դեպքում, եթե Ձեր առողջական վիճակը բացառում է ցամաքային տրանսպորտի ցանկացած տեսակ:

Ոչ շտապ բժշկական տրանսպորտը պետք է օգտագործվի, երբ.

- Դա ձեզ ֆիզիկապես կամ բժշկական առումով անհրաժեշտ է, ինչպես որոշվում է Ձեր PCP-ի կամ այլ մատակարարի գրավոր թույլտվությամբ, քանի որ Դուք չեք կարող օգտագործել ավտոբուս, տաքսի, մեքենա կամ ֆուրգոն՝ Ձեր հանդիպմանը հասնելու համար:
- Ձեզ անհրաժեշտ է վարորդի օգնությունը մինչև մեքենա կամ մեքենայից մինչև բնակավայր հասնելու համար ֆիզիկական կամ մտավոր հաշմանդամության պատճառով:

Բժշկական փոխադրամիջոց խնդրելու համար, որը Ձեր բժիշկը նշանակել է ոչ շտապ՝ **պլանային այցելությունների համար**, զանգահարեք Molina Medicare Complete Care Member Services <(855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը տեղական ժամանակով, ձեր հանդիպումից առաջ առնվազն 2 օր առաջ (երկուշաբթի-ուրբաթ): **Շտապ այցերի** համար խնդրում ենք զանգահարել որքան հնարավոր է շուտ: Խնդրում ենք պատրաստել Ձեր մասնակցի ID քարտը, երբ զանգահարում եք: Դուք նաև կարող եք զանգահարել, եթե անհրաժեշտ է լրացուցիչ տեղեկություն:

Բժշկական փոխադրամիջոցների սահմանափակում

Molina Medicare Complete Care Plus-ը ծածկում է ամենաէժան բժշկական փոխադրումը, որը բավարարում է Ձեր բժշկական կարիքները Ձեր տնից մինչև ամենամոտ մատակարարը, որտեղ հնարավոր է տեսակցություն: Բժշկական տրանսպորտ չի տրամադրվի, եթե Medicare-ը կամ Medi-Cal-ը չեն ծածկում ծառայությունը: Եթե պայմանավորվածության տեսակը ֆինանսավորվում է Medi-Cal-ի կողմից, բայց ոչ առողջապահական ծրագրի միջոցով, ապա Molina Medicare Complete Care Plus-ը կտրամադրի կամ կօգնի ձեզ պլանավորել Ձեր տեղափոխումը: Ապահովագրված ծառայությունների ցանկը ներկայացված է այս ձեռնարկի 4-րդ գլխում: Տրանսպորտը չի ապահովագրվում Molina Medicare Complete Care Plus-ի ցանցից կամ սպասարկման տարածքից դուրս, եթե նախապես լիազորված չէ:

F2. Ոչ-բժշկական փոխադրում

Ոչ բժշկական փոխադրումների նպաստները ներառում են Ձեր մատակարարի կողմից լիազորված ծառայության համար Ձեր տեսակցություններին ճանապարհորդելը և վերադառնալը: Դուք կարող եք անվճար ուղևորություն ստանալ, երբ դուք՝

- Ձեր մատակարարի կողմից լիազորված ծառայությանն այցելելու համար եք ճանապարհորդում:
- Գնում եք վերցնելու բաղադրատոմսեր և դեղորայք:

Molina Medicare Complete Care Plus-ը թույլ է տալիս օգտագործել մեքենա, տաքսի, ավտոբուս կամ այլ հանրային/մասնավոր միջոց՝ Ձեր մատակարարի կողմից լիազորված ծառայությունների համար ոչ բժշկական տեսակցության հասնելու համար: Մենք ծածկում ենք ամենացածր ծախսերը, ոչ բժշկական փոխադրման տեսակը, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին:

Երբեմն, Դուք կարող եք փոխհատուցվել Ձեր կողմից կազմակերպված մասնավոր տրանսպորտային միջոցի երթևեկության համար: Molina Medicare Complete Care Plus-ը պետք է հաստատի **սանախքան** երթևեկելը, և Դուք պետք է ասեք մեզ, թե ինչու չեք կարող ճանապարհորդել այլ կերպ, օրինակ՝ ավտոբուսով: Դուք կարող եք տեղեկացնել մեզ՝ զանգահարելով կամ էլեկտրոնային փոստով կամ անձամբ: **Դուք չեք կարող փոխհատուցվել ինքներդ մեքենա վարելու համար:**

Վազքի փոխհատուցումը պահանջում է հետևյալը՝

- Վարորդի վարորդական իրավունքը
- Վարորդի մեքենայի գրանցումը
- Վարորդի համար մեքենայի ապահովագրության վկայագիր

Լիազորված ծառայությունների համար ուղևորություն խնդրելու համար զանգահարեք Molina Medicare Complete Care Անդամների սպասարկմանկենտրոն <(855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը տեղական ժամանակով, ձեր հանդիպումից առաջ առնվազն 2 օր առաջ (երկուշաբթի-ուրբաթ): **Շտապ այցերի** համար խնդրում ենք զանգահարել որքան հնարավոր է շուտ: Խնդրում ենք պատրաստել Ձեր մասնակցի ID քարտը, երբ զանգահարում եք: Դուք նաև կարող եք զանգահարել, եթե անհրաժեշտ է լրացուցիչ տեղեկություն:

Նշում. Ամերիկացի հնդկացիները կարող են կապ հաստատել իրենց տեղական Հնդկական առողջության կլինիկայի հետ՝ խնդրելու ոչ բժշկական փոխադրում:

Ոչ բժշկական փոխադրամիջոցների սահմանափակում

Molina Medicare Complete Care-ն ապահովում է ամենաէժան ոչ բժշկական տրանսպորտը, որը բավարարում է Ձեր կարիքները Ձեր տնից մինչև ամենամոտ մատակարարը, որտեղ հնարավոր է տեսակցություն: **Դուք չեք կարող իրենց տեղ հասցնել կամ ուղղակիորեն փոխհատուցվել:**

Ոչ բժշկական փոխադրումները **չի** կիրառվում, եթե՝

- Շտապ օգնության մեքենան, պառկած հիվանդների տեղափոխման մեքենան, սայլակով ավտոմեքենան բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է ապահովագրված ծառայություն ստանալու համար:
- Ձեզ անհրաժեշտ է վարորդի օգնությունը մինչև մեքենա կամ մեքենայից մինչև բնակավայր հասնելու համար ֆիզիկական կամ մտավոր հաշմանդամության պատճառով:
- Դուք անվասայլակով եք և ի վիճակի չեք դուրս գալ և նստել փոխադրամիջոց՝ առանց վարորդի օգնության:
- Ծառայությունը չի փոխհատուցվում Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից:

G. Ծածկված ծառայություններ բժշկական շտապ օգնության դեպքում, երբ շտապ անհրաժեշտ է կամ աղետի ժամանակ

G1. Բժշկական շտապ օգնության խնամք

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:

Եթե Դուք բժշկական արտակարգ իրավիճակ ունեք.

- **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 մատակարարի հավանությունը կամ ուղեգիրը: Ձեզ հարկավոր չէ ցանցի մատակարարից օգտվել: Դուք կարող եք շտապ բժշկական օգնություն ստանալ, երբ դրա կարիքը ունենաք, ԱՄՆ-ի ցանկացած վայրում: կամ դրա տարածքների սահմանում [insert as applicable: or worldwide], համապատասխան պետական լիցենզիա ունեցող ցանկացած մատակարարից:
- **Որքան հնարավոր է շուտ տեղեկացրեք մեր ծրագրին Ձեր արտակարգ իրավիճակի մասին:** Մենք պետք է հետևենք ձեզ տրամադրվող անհետաձգելի բուժօգնությանը: Դուք կամ մեկ այլ անձ պետք է զանգահարի ու տեղեկացնի մեզ Ձեր արտակարգ իրավիճակի մասին՝ սովորաբար 48 ժամվա ընթացքում: Այնուամենայնիվ, Դուք չեք վճարի շտապ օգնության ծառայությունների համար, եթե հետաձգեք մեզ տեղեկացնելը: Դուք կարող եք գտնել Անդամների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարը Ձեր ID անդամաքարտի հետնամասում:

Փոխհատուցվող 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 ծրագրի հետ:

Եթե ձեզ հարկավոր է շտապօգնություն անհետաձգելի բուժօգնության սենյակ հասնելու համար, մեր ծրագիրը դա փոխհատուցում է: Ավելին իմանալու համար կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *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 բուժսպասարկումը կապահովագրվի 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 Medicare Complete Care Plus-ը կփոխհատուցի բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ հետկայունացման ծառայությունները, որոնք մատուցվում են ցանցային կամոչ-ցանցային մատակարարի կողմից հետևյալ իրավիճակներից յուրաքանչյուրում՝
  - ծրագիրը 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:

Նույնիսկ եթե բժիշկն ասի, որ դա անհետաձգելի պատահար չէր, մենք կփոխհատուցենք Ձեր լրացուցիչ բուժօգնությունը, եթե՝

- Դուք այցելում եք ցանցային մատակարարի, **կամ**
- Ձեր ստացված լրացուցիչ խնամքը համարվում է «հրատապ անհրաժեշտ խնամք», և Դուք հետևում եք այս հրատապ խնամքը ստանալու կանոններին (անցե՛ք Բաժին H2):

G2. Շտապ բժշկական օգնություն

Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնությունը՝ դա այն բուժօգնությունն է, որը Դուք ստանում եք անսպասելի հիվանդության, վնասվածքի կամ առողջական վիճակի դեպքում, որը չի հանդիսանում արտակարգ իրավիճակ, բայց որի համար հարկավոր է անմիջապես բուժօգնություն ցուցաբերել: Օրինակ, Դուք կարող եք ունենալ առկա վիճակի բռնկում կամ ծանր կոկորդի ցավ, որը տեղի է ունենում հանգստյան օրերին և բուժման կարիք ունի:

Շտապ անհրաժեշտ խնամք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքում

Իրավիճակների մեծ մասում մենք կփոխհատուցենք շտապ անհրաժեշտ բուժօգնությունը միայն եթե՝

- Դուք ստանում եք այդ խնամքը ցանցի մատակարարից, ɜ
- Դուք հետևում եք այս գլխում նկարագրված այլ կանոններին:

Եթե դա հնարավոր կամ ողջամիտ չէ 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:

Շտապ անհրաժեշտ խնամք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս

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

Դուք ապահովագրված եք շտապ օգնության և շտապ օգնության ծառայությունների համար ամբողջ աշխարհում՝ մինչև $10,000 յուրաքանչյուր օրացուցային տարի: Ավելին իմանալու համար կարդացեք Գլուխ 4-ում ներկայացված Նպաստների աղյուսակը:

G3. Բուժսպասարկում աղետի դեպքում

Եթե Ձեր նահանգի նահանգապետը, ԱՄՆ Եթե Ձեր նահանգապետը, առողջապահության և սոցապահովման նախարարության քարտուղարը կամ Միացյալ Նահանգների նախագահը հայտարարեն արհավիրքի կամ արտակարգ իրավիճակի մասին Ձեր տարածաշրջանում, Դուք դեռևս կարող եք ստանալ բուժօգնություն մեր ծրագրից:

Հայտարարված աղետի ժամանակ բուժօգնություն ստանալու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելել մեր վեբ կայքը՝ www.MolinaHealthcare.com/Medicare:

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 տես *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5-ը:**

H. Ինչ անել, եթե ուղղակիորեն հաշիվ եք ստանում մեր ծրագրի կողմից ապահովագրված ծառայությունների համար

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

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

Եթե Դուք վճարել եք Ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների համար կամ ստացել եք վճարման հաշիվ ապահովագրված բժշկական ծառայությունների համար, կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 7-ը** և իմացեք ինչպես վարվել:

H1. Ինչ անել, եթե ծրագիրը չի ապահովագրում մեր ծառայությունը

Մեր ծրագիրը փոխհատուցում են բոլոր ծառայությունները՝

- որոնք համարվում են բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ, և
- նշված են ծրագրի Նպաստների աղյուսակում (կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 4-ը*), և
- որոնք Դուք ստանում եք՝ հետևելով ծրագրի կանոններին:

Եթե Դուք ծառայություններ եք ստանում, որոնք մեր ծրագիրը չի ծածկում, **Դուք ինքներդ եք վճարում ամբողջ արժեքը:**

Եթե Դուք ցանկանում եք իմանալ, արդյոք մենք կվճարենք որևէ բժշկական ծառայության կամ բուժսպասարկման համար, Դուք իրավունք ունեք հարցնել մեզ: Դուք իրավունք ունեք նաև խնդրել սա գրավոր: Եթե մենք ասենք, որ չենք վճարի Ձեր ծառայությունների համար, Դուք իրավունք ունեք բողոքարկելու մեր որոշումը:

Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **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: Զանգահարել Անդամների սպասարկմանկենտրոն՝ Ձեր բողոքարկման իրավունքների մասին 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 Անդամների սպասարկման կենտրոն այդ սահմանաչափերը պարզելու համար, ինչպես նաև տեղեկանալու, թե Ձեր նպաստներից որքանն եք արդեն օգտագործել:

I. Փոխհատուցվող առողջապահական ծառայություններ կլինիկական հետազոտության ընթացքում

I1. Կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրության սահմանումը

Կլինիկական հետազոտությունը (նաև կոչվում է կլինիկական փորձարկում)՝ դա միջոց է, որով բժիշկները փորձարկում են նոր տեսակի բուժօգնությունը կամ դեղերը: Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրությունը սովորաբար խնդրում է, որ կամավորներ լինեն հետազոտության մեջ:

Medicare-ի կամ մեր ծրագրի 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 իրավասու եք դրանում մասնակցելու: Կարող եք մասնակցել այդ ուսումնասիրությանը, եթե համապատասխանում եք պայմաններին: Դուք նաև պետք է հասկանաք և ընդունեք, ինչ պետք է անեք հետազոտության համար:

Հետազոտությանը մասնակցելու ընթացքում, կարող եք պահպանել Ձեր ապահովագրությունը մեր ծրագրում: Այդ կերպ մեր ծրագիրը շարունակում է ապահովագրել ձեզ ծառայությունների և խնամքի համար, որոնք կապված չեն ուսումնասիրության հետ:

Եթե Դուք ցանկանում եք մասնակցել Medicare-ի կողից հավանության արժանացած կլինիկական հետազոտությանը, ձեզ հարկավոր ***չէ*** հավանություն ստանալ մեզնից կամ Ձեր PCP-ից: Մատակարարները, որոնք ձեզ բուժօգնություն են տրամադրում որպես հետազոտության մի մաս, պարտադիր ***չէ,*** որ լինեն ցանցային մատակարարներ:

Մենք խրախուսում ենք Ձեզ տեղյակ պահել մեզ նախքան կլինիկական հետազոտությանը մասնակցելը:

Եթե Դուք պլանավորում եք մասնակցել կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության, ապա Դուք կամ Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձը պետք է դիմեք Անդամների սպասարկմանկենտրոն՝ Ձեր մասնակցության մասին տեղեկացնելու համար:

I2. Ծառայությունների վճարում, երբ Դուք գտնվում եք կլինիկական հետազոտության ընթացքում

Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազորությանը կամավոր մասնակցելու դեպքում Դուք ոչինչ չեք վճարում: 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:

Եթե Դուք կամավոր եք լինում կլինիկական հետազոտության համար, մենք վճարում ենք ցանկացած ծախս, որը Medicare-ը չի հաստատում, բայց մեր ծրագիրը հաստատում է: Եթե հանդիսանում եք հետազոտության մաս, Դուք ստիպված կլինեք վճարել հետազոտությանը մասնակցելու հետ կապված յուրաքանչյուր ծախս, որին Medicare-ը կամ մեր ծրագրերը հավանության **չեն արժանացրել**:

I3. Ավելին կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրության մասին

Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկություն ստանալ կլինիկական հետազոտությանը միանալու վերաբերյալ՝ կարդալով «Medicare և կլինիկական հետազոտություններ» փաստաթուղթը Medicare-ի կայքում (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 օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

J. Ինչպե՞ս են փոխհատուցվում Ձեր առողջապահական ծառայությունները, երբ Դուք խնամք եք ստանում կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում

J1. 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 կփոխհատուցենք կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում ստացած բուժօգնությունը: Այս նպաստը տրամադրվում է միայն Medicare Մաս A-ի ստացիոնար ծառայությունների համար (ոչ բժշկական առողջական խնամքի ծառայություններ):

J2. Բուժսպասարկում կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության կողմից

Կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունում խնամք ստանալու համար Դուք պետք է իրավական փաստաթուղթ ստորագրեք, որն ասում է, որ Դուք դեմ եք «չբացառված» բժշկական բուժում ստանալուն:

- «Չբացառված» բժշկական բուժումը ցանկացած տեսակի բուժսպասարկում է, որը **կամավոր է ֆ չի պահանջվում** դաշնային, նահանգային կամ տեղային որևէ օրենքով:
- «Բացառված» բժշկական բուժումը ցանկացած տեսակի բուժսպասարկում է, որը **կամավոր չէ ֆ պահանջվում է** դաշնային, նահանգային կամ տեղային օրենքով:

Որպեսզի մեր ծրագիրը 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 ծրագրի ծառայությունների ապահովագրական ծածկույթը սահմանափակվում է բուժօգնության ոչ-կրոնական ասպեկտներով:
- Եթե Դուք այդ հաստատությունում ստանում եք ծառայություններ, որոնք մատուցվում են ձեզ բուժհաստատությունում, ապա տեղի է ունենում հետևյալը՝
  - Դուք պետք է բժշկական վիճակ ունենաք, որը ձեզ թույլ է տալիս ապահովագրված ծառայություններ ստանալ ստացիոնար հիվանդանոցային կամ հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամքի համար:

Մեր ծրագիրը ներառում է հիվանդանոցում ստացիոնար մնալու անսահմանափակ թվով օրեր: (կարդացեք Գլուխ 4-ի Նպաստների աղյուսակը):

K. Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME)

K1. DME՝ որպես մեր ծրագրի մասնակցի

DME-ն ներառում է որոշակի բժշկական անհրաժեշտ պարագաներ, որոնք պատվիրված են մատակարարի կողմից, ինչպիսիք են՝ 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 DME, որը Դուք պետք է վարձակալեք: Original Medicare-ում մարդիկ, ովքեր վարձակալում են DME-ի որոշակի տեսակներ, ունեն սարքավորում՝ ապրանքի համար 13 ամսվա համավճարները վճարելուց հետո: Որպես մեր ծրագրի անդամ՝ Դուք, այնուամենայնիվ, չեք դառնա DME-ի սեփականատեր, անկախ այն բանից, որքան ժամանակ եք այն վարձակալում:

Որոշակի իրավիճակներում, մենք կփոխանցենք DME-ի սեփականատիրությունը ձեզ: Զանգահարեք Անդամների սպասարկմանկենտրոն և ճշտեք այն պահանջները, որոնց Դուք պետք է համապատասխանեք և ինչ փաստաթղթեր է անհրաժեշտ ներկայացնել:

Նույնիսկ եթե ունեցել եք DME մինչև 12 ամիս անընդմեջ Medicare-ի ներքո՝ նախքան մեր ծրագրին միանալը, **չեք** հանդիսանա սարքավորման սեփականատերը:

K2. DME-ի սեփականություն, եթե Դուք անցնեք Original Medicare-ին

Եթե Դուք չեք ստացել DME ապրանքի սեփականությունը մեր ծրագրում գտնվելու ընթացքում, Դուք պետք է կատարեք 13 նոր անընդմեջ վճարումներ այն բանից հետո, երբ Դուք անցնեք Original Medicare-ին՝ ապրանքը սեփականելու համար: Մեր ծրագրում գտնվելու ընթացքում Ձեր կատարած վճարումները **չեն** հաշվվում այս 13 անընդմեջ վճարումների մեջ:

Եթե Դուք կատարել եք 13-ից պակաս վճարումներ DME ապրանքի համար Original Medicare-ի ներքո՝ **նախքան** մեր ծրագրին միանալը, Ձեր նախորդ վճարումները չեն հաշվարկվում 13 անընդմեջ վճարումների մեջ: Օրիգինալ Medicare վերադառնալուց հետո Դուք պետք է կատարեք 13 նոր անընդմեջ վճարումներ՝ ապրանքին տիրապետելու համար: Այս դեպքի համար բացառություններ չկան, երբ Դուք վերադառնում եք Original Medicare-ին:

K3. Թթվածնի սարքերից օգտվելու Ձեր արտոնությունները՝ որպես ծրագրի անդամ

Եթե ծրագրի շրջանակներում Դուք իրավունք ունեք օգտվել Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող թթվածնի սարքից, և Դուք ծրագրի անդամ եք, մենք կապահովենք հետևյալը՝

- Թթվածնային սարքավորման վարձակալություն
- Թթվածնի և թթվածնի պարունակության ապահովումը
- Տուբավորումը և թթվածնի ու թթվածնի պարունակության ապահովման համար անհրաժեշտ սարքավորումները
- Թթվածնի սարքի սպասարկումը և նորոգումը

Երբ թթվածնի սարքն այլևս անհրաժեշտ չէ կամ Դուք դուրս եք եկել մեր ծրագրից, սարքը պետք է վերադարձվի տիրոջը:

K4. Թթվածնային սարքավորում, երբ Դուք անցնում եք Original Medicare-ին

Երբ թթվածնի սարքի բժշկական ցուցում ունեք և **դուրս եք եկել մեր ծրագրից՝ միանալով Original Medicare** ծրագրին, Դուք կարող եք վարձակալել այն մատակարարից 36 ամսով: Ձեր ամսական վարձակալության վճարումները ծածկում են թթվածնային սարքավորումները և վերոնշյալ պարագաներն ու ծառայությունները:

Եթե թթվածնային սարքավորումներն անհրաժեշտ են՝ **Ձեր կողմից 36 ամսով վարձակալությունից հետո,** ապա Ձեր մատակարարը պետք է տրամադրի՝

- Թթվածնի սարք, սարքավորումներ ու ծառայություններ ևս 24 ամսով:
- Թթվածնային սարքավորումները և պաշարներն առնվազն 5 տարի, եթե բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ են:

Եթե թթվածնի սարքը դարձյալ պահանջվում է **5 տարին ավարտվելուց հետո**՝

- Ձեր մատակարարն այլևս պարտավոր չէ տրամադրել սարքը, և Դուք կարող եք ստանալ փոխարինող սարքավորում այլ մատակարարից.
- Սկսվում է նոր 5-ամյա շրջան.
- Դուք կվարձակալեք սարքը մատակարարից 36 ամսով.
- Ձեր մատակարարը պետք է տրամադրի թթվածնի սարքը, սարքավորումներն ու ծառայությունները ևս 24 ամսով:
- Նոր փուլը սկսվում է ամեն 5 տարին, քանի դեռ թթվածնային սարքավորումները բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ են:

Գլուխ 4. Նպաստների աղյուսակ

Ներածություն

Այս գլուխը տեղեկացնում է Ձեզ մեր ծրագրի կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների և այդ ծառայությունների ցանկացած սահմանափակման կամ վերահսկման վերաբերյալ: Այն նաև տեղեկացնում է մեր ծրագրով չապահովագրված նպաստների մասին: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները հայտնվում են այբբենական կարգով Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Molina Medicare Complete Care Plus-ի (HMO D-SNP) նոր անդամներ: Շատ դեպքերում Դուք կգրանցվեք Molina Medicare Complete Care Plus-ում Ձեր Medicare-ի նպաստների համար Molina Medicare Complete Care Plus-ում գրանցվելու հայտ ներկայացնելու հաջորդ ամսվա 1-ին: Դուք դեռ կարող եք ստանալ Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Ձեր նախկին Medi-Cal առողջապահական ծրագրից ևս մեկ ամիս: Դրանից հետո Դուք կստանաք Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Molina Medicare Complete Care Plus-ի միջոցով: Ձեր Medi-Cal ծածկույթում ընդհատում չի լինի: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ (855) 665-4627, TTY՝ 711, եթե հարցեր ունեք:

Բովանդակություն

A. Ձեր ապահովագրված ծառայությունները 49
A1. Հասարակական առողջության արտակարգ իրավիճակների ժամանակ 49
B. Կանոններ այն մատակարարների դեմ, որոնք հաշիվ են ներկայացնում ձեզ ծառայությունների համար 49
C. Մեր ծրագրի Նպաստների աղյուսակը 49
D. Մեր ծրագրի Նպաստների աղյուսակը 51
E. Մեր ծրագրից դուրս ծածկված առավելությունները նպաստներ 103
E1. California-ի համայնքային անցումներ (California Community Transitions, CCT) 103
E2. Medi-Cal-ի ատամնաբուժական ծրագիր 103
E3. Անբուժելի հիվանդների խնամք՝ հոսպիս 104
F. Նպաստներ, որոնք չեն փոխհատուցվում մեր ծրագրի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից 105

A. Ձեր ապահովագրված ծառայությունները

Այս գլուխը տեղեկություններ է տալիս ձեզ ծառայությունների մասին, որոնք ընդգրկում է մեր ծրագիրը, և այն մասին, թե որքան եք վճարում յուրաքանչյուր ծառայության համար: Դուք նաև կարող եք տեղեկանալ, թե որ ծառայություններն ապահովագրված չեն: Դեղերի նպաստների մասին տեղեկությունները ներկայացված են 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 փոխհատուցվող ծառայությունների համար այնքան ժամանակ, որքան հետևում եք ծրագրի կանոններին: Անցեք Ձեր Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 3-ը՝ ծրագրի կանոնների մասին տեղեկությունների համար:

Եթե Ձեզ հարկավոր է օգնություն՝ հասկանալու, որ ծառայություններն են փոխհատուցվում, զանգահարեք Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձին և/կամ Անդամների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝

A1. Հասարակական առողջության արտակարգ իրավիճակների ժամանակ

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 Medicare Complete Care Plus-ի կողմից բուժօգնություն ստանալ:

Հայտարարված աղետի ժամանակ բուժօգնություն ստանալու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք զանգահարեք Անդամների սպասարկմանկենտրոն:

B. Կանոններ այն մատակարարների դեմ, որոնք հաշիվ են ներկայացնում ձեզ ծառայությունների համար

Մենք չենք թույլատրում մեր ցանցային մատակարարներին ձեզնից գումար գանձել փոխհատուցվող ծառայությունների կամ իրերի համար: Մենք ուղղակիորեն վճարում ենք մեր մատակարարներին և պաշտպանում ձեզ որևէ գանձումներից: Սա է իրականությունը նույնիսկ, եթե մենք մատակարարին ավելի քիչ ենք վճարում, քան նա գանձում է ծառայության համար:

Դուք երբեք չպետք է հաշիվ ստանաք մատակարարից ապահովագրված ծառայությունների համար: Եթե վճարում եք, ապա կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 7-ը* կամ զանգահարեք՝ Անդամների սպասարկմանկենտրոն:

C. Մեր ծրագրի Նպաստների աղյուսակը

Նպաստների աղյուսակը տեղեկացնում է Ձեզ, թե որ ծառայությունների համար է վճարում ծրագիրը: Այն այբբենական կարգով թվարկում է ապահովագրված ծառայությունները և բացատրում դրանք:

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 փոխհատուցվող ծառայությունները պետք է տրամադրենք՝ 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: «Բժշկականորեն անհրաժեշտ ասելով ի նկատի ունենք՝ ծառայություններ, պաշարներ կամ դեղեր, որոնք հարկավոր են Ձեր բժշկական վիճակի կանխման, ախտորոշման կամ բուժման համար, կամ Ձեր ընթացիկ առողջության պահպանման համար: 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 բժշկական 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՝** *ձեր Անդամի ձեռնարկի*Գլուխ 3-ը պարունակում է ավելի շատ տեղեկություն ցանցային և ոչ-ցանցային մատակարարներից օգտվելու վերաբերյալ:
- Դուք ունեք առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարար (PCP) կամ բուժսպասարկման թիմ, որը տրամադրում և կառավարում է ձեր բուժսպասարկումը: Դեպքերի մեծամասնությունում Ձեր ցանցային PCP-ն պետք է Ձեզ տա հավանություն, նախքան Դուք կկարողանաք այցելել որևէ մեկին, որը Ձեր PCP-ն չէ կամ օգտվել ծրագրի ցանցի այլ մատակարարներից: Սա կոչվում է ուղեգիր: **Գլուխ 3՝** *ձեր Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 3-ը ունի ավելի շատ տեղեկատվություն ուղեգիր ստանալու մասին և երբ դրա կարիքը չունեք:
- Դուք պետք է ստանաք բուժսպասարկում մատակարարներից, որոնք փոխկապակցված են Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 3-ը:** :
- Մենք ծածկում ենք Նպաստների աղյուսակում թվարկված որոշ ծառայություններ միայն այն դեպքում, եթե Ձեր բժիշկը կամ ցանցի այլ մատակարար նախ ստանա մեր հաստատումը: Սա կոչվում է նախնական հաստատում: Ապահովագրված ծառայությունները, որոնք նախնական թույլտվության կարիք ունեն, Նպաստների աղյուսակում մենք նշում ենք **թավ տառերով:**
- Եթե Դուք գտնվում եք մեր ծրագրի (6) ամսվա ժամկետում, որը համարվում է շարունակական իրավասության համար, մենք կշարունակենք տրամադրել Medicare Advantage ծրագրի կողմից վճարված Medicare-ի բոլոր նպաստները: Մենք կշարունակենք վճարել Medicaid-ի նպաստները, որոնք ներառված են գործող Medicaid State Plan-ում, ինչպես նաև մենք կշարունակենք վճարել Medicare-ի ապահովագրավճարները կամ ծախսաբաժինները, որոնց մասով պետությունը պատասխանատվություն կունենար, եթե դուք չկորցնեիք ձեր Medicaid-ից օգտվելու իրավունքը: Medicare-ի ծախսերի բաշխման գումարները Medicare-ի հիմնական և լրացուցիչ նպաստների համար այս ժամանակահատվածում չեն փոխվում:

Նպաստների վերաբերյալ կարևոր տեղեկատվություն որոշակի քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անդամների համար: Եթե ունեք հետևյալ քրոնիկական հիվանդությունները և համապատասխանում եք որոշակի բժշկական չափանիշներին, կարող եք իրավասու լինել լրացուցիչ նպաստների համար.

- Ալկոհոլի և այլ թմրամիջոցների քրոնիկ կախվածություն
- Աուտոիմուն խանգարումներ

- Քաղցկեղ
- Սրտանոթային վիրաբուժություն
- Սրտի քրոնիկ անբավարարություն
- Դեմենցիա
- Շաքարախտ
- Լյարդի հիվանդության վերջնական փուլ
- Երիկամների վերջնական փուլի հիվանդություն (ESRD)
- Լուրջ հեմատոլոգիական խանգարումներ
- ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ
- Թոքերի քրոնիկ խանգարումներ
- Քրոնիկ և հաշմանդամության հոգեկան առողջության խնդիրներ
- Նյարդաբանական խանգարումներ
- Stroke

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք Նպաստների աղյուսակի «Օգնություն որոշակի քրոնիկ խնդիրների դեպքում» բաժինը:

Բոլոր կանխարգելիչ ծառայություններն անվճար են: Դուք կտեսնեք այս խնձորը Նպաստների աղյուսակում գտնվող կանխարգելիչ ծառայությունների դիմաց:

D. Մեր ծրագրի Նպաստների աղյուսակը

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Որովայնի աորտայի անդրիզմայի սքրինինգ Մենք մեկ անգամ կվճարենք ռիսկի գոտում գտնվող մարդկանց ուլտրաձայնային սկանավորման համար: Ծրագիրը 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 Այս կանխարգելիչ հետազոտության համար իրավասու անդամների համար չկա համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Ասեղնաբուժություն Մենք կվճարենք մինչև երկու ամբուլատոր ասեղնաբուժական ծառայությունների համար ցանկացած մեկ օրացուցային ամսվա ընթացքում, կամ ավելի հաճախ, եթե դրանք բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ են: Մենք նաև կփոխհատուցենք 90 օրվա ընթացքում մինչև 12 ասեղնաբուժական այցելությունների համար, եթե Դուք ունեք մեջքի քրոնիկ ցավեր, որոնք նկարագրված են որպես՝ • 12 և ավելի շաբաթ տևողություն ունեցող, • ոչ հատկանշական են (չունեն սիստեմատիկ պատճառ, որը կարող է հայտնաբերվել, օրինակ՝ մետաստատիկ, բորբոքային կամ վարակիչ հիվանդության հետևանք), • վիրահատության հետևանք չեն ɟ • հղիության հետևանք չեն: Ի լրումն, մեջքի քրոնիկ ցավերի համար մենք կվճարենք ևս 8 ասեղնաբուժական այցելության համար, եթե առաջխաղացում գրանցվի: Մենք չենք փոխհատուցում մեջքի քրոնիկ ցավերի համար տարեկան 20 ասեղնաբուժական այցելություններից ավելի այցելությունների համար: Մեջքի քրոնիկ ցավերի ասեղնաբուժությամբ բուժումը պետք է դադարեցվի եթե չկա առաջխաղացում կամ վիճակը վատանում է:	$0 Դուք վճարում եք $0 Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող յուրաքանչյուր բուժման համար
	**Ալկոհոլի չարաշահման սքրինինգ ɟ խորհրդատվություն** Մենք կվճարենք այն մեծահասակների ալկոհոլի չարաշահման միանգամյա սկանավորման (SABIRT) 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 Ալկոհոլի չարաշահման կանխարգելիչ օգուտը նվազեցնելու համար Medicare-ի կողմից ապահովագրված զննման և խորհրդատվության համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Շտապ օգնության մեքենայի ծառայություններ Ծածկված շտապ օգնության ծառայությունները ներառում են վերգետնյա, ֆիքսված թեւով և պտտվող թեւով (ուղղաթիռով) շտապօգնության ծառայությունները: 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 Դուք վճարում եք $0 Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող յուրաքանչյուր շտապօգնության միակողմանի ուղևորություն **Նախնական հաստատումը պահանջվում է միայն շտապօգնության ոչ հրատապ փոխադրման համար:** Եթե շտապ օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 911 և շտապօգնություն խնդրեք Տե՛ս «Արտակարգ իրավիճակների/ անհետաձգելի օգնության ծախսերի ծածկույթ ամբողջ աշխարհում» այս գծապատկերում, եթե ԱՄՆ-ից դուրս շտապօգնության փոխադրման կարիք ունեք:
	Ամենամյա ֆիզիկական հետազոտություն (Լրացուցիչ) Ամենամյա ֆիզիկական հետազոտությունն ապահովում է լրացուցիչ ֆիզիկական հետազոտության ծառայությունների ծածկույթ, որոնք կարող են իրականացվել միայն բժշկի, բուժքույրի կամ բժշկի օգնականի կողմից: Սա հիանալի հնարավորություն է ուշադրությունը կենտրոնացնելու կանխարգելման և սբրինինգի վրա: Պլանային ֆիզիկական հետազոտության ժամանակ կլինիկական բժիշկը կհետազոտի ձեզ վիզուալ զննման, պալպացիայի, աուսկուլտացիայի և պերկուսիայի միջոցով՝ առողջական խնդիրները հայտնաբերելու համար: Դրանցից վերջին երեքը ենթադրում են անմիջական ֆիզիկական շփում և անհրաժեշտ են ֆիզիկական խնդիրների առկայությունը (կամ բացակայությունը) որոշելու համար:	$0 Եթե անհրաժեշտ լինեն լրացուցիչ ծառայություններ, ձեր մատակարարը կուղղորդի ձեզ մասնագետի մոտ կամ անհրաժեշտության դեպքում կտրամադրի նախնական հաստատում:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Տարեկան առողջացման այցելություններ Դուք կարող եք ստանալ տարեկան բազմակողմանի բժշկական հետազոտում Սա արվում է Ձեր ներկա վտանգի գործոնների հիման վրա անհատական կանխարգելիչ ծրագիր մշակելու կամ այն թարմացնելու համար: Մենք կվճարենք դրա համար 12 ամսվա ընթացքում մեկ անգամ	$0 Չկա համապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում տարեկան առողջական այցի համար:
	Ասթմայի կանխարգելիչ ծառայություններ Դուք կարող եք ստանալ ասթմայի կրթություն և տնային միջավայրի գնահատում վատ վերահսկվող ասթմա ունեցող մարդկանց տանը սովորաբար հայտնաբերված խթանիչների համար:	$0
	Դենսիտոմետրիա Մենք կվճարենք հավակնող անդամների (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 վճարում ենք 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 Medicare-ով ծածկված ոսկրային զանգվածի չափման համար համապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում չկա:
	Կրծքի քաղցկեղի սքրինինգ (մամոգրամաներ) Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Մեկ սկզբնական մամոգրամ 35-ից 39-ը տարեկան հասակում • Մեկ հետազոտական մամոգրաֆիա յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ 40 և ավելի բարձր տարիքի կանանց համար • Կրծքագեղձի կլինիկական հետազոտում 24 ամիսը մեկ	$0 Չկա համապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում ծածկված սկրինինգային մամոգրաֆիայի համար:
	Կարդիովերականգնողական (սրտային) ծառայություններ Մենք կվճարենք կարդիովերականգնողական ծառայությունների համար, ինչպես վարժանքները, ուսուցումը և խորհրդատվությունը: Անդամները պետք է բավարարեն որոշակի պայմանների համաձայն բժշկի նշանակման: Մենք նաև կփոխհատուցենք ինտենսիվ կարդիովերականգնողական ծրագրերը, որոնք ավելի ինտենսիվ են, քան կարդիովերականգնողական ծրագրերը:	$0 **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	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 Չկա համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում սրտանոթային հիվանդությունների կանխարգելիչ ինտենսիվ վարքային թերապիայի համար:
	Սրտանոթային (սրտային) հիվանդության ստուգում Մենք վճարում ենք արյան անալիզների համար՝ սրտանոթային հիվանդության հայտնաբերման նպատակով, յուրաքանչյուր հինգ տարին մեկ անգամ (60 ամիս): Այդ արյան ստուգումների միջոցով նաև որոշվում են խանգարումները սրտանոթային հիվանդության բարձ վտանգի հետևանքով:	$0 Չկա համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում սիրտ-անոթային հիվանդությունների թեստավորման համար, որը ապահովագրվում է 5 տարին մեկ անգամ
	Արգանդի վզիկի և հեշտոցային քաղցկեղի սքրինինգ* Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Բոլոր կանանց համար. Պապ թեստեր և կոնքի հետազոտություն 24 ամիսը մեկ • արգանդի վզիկի կամ հեշտոցի քաղցկեղի բարձր ռիսկի գոտում գտնվող կանանց համար՝ մեկ ցիտոլոգիական քսուք 12 ամիսը մեկ • Վերջին 3 տարիների ընթացքում ոչ նորմալ Պապ թեստ ունեցող և ծննդաբերերության համար ունակ տարիքի կանանց համար՝ մեկ Պապ թեստ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ • 30-ից 65 տարեկան կանանց համար՝ մարդու պապիլոմավիրուսի (HPV) կամ Pap plus HPV տեստավորում ամեն 5 տարին մեկ	$0 Medicare-ի կողմից ապահովագրված կանխարգելիչ Պապ և կոնքի հետազոտությունների համար համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում չկա:
	Քիրոպրակտիկ ծառայություններ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Ողնաշարի ուղղում հոդախախտման շտկման նպատակով	Դուք վճարում եք $0 մեկ այցելության համար Medicare-ի կողմից ապահովագրված այս ծառայությունների համար:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	**Հաստ աղիքի ֆ վերջնաղիքի քաղցկեղի սքրինինգ** 50 տարեկան և բարձր տարիքի մարդկանց համար, մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Ճկուն սիգմոիդոսկոպիա (կամ զննում բարիումի հոգնայով) յուրաքանչյուր 48 ամիսը մեկ • Կղանքի թեստ 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 զննում, յուրաքանչյուր 3 տարին մեկ • Կոլոնոսկոպիա յուրաքանչյուր տաս տարին մեկ (բայց ոչ սիգմոիդոսկոպիայի հետազոտման 48 ամիսների ընթացքում) • Կոլոնոսկոպիա (կամ զննում բարիումի հոգնայով) կոլոռեկտալ քաղցկեղի ավելի բարձր վտանգ ունեցող մարդկանց համար, յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ:	$0 Medicare-ի կողմից ծածկված կոլոռեկտալ քաղցկեղի զննման համար համապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում չկա:
	Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ՝ (Community Based Adult Services, 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 հաստատությունը հասանելի չէ, մենք կարող ենք մատուցել այդ ծառայություններն առանձին:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	**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 վճարում ենք 12 ամսվա ընթացքում երկու խորհրդատվություն թողնելու փորձերի համար: Խորհրդատվության յուրաքանչյուր փորձը ներառում է մինչև չորս դեմ առ դեմ այցեր: Եթե հղի եք, կարող եք ստանալ ծխելը դադարեցնելու անսահմանափակ խորհրդատվություն՝ նախօրոք լիազորմամբ:	$0 Medicare-ի կողմից ապահովագրված ծխելու և ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու կանխարգելիչ նպաստների համար համապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում չկա:
	Ատամնաբուժական ծառայություններ Որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով, մաքրումը, լցոնումը և ատամնաշարը, հասանելի են Medi-Cal Dental Program-ի կամ FFS Medi-Cal-ի միջոցով: Մենք առաջարկում ենք լրացուցիչ ատամնաբուժական առավելություններ, որոնք ներառում են ատամնաբուժական ծառայություններ, ինչպիսիք են մաքրումը, լցոնումը և ատամնաշարը: Դուք ունեք $4,000 առավելագույն նպաստ յուրաքանչյուր օրացուցային տարի բոլոր լրացուցիչ համապարփակ և կանխարգելիչ ատամնաբուժական ծառայությունների համար, ներառյալ ատամնաշարը: Կոսմետիկ ծառայությունները չեն ապահովագրվում ծրագրով, և դուք չեք կարող օգտագործել ձեր MyChoice քարտը դրա համար վճարելու համար: Նպաստը պետք է օգտագործվի ծառայությունների համար, որոնք արդեն ապահովագրված չեն Original Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից:	Դուք վճարում եք $0 այս ծառայությունների համար, եթե օգտագործում եք Ձեր MyChoice Card-ը:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	**Ընկճախտի ստուգում** Մենք կվճարենք ընկճախտի մեկ ստուգման համար յուրաքանչյուր տարի: Զննումը պետք է կատարվի առաջնային խնամքի շրջանակներում, որը կարող է հետագա բուժում ու ուղեգրեր տրամադրել:	$0 Ամենամյա դեպրեսիայի սկրինինգային այցի համար համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում չկա:
	**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 Medicare-ի կողմից ապահովագրված շաքարախտի սկրինինգի թեստերի համար չկա համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	**Շաքարախտի ինքնուրույն կառավարման ուսուցում, ծառայությունների ֆ 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 հաստատում 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) • Որոշ դեպքերում մենք վճարում ենք վերապատրաստման համար՝ օգնելու ձեզ կառավարել Ձեր շաքարախտը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, կապվեք Անդամների սպասարկմանկենտրոն:	Դուք վճարում եք $0 այս նպաստի համար: Պաշարները ապահովագրվում են, երբ Դուք ունեք դեղատոմս և լրացնում եք այն ցանցի մանրածախ դեղատանը կամ Mail Service Pharmacy ծրագրի միջոցով: Դիաբետիկ ռետինոպաթիայի կամ գլաուկոմայի աքրինինգի համար կարդացեք «Տեսողության խնամք» կետը բժշկի ծառայությունների այս աղյուսակում: Եթե շաքարախտ ունեք և պետք է բժշկի այցելեք ոտնաթաթի հետազոտության համար, կարդացեք «Ոտնաթաթի բուժման ծառայություններ» կետն այս աղյուսակում: Եթե շաքարախտ ունեք և սննդային թերապիայի ծառայությունների (MNT) կարիք ունեք, կարդացեք «Բժշկական սնուցման թերապիա» կետն այս աղյուսակում, : **Նախնական հաստատում կարող է պահանջվել շաքարախտի պարագաների, շաքարախտի կոշիկների ֆ ներդիրների համար:** **Նախնական հաստատում չի պահանջվում Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող՝ շաքարախտի ինքնուրույն կառավարման ուսուցման համար:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Դուլայի ծառայություններ Այն անհատների համար, ովքեր հղի են, մենք վճարում ենք ինը այցի համար դուլայի հետ նախածննդյան և հետծննդյան շրջանում, ինչպես նաև աջակցության համար ծննդաբերության և ծննդաբերության ժամանակ:	$0
	Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME) և առնչվող պարագաներ «Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների (DME)» սահմանման համար տե՛ս Ձեր*Անդամի ձեռնարկի* գլուխը: Մենք ծածկում ենք հետևյալ պարագաները՝ • Անվասայլակներ, ներառյալ էլեկտրական սայլակները • Հենակներ • Ներքնակների համակարգեր • Չոր ճնշման պահոց ներքնակի համար • Պարագաներ շաքարախտով հիվանդների համար • Հիվանդանոցային մահճակալներ՝ պատվիրված մատակարարի կողմից՝ տնային ներերակային (IV) ինֆուզիոն պոմպերում և ձողերում օգտագործելու համար • Մնուցման զոնդ և պարագաներ • Խոսքի արտադրման սարքեր • Թթվածնային սարքավորում և պաշարներ • Հեղուկացրիչներ • Ճռիկներ • 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 բժշկական սարքավորումների (DME) համար, որոնց համար սովորաբար վճարում են Medicare-ը և Medi-Cal-ը: Եթե Ձեր տարածքում մեր մատակարարը չկարողանա տրամադրել որոշակի ապրանքանիշի կամ արտադրողի ապրանք, ապա կարող եք հարցնել նրան, թե արդյոք կարող է հատուկ պատվիրել այն ձեզ համար:	$0 Դուք վճարում եք $0 Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող՝ երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների (DME) և առնչվող պարագաների համար: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Արտակարգ բուժօգնություն Արտակարգ բուժօգնություն՝ նշանակում է ծառայություններ, որոնք՝ • Տրամադրվում են մատակարարի կողմից, ով նախապատրաստված են անհետաձգելի բուժսպասարկում մատուցել, ƒ • 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 ծրագրի հետ: Որպես հավելյալ նպաստ՝ մենք ամեն օրացուցային տարի առաջարկում ենք մինչև $10,000 արտակարգ իրավիճակների ծածկույթ ամբողջ աշխարհում՝ շտապ տեղափոխման, շտապ օգնության, և հետկայունացման խնամքի համար:	$0 Եթե շտապ օգնություն եք ստանում արտացանցային հիվանդանոցից և Ձեզ ստացիոնար խնամք է հարկավոր Ձեր արտակարգ իրավիճակը կայունացնելուց հետո, Դուք պետք է վերադառնաք ցանցի հիվանդանոց, որպեսզի Ձեր խնամքը շարունակվի ապահովագրվել: Դուք կարող եք գտնվել ոչ-ցանցային հիվանդանոցում Ձեր ստացիոնար բուժման նպատակով միայն, եթե ծրագիրը հավանության արժանացնի Ձեր այնտեղ գտնվելը: Դուք պետք է վերադառնաք ցանցի հիվանդանոց, որպեսզի Ձեր խնամքը շարունակվի ապահովագրվել: Դուք կարող եք գտնվել ոչ-ցանցային հիվանդանոցում Ձեր ստացիոնար բուժման նպատակով միայն, եթե ծրագիրը հավանության արժանացնի Ձեր այնտեղ գտնվելը:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը 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 բուժում • Ընտանիքի պլանավորման լաբորատոր և ախտորոշման ստուգումներ • Ընտանեկան պլանավորման մեթոդներ (ներարգանդային հակաբեղմնավորիչ IUC/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 դեղատոմսով տրվող պաշարներ (պահպանակ, սպունգ, փրփուր, ժապավեն, դիաֆրագմա, կափարիչ) • Անպտղաբերության խորհրդատվություն և ախտորոշում և այլ առնչվող ծառայություններ • Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STI) համար խորհրդատվություն, ստուգում և բուժում • ՁԻԱՀ և ՄԻԱՎ, և ՄԻԱՎ-ին առնչվող այլ հիվանդությունների խորհրդատվություն և ստուգում • Մշտական հակաբեղմնավորիչ միջոց (Ընտանեկան պլանավորման այս մեթոդն ընտրելու համար Դուք պետք է լինեք 21 տարեկան կամ բարձր: Դուք պետք է ստորագրեք ամլացման դաշնային հավանության ձևաթուղթը վիրահատությունից առաջ առնվազն 30 օր շուտ, սակայն 180 օրվանից ոչ ավել): • Գենետիկական խորհրդատվություն **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ (շարունակությունը) Մենք նաև կվճարենք ընտանիքի պլանավորման որոշ այլ ծառայությունների համար: Այնուամենայնիվ, Դուք պետք է այցելեք մեր ցանցում եղած մատակարարներից մեկին հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Անպտղաբերության բժշկական վիճակների բուժում (այս ծառայությունը չի ներառում հղիանալու արհեստական ձևերը): • ՁԻԱՀ-ի և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված այլ վիճակների 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: • ՆՄՈՒՇ: Որոշ հիվանդանոցներ և այլ մատակարարներ հնարավոր է չտրամադրեն ընտանիքի պլանավորման որոշ ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են Ձեր ծրագրի պայմանագրով: Սա կարող է ներառել ընտանիքի պլանավորման խորհրդատվություն և 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 Անդամների սպասարկմանկենտրոն անվճար հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY: 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը տեղական ժամանակով>՝ համոզվելու համար, որ կարող եք ստանալ ձեզ անհրաժեշտ բուժօգնության ծառայությունները:	
	Ֆիթնեսի նպաստ (Լրացուցիչ)* Դուք ստանում եք ֆիթնես կենտրոնի անդամություն՝ ֆիթնես պարապմունքներին մասնակցելու համար: Եթե չեք կարողանում այցելել ֆիթնես կենտրոն կամ նախընտրում եք նաև մարզվել տնից, կարող եք ընտրել Տնային Ֆիթնեսի (Home Fitness) հավաքածու: Հավաքածուն կօգնի ձեզ ակտիվ մնալ Ձեր տան հարմարավետության մեջ: Եթե ընտրում եք մարզվել ֆիթնես կենտրոնում, կարող եք դիտել կայքը և ընտրել մասնակցության վայրը, կամ կարող եք ուղղակիորեն գնալ անդամ ֆիթնես կենտրոն՝ սկսելու համար: Անդամ հարմարություններն ու ֆիթնես շղթաները կարող են տարբերվել՝ կախված գտնվելու վայրից և ենթակա են փոփոխման: Փաթեթները ենթակա են փոփոխման:	$0 Այս նպաստից օգտվելու համար ուղղորդում կամ նախնական հաստատում չի պահանջվում: Միշտ խոսեք Ձեր բժշկի հետ նախքան Ձեր վարժությունների ռեժիմը սկսելը կամ փոխելը:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	**Առողջության ֆ առողջացման կրթական ծրագրեր** Մենք առաջարկում ենք բազմաթիվ ծրագրեր, որոնք կենտրոնանում են որոշակի առողջական վիճակների վրա: Դրանք ներառում են՝ • Առողջության վերաբերյալ կրթական դասընթացներ, • Սննդակարգի վերաբերյալ կրթական դասընթացներ, • Բուժքույրական խնամքի հեռախոսային կապ	$0
	Լսողության վերականգնման ծառայություններ Մենք վճարում ենք լսողության ու հավասարակշռության ստուգումների համար, որոնք կատարվում են Ձեր մատակարարի կողմից: Այդ ստուգումներով պարզվում 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: Դուք ապահովագրված եք տարեկան 1 լսողության քննության համար և 2 տարին 1 անգամ լսողական սարքերի հարմարեցման/գնահատման համար՝ Ձեր Medi-Cal (Medicaid) նպաստի ներքո: Մեր ծրագիրն ապահովագրում է լսողական սարքերի լրացուցիչ հարմարեցում/գնահատում տարին 1 անգամ: Եթե Ձեզ ասեն, որ Դուք լսողական սարքերի կարիք ունեք, դուք ամեն տարի ունեք $1510 լսողական սարքի նպաստ երկու ականջների համար՝ ձեր Medi-Cal (Medicaid) նպաստի ներքո: Մեր ծրագիրը վճարում է 2 լրացուցիչ նախապես ընտրված լսողական ապարատի համար՝ ծրագրի կողմից հաստատված մատակարարից: 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	$0 **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Օգնություն որոշակի քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում Եթե ձեզ մոտ ախտորոշվել է ստորև նշված հետևյալ քրոնիկական հիվանդություն(ներ)ը և համապատասխանում են որոշակի չափանիշներին, Դուք կարող եք իրավասու լինել հատուկ հավելյալ նպաստների համար քրոնիկ հիվանդների համար: • Ալկոհոլի և այլ թմրամիջոցների քրոնիկ կախվածություն • Աուտոիմուն խանգարումներ • Քաղցկեղ • Սրտանոթային վիրաբուժություն • Սրտի քրոնիկ անբավարարություն • Դեմենցիա • Շաքարախտ • Լյարդի հիվանդության վերջնական փուլ • Երիկամների վերջնական փուլի հիվանդություն (ESRD) • Լուրջ հեմատոլոգիական խանգարումներ • ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ • Թոքերի քրոնիկ խանգարումներ • Քրոնիկ և հաշմանդամության հոգեկան առողջության խնդիրներ • Նյարդաբանական խանգարումներ • Stroke Դուք պետք է ներկայացնեք ձեր բժշկի կողմից լրացված Առողջության ռիսկի գնահատման ձևը, որում նշված կլինի, որ դուք ունեք թվարկված հիվանդություններից մեկը, որը կարող է վատթարանալ՝ առանց ստորև թվարկված հատուկ լրացուցիչ նպաստներից որևէ մեկի հասանելիության: Որակավորման համար անհրաժեշտ է կատարել հետևյալ գործընթացը. Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ ձեր գործերը վարող անձին՝ այս նպաստներից օգտվելու ձեր հայտը նախաձեռնելու համար: Նշում. Այս նպաստը ստանալու հայտ ներկայացնելով՝ դուք թույլատրում եք Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ներկայացուցիչներին կապվել ձեզ հետ հեռախոսով, փոստով կամ հաղորդակցման այլ եղանակներով, ինչպես հստակ նշված է ձեր դիմումում: SSBCI նպաստների հասանելիության ձեր հայտը ստանալուն պես՝ Անդամների սպասարկման կենտրոնի ներկայացուցիչը կամ ձեր գործերը վարող անձը կուղարկի Առողջության ռիսկի գնահատման և SSBCI ուղեգրման ձևը, որը պետք է լրացվի ձեր մատակարարի կողմից, եթե ընթացիկ ձևաթուղթը ներկայացված չէ Molina Medicare Complete Care Plus-ին (HMO D-SNP): **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	$0 Ձեր MyChoice Card-ի համար չկա համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում: **Կարող է պահնջվել բուժխնամքի կառավարման ծրագրի անդամակցություն: Անդամները պետք է նախ բժշկի ստորագրությամբ թույլտվություն ունենան թեստավորման համար՝ բժշկական պատմության տվյալների բացակայության հիման վրա:** **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Օգնություն որոշակի քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում (շարունակելի) Դուք (անդամը) պետք է հանդիպեք ձեր առաջնային բժշկական խնամքի բժշկի հետ՝ գնահատում կատարելու համար, լրացնեք ձեր առողջության ռիսկի գնահատման ձևը և ընտրեք SSBCI ուղեգրման ձևում նշված յուրաքանչյուր որակավորման պայման: Ձեր Մատակարարը պետք է լրացնի և ստորագրի և՛ ձեր Առողջության ռիսկի գնահատման, և՛ SSBCI ուղեգրի ձևաթուղթը և երկուսն էլ ֆաքսով ուղարկի SSBCI ուղեգրման ձևաթղթում նշված համարին: Molina Medicare Complete Care Plus Plus-ը (HMO D-SNP) կուղարկի ստացման հաստատում և հաստատելուց հետո ձեզ կտեղեկացնի SSBCI-ի լրացուցիչ գումարներիի մասին, որոնք հասանելի կլինեն ձեր MyChoice քարտի միջոցով: Հաստատումից հետո ձեր MyChoice քարտին ավտոմատ կերպով կփոխանցվի մինչև 150 ԱՄՆ դոլար եռամսյակի համար, որը կօգտագործվի SSBCI-ի նպաստների համար: Ստորև բերված SSBCI նպաստները կարող են համակցվել՝ ելնելով ձեր առողջական վիճակից, սակայն նպաստի առավելագույն գումարը կազմում է ընդհանուր 150 ԱՄՆ դոլար եռամսյակի համար: Յուրաքանչյուր եռամսյակի վերջում մնացած՝ չօգտագործված գումարը չի փոխանցվում հաջորդ եռամսյակ: **Օգնական կենդանիների համար պարագաների նպաստ** Աջակցում է հաշմանդամություն ունեցող կամ քրոնիկական հիվանդություն ունեցող անդամներին, որոնց անհրաժեշտ է օգնական կենդանիների օգնությունը: Այս նպաստի իրավասություն ունենալու համար մեր ծրագրում պահանջվում է լրացված HRA (առողջության ռիսկերի գնահատում) և օգնական կենդանիների անհրաժեշտության հաստատում: Օգնական կենդանիների համար պարագաների նպաստը կարող է օգտագործվել կենդանիների համար նախատեսված սնունդ և պարագաներ գնելու համար՝ ցանկացած մանրածախ կամ առցանց վաճառողից, որը հանդես է գալիս որպես կենդանաբանական խանութ (օրինակ՝ Petco, PetSmart, Chewy և այլն): Նպաստը չի փոխհատուցում օգնական կենդանու ձեռքբերման, վարժեցման կամ անասնաբուժական ծառայությունների ծախսերը: **Վնասատուների դեմ պայքար** Այս նպաստը սահմանափակվում է վնասատուների դեմ պայքարի՝ պարբերաբար տրամադրվող կանխարգելիչ ծառայություններով ձեր ներկայիս բնակավայրում (ծրագրի մեջ նշված հասցեում): Վնասատուների դեմ մշակումը կարող է իրականացվել ցանկացած մատակարարի կողմից, որն ունի գրանցված վաճառողի ID, որում նշված է, որ նա վնասատուների դեմ պայքարի ծառայություն է հանդիսանում: **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Օգնություն որոշակի քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում (շարունակելի) Molina Medicare Complete Care Plus-ի (HMO D-SNP) վնասատուների դեմ պայքարի նախընտրելի մատակարարը Terminix-ն է: Terminix-ը ուղիղ պայմանագիր է կնքել Molina Medicare Complete Care Plus-ի հետ (HMO D-SNP)՝ վնասատուների դեմ պայքարի պարբերական կանխարգելիչ ծառայություններ մատուցելու համար՝ զեղչված սակագնով: Անդամները պետք է օգտագործեն իրենց MyChoice քարտը՝ ծառայությունների համար վճարելու համար: **Medicare-ի կողմից չփոխհատուցվող Գենետիկական թեստավորման հավաքածուներ:** Թեստերը ներառում են հետևյալը (բայց չեն սահմանափակվում դրանով). սննդի նկատմամբ զգայունություն, ներքին և արտաքին ալերգիա, քուն և սթրես և այլն: Այս նպաստը նախատեսված է օգնելու այն անդամներին, ովքեր հնարավոր է՝ չունեն հասանելիություն իրենց ընտանիքի բժշկական պատմությանը՝ նշելու համար ապագայում առողջության հետ կապված որևէ հնարավոր խնդիր: Անդամները կարող են ձեռք բերել այս թեստերը ցանկացած առցանց կայքից, որն ունի գրանցված վաճառողի ID, որում նշված է, որ այն գենետիկ թեստավորման մատակարար է: Molina Medicare Complete Care Plus-ը (HMO D-SNP) ուղիղ պայմանագրեր ունի Everlywell-ի հետ՝ զեղչված գնով թեստեր առաջարկելու համար: Անդամները պետք է օգտագործեն իրենց նախապես բեռնված MyChoice քարտը՝ այս ծառայությունների համար վճարելու համար: **Հոգեկան առողջության ֆ լավ ինքնազգացողության հավելվածների նպաստ՝** Հոգեկան առողջության և լավ ինքնազգացողության հավելվածները նախատեսված են արժեքավոր գործիքներ տրամադրելու համար՝ օգնելու անդամներին կառավարել հաշմանդամությունը: Հոգեկան առողջության և լավ ինքնազգացողության հավելվածների օրինակներ են՝ Talkspace, Headspace, Calm և այլն: Այս հավելվածները գնելու համար անդամները պետք է օգտագործեն իրենց նախապես բեռնված MyChoice քարտը: Ստորև նշված SSBCI նպաստի առավելագույն չափը կազմում է ամսական $35 : Այս ամսական նպաստը չի համատեղվում վերը նշված SSBCI նպաստների հետ: Յուրաքանչյուր ամսվա վերջում մնացած՝ չօգտագործված գումարը չի փոխանցվում հաջորդ ամիս: **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Օգնություն որոշակի քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում (շարունակելի) **Մնունդ ֊ արտադրություն** Եթե ունեք իրավասություն, դուք կստանաք $80 ծախսելու համար՝ Մնունդ և արտադրություն նպաստների մասով: Այս ամսական նպաստը չի տարածվում հետևյալ SSBCI ծառայությունների վրա՝ Վնասատուների դեմ պայքարի, Օգնական կենդանիների պարագաների, Medicare-ի ծածկույթում չընդգրկված Գենետիկական թեստավորման հավաքածուի և Հոգեկան առողջության և լավ ինքնազգացողության հավելվածների: Յուրաքանչյուր ամսվա վերջում մնացած՝ չօգտագործված գումարը չի փոխանցվում հաջորդ ամիս: Դուք կարող եք օգտագործել ձեր MyChoice Card-ի նպաստը տարբեր ֆիրմաների, ինչպես նաև ջեներիկ առողջ սնունդ գնելու համար՝ ձեր մոտակայքում գտնվող տեղական խանութից կամ առցանց Members.NationsBenefits.com/Molina-ից՝ առաքմամբ, առանց հավելյալ ծախսերի:	
	ՄԻԱՎ-ի զննում Մենք վճարում ենք մեկ ՄԻԱՎ զննման համար յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ այն մարդկանց համար, որոնք. • Դիմում են ՄԻԱՎ-ի զննման համար, **կամ** • ՄԻԱՎ վարակի բարձր ռիսկի գոտում են գտնվում: Հղի կանանց համար մենք վճարում ենք մինչև ՄԻԱՎ երեք զննման համար հղիության ընթացքում: Մենք նաև վճարելու ենք ՄԻԱՎ-ի լրացուցիչ զննում(ներ)ի համար, երբ առաջարկվում է Ձեր մատակարարի կողմից:	$0 Medicare-ի կողմից ապահովագրված ՄԻԱՎ-ի կանխարգելիչ հետազոտության համար իրավասու անդամների համար չկա համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	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 ընդհատումներով հմուտ բուժքույրական խնամք և տնային առողջության օգնականի ծառայություններ (ապահովագրվելու են որպես տնային առողջության խնամքի նպաստ. հմուտ բուժքույրական խնամքի և տանը մատուցվող առողջության օգնականի ծառայությունները միասնաբար չպետք է գերազանցեն օրական 8 ժամ և շաբաթական 35 ժամ): • Ֆիզիոթերապիա, մասնագիտական հիվանդությունների թերապիա, խոսելախանգարման թերապիա • Բժշկական և սոցիալական ապահովության ծառայություններ • Բժշկական սարքավորումներ և նյութեր	Դուք վճարում եք $0 այդ ծառայությունների համար: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**
	Տնային ներարկման թերապիա Ծրագիրը կվճարի տնային ներարկման թերապիայի համար, որը սահմանվում է որպես թմրանյութեր կամ կենսաբանական նյութեր, որոնք իրականացվում են երակային կամ մաշկի տակ ներարկմամբ և ձեզ են տրամադրվում տանը: Տնային ներարկում իրականացնելու համար անհրաժեշտ է հետևյալը՝ • Դեղամիջոցը կամ կենսաբանական նյութը, ինչպիսիք են հակավիրուսային կամ իմունային գլոբուլինը, • Սարքավորումներ, ինչպիսիք են պոմպը, ֆ • Սարքավորումներ, ինչպիսիք են խողովակը կամ կատետրը: Ծառայությունները, որոնց համար ծրագիրը կվճարի, ներառում են հետևյալը, բայց չեն սահմանափակվում՝ • Մասնագիտական ծառայություններ, ներառյալ բուժքույրական ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են Ձեր բուժսպասարկման ծրագրի համաձայն • Անդամների վերապատրաստում և կրթություն, որոնք արդեն ներառված չեն DME նպաստի մեջ • Հեռակառավարման մշտադիտարկում, ֆ • Մասնագիտացված տնային ներարկման թերապիայի մատակարարի կողմից տնային ներարկման թերապիայի և տնային ներարկման դեղերի ապահովման մշտադիտարկման ծառայություններ:	Դուք վճարում եք $0 Medicare-ի ծածկույթում ընդգրկված Տնային ներարկման թերապիայի համար: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Անբուժելի հիվանդների խնամք՝ հոսպիս Դուք իրավունք ունեք ընտրել անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատությունը, եթե Ձեր մատակարարը և անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության բժշկական տնօրենը որոշում են, որ Դուք անբուժելի կանխատեսում ունեք: Դա նշանակում է, որ Դուք ունեք մահացու հիվանդություն, և ձեզ մնացել է ապրելու վեց կամ ավելի քիչ ամիսներ: Դուք կարող եք խնամք ստանալ Medicare-ով վկայագրված ցանկացած անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության ծրագրից: Ծրագիրը պետք է օգնի ձեզ գտնել Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսպիսային ծրագրեր: Անբուժելի հիվանդների բուժսպասարկող բժիշկը կարող է լինել ինչպես ցանցային, այնպես էլ ոչ-ցանցային մատակարար: Հոսպիսային ծառայություններ ստանալու ընթացքում մեր ծրագիրը կվճարի հետևյալի համար՝ • Ախտանշանները և ցավը բուժելու դեղերի • Խնամատարի կարճատև փոխարինման ծառայություն • Տնային խնամք **Անբուժելի հիվանդների ծառայությունների ֆ Medicare Մաս A-ի կամ Մաս B-ի ապահովագրված ծառայաթյունների հաշիվներն ուղարկվում են Medicare-ին:** • Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք այս գլխի **Բաժին F** **Մեր կողմից փոխհատուցվող, իսկ Medicare-ի Մաս A-ի կամ B-ի կողմից չփոխհատուցվող ծառայությունների համար՝** • Մեր ծրագիրն ընդգրկում է ծառայություններ, որոնք ապահովագրված չեն Medicare Մաս A-ի կամ B-ի ներքո: Մենք ծածկում ենք ծառայությունները՝ անկախ այն բանից, թե դրանք վերաբերում են Ձեր տերմինալ կանխատեսմանը, թե ոչ: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար: **Այն դեղերի համար, որոնք կարող են փոխհատուցել մեր ծրագրի Medicare Մաս D-ի նպաստներով:** • Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ անբուժելի հիվանդների ծրագրով և մեր ծրագրով: *Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Ձեր* Անդամի ձեռնարկի **Գլուխ 5-ը** **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	Երբ Դուք գրանցվում եք Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսպիսային ծրագրում, Ձեր հոսպիսային ծառայությունների և Ձեր Մաս A և Մաս B ծառայությունները, որոնք կապված են Ձեր տերմինալի կանխատեսման հետ, վճարվում են Original Medicare-ի, այլ ոչ Molina Medicare Complete Care Plus-ի (HMO D-SNP) կողմից:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Անբուժելի հիվանդների խնամք՝ հոսպիս (շարունակելի) **Նշում.** Եթե ձեզ հարկավոր է ոչ անբուժելի հիվանդների բուժսպասարկում, Դուք պետք է զանգահարեք Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձին ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ հոսպիսային հիվանդների բուժսպասարկումն այն բուժսպասարկումն է, որը **չի** վերաբերում Ձեր անբուժելի վիճակի կանխատեսումներին: Մեր ծրագիրը 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 • COVID- 19 պատվաստանյութեր • Այլ պատվաստումներ, եթե Դուք վտանգված եք, և նրանք համապատասխանում են Medicare Մաս B ապահովագրության կանոններին Մենք կվճարենք այլ պատվաստումների համար, որոնք բավարարում են Medicare Մաս D-ի փոխհատուցման կանոններին: Անցեք Ձեր ***Անդամի ձեռնարկի*** **Գլուխ 6-ն՝** ավելին իմանալու համար: Մենք կվճարենք նաև մեծահասակների պատվաստանյութերի համար՝ համաձայն Իմունիզացման խորհրդատվական կոմիտեի (ACIP) ցուցումների:	$0 Թոքաբորբի, գրիպի, հեպատիտ B-ի և COVID-19 պատվաստանյութերի համար համապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում չկա:
	Տնային աջակցման ծառայություններ (Լրացուցիչ) Ձեզ հասանելի են Տնային աջակցության ծառայությունները, ներառյալ մաքրությունը, տնային գործերը, ճաշի պատրաստումը և առօրյա կյանքի այլ գործողությունների օգնությունը: Ամեն տարի ձեզ հասանելի է մինչև 90 ժամ:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնություն Մեր ծրագիրը 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 • Կանոնավոր բուժքույրական ծառայություններ • Հատուկ բուժօգնության բաժանմունքների ծախսեր, ինչպես ինտենսիվ կամ կորոնար բուժօգնության բաժանմունքները • Դեղեր և դեղամիջոցներ • Լաբորատոր ստուգումներ • Ռենտգեն և ճառագայթաբանության 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 մատակարարները կարող են լինել ծառայության մատուցման տարածքում կամ դրանից 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 Medicare Complete Care Plus-ը տրամադրում է փոխպատվաստման ծառայություններ Ձեր համայնքի խնամքի ծառայությունների մոդելից դուրս, և Դուք որոշում եք ստանալ Ձեր փոխպատվաստումն այստեղ, մենք կկազմակերպենք կամ կվճարենք Ձեր և մեկ այլ անձի կացարանի և ճանապարհորդության ծախսերը: Տրանսպլանտատի և փոխհատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ հետագա տեղեկությունը ստանալու համար կապվեք Անդամների սպասարկման կենտրոնի հետ: • Արյուն, ներառյալ պահեստավորումը և կառավարումը • Բժշկի ծառայություններ	$0 Դուք պետք է հավանություն ստանաք ծրագրի կողմից, որպեսզի կարողանաք շարունակել ստանալ ստացիոնար բուժօգնություն ոչ-ցանցային հիվանդանոցում, երբ Ձեր արտակարգ իրավիճակը կարգավորվում է: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Ստացիոնար ծառայություններ հոգեբուժարանում 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 մեծ, մենք կվճարենք Հոգեկան հիվանդությունների ինստիտուտում (Institute for Mental Diseases, IMD) ստացված ծառայությունների համար:	$0 Այս նպաստի համար համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում չկա: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Ստացիոնար բուժում. փոխհատուցվող ծառայություններ հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում (SNF)՝ ապահովագրական ծածկույթում չընդգրկված ստացիոնար բուժման ժամանակ Մենք չենք վճարում Ձեր ստացիոնար մնալու համար, եթե դա ողջամիտ և բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ չէ: Այնուամենայնիվ, որոշ դեպքերում մենք կվճարենք հիվանդանոցում կամ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում գտնվելու ընթացքում Ձեր կողմից ստացած ծառայությունների համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, կապվեք Անդամների սպասարկմանկենտրոն: Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և հնարավոր է այստեղ չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • բժշկի ծառայություններ • ախտորոշման թեստեր, ինչպես լաբորատոր թեստերը • Ռենտգեն, ռադիում, իզոտոպային թերապիա, այդ թվում՝ մասնագետի նյութեր և ծառայություններ • Վիրաբուժական վիրակապեր • Փայտածողիկներ, գիպսային վիրակապեր և այլ սարքեր, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների ու տեղախախտումների համար • Պրոթեզներ ու օրթեզային սարքեր, բացի ատամնաբուժականներից, այդ թվում՝ այդ սարքերի փոխարինում կամ վերանորոգում: Սրանք սարքեր են, որոնք փոխարինում են բոլորը կամ դրանց մի մասը. ◦ Մարմնի ներքին օրգան (այդ թվում՝ սահմանակից հյուսվածքը), կամ ◦ Մարմնի ներքին օրգանի գործառույթն՝ ամբողջությամբ կամ մասամբ: • 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	$0 Այս նպաստի համար համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում չկա: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Երիկամային հիվանդությունների ծառայություններ ֆ նյութեր Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Երիկամային հիվանդության կրթական ծառայությունները, որոնք սովորեցնում են ինչպես իրականացնել երիկամների խնամքը և օգնում անդամներին ճիշտ որոշում կայացնել Ձեր բուժսպասարկման վերաբերյալ: Դուք պետք է IV-րդ փուլում գտնվող քրոնիկ երիկամային հիվանդություն ունենաք և ուղարկվեք Ձեր բժշկի կողմից: Մենք կփոխհատուցենք երիկամային հիվանդության կրթական ծառայությունների մինչև վեց սեանս: • *Ամբուլատոր դիալիզի բուժումներ, ներառյալ դիալիզի բուժումները, երբ ժամանակավորապես դուրս են գալիս ծառայության տարածքից, ինչպես բացատրված է Ձեր*Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 3-ում, կամ երբ Ձեր մատակարարը ժամանակավորապես հասանելի չէ: • 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: • Տանը անցկացվող դիալիզի սարքավորում ու պաշարներ • 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: Դիալիզի համար որոշակի դեղերի համար վճարում է Ձեր Medicare Մաս B դեղերի նպաստը: Տեղեկություն ստանալու համար տե՛ս այս աղյուսակում «Medicare-ի Մաս B դեղատոմսով դեղեր» բաժինը:	$0 Դուք վճարում եք $0 այդ ծառայությունների համար: Medicare-ն ընդգրկում է կյանքում մինչև 6 սեանս:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Թոքերի քաղցկեղի սքրինինգ Ծրագիրը կվճարի թոքերի քաղցկեղի զննման համար, յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ, եթե Դուք՝ • 50-77 տարեկան եք, և • Խորհրդատվության և համատեղ որոշումների կայացման համար այցելում եք ձեր բժշկին կամ այլ որակավորված մատակարարի, և • Ծխել եք օրական առնվազն 1 տուփ 20 տարի շարունակ՝ առանց թոքերի քաղցկեղի նշանների կամ ախտանիշների կամ ծխում եք հիմա կամ թողել եք ծխելը վերջին 15 տարվա ընթացքում: Առաջին զննումից հետո, ծրագիրը կվճարի ամեն տարի մեկ այլ զննման համար՝ Ձեր բժշկի կամ այլ որակավորված մատակարարի գրավոր պատվերի հիման վրա:	$0 Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող խորհրդատվության և որոշումների կայացման ընդհանուր այցելությունների համար չկա համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում:
	Սննդի նպաստ (Լրացուցիչ) Այս նպաստը նախատեսված է ձեզ առողջ և ուժեղ պահելու համար՝ հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժքույրական հաստատությունում (SNF) ստացիոնար բուժումից հետո վերականգնվելու ժամանակահատվածում, կամ այն դեպքում, եթե ունեք բժշկական խնդիր կամ բժշկական պոտենցիալ խնդիր, որը պահանջում է, որ որոշ ժամանակ մնաք տանը: Ձեր գործերը վարող անձը կամ ձեր բժիշկը կորոշեն, արդյոք դուք այս նպաստի կարիքն ունեք: Ձեր բժիշկը կարող է հայցել այս նպաստը ձեզ համար, եթե դուք ունեք որոշակի քրոնիկ հիվանդություններ: Այս նպաստով տրամադրվում է օրական 2 անգամյա սնունդ 14 օրվա ընթացքում՝ ընդհանուրը սնունդ է տրամադրվում է 28 անգամ: Սննդատեսակները կտրամադրվեն ձեր սննդակարգային կարիքների հիման վրա: Դուք կարող եք նաև իրավասու լինել հավելյալ 28 անգամ սնունդ ստանալու14 օրվա ընթացքում՝ հաստատման դեպքում: Ծրագիրը տրամադրում է առավելագույնը 4 շաբաթյա ծածկույթ՝ մինչև 56 անգամյա սնունդ յուրաքանչյուր օրացուցային տարվա համար: Ձեր գործերը վարող անձը կպատվիրի սնունդը ձեզ համար, և այն կառաքվի ձեր տուն: Առաջին առաքումը սովորաբար տեղ է հասնում պատվերի մշակումից հետո 72 ժամվա ընթացքում (3 աշխատանքային օր): Ձեզ հետ կկապվեն նախապես՝ առաքման ամսաթիվը(երը) հստակեցնելու համար:	$0 **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	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: 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 Ձեր բուժումն անհրաժեշտ է հաջորդ օրացուցային տարում: Կարող ենք հաստատել լրացուցիչ ծառայություններ, եթե բժշկական անհրաժեշտություն լինի:	$0 Medicare-ի կողմից ապահովագրված բժշկական սնուցման թերապիայի ծառայությունների համար իրավասու անդամների համար չկա համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում:
	Medicare-ի շաքարախտի կանխարգելման ծրագիր (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Մեր ծրագիրը վճարում է MDPP ծառայությունների համար: Շաքարախտի կանխարգելման ծրագիրը նախագծված է օգնելու ձեզ՝ բարձրացնել առող վարքագիծը: Այն տրամադրում է գործնական ուսուցում հետևյալում՝ • Երկարաժամկետ դիետիկ փոփոխություն, • Բարձր ֆիզիկական ակտիվություն, • Քաշի կորստի և առողջ ապրելակերպի պահպանման ուղիներ:	$0 Չկա համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում (MDPP) նպաստի համար:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Medicare Մաս B դեղատոմսային դեղեր Այս դեղերը փոխհատուցվում են Medicare-ի Մաս B-ով: Մեր ծրագիրը վճարում է հետևյալի 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: • Դեղորայք, որոնք Դուք ընդունում եք՝ օգտագործելով երկարակյաց բժշկական սարքավորումներ (օրինակ՝ նեբուլիզատորներ), որոնք մեր ծրագիրը թույլ է տվել: • 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 ոսկորի կոտրվածք, որը բժշկի հավաստմամբ առնչվում է հետդաշտանադադարային օստեոպորոզին, և չեք կարող ինքներդ ներարկել դեղը • Հակածիններ • Որոշակի ներքին ընդունման հակաուռուցքային դեղեր և հակասրտխառնոցային դեղեր • 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) • IV իմունոգլոբուլին տնային պայմաններում առաջնային իմունային անբավարարության հիվանդությունների բուժման համար Հետևյալ հղումը կհասցեավորի Ձեզ Մաս B Դեղերի ցուցակը, որը կարող է ենթարկվել փուլային թերապիայի՝ <www.molinahealthcare.com/Medicare>: Մենք կփոխհատուցենք նաև որոշ պատվաստանյութերի ծախսերը Medicare-ի Մաս B-ի և Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի նպաստով: Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 5*բացատրում է մեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի նպաստը: Այն բացատրում է կանոնները, որոնց պետք է հետևեք, որպեսզի Ձեր նշանակումները փոխհատուցվեն: Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 6-ում* բացատրվում է, որքան եք Դուք վճարում Ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի համար մեր ծրագրի միջոցով:	$0 Դուք վճարում եք $0 Medicare-ի Մաս B-ի յուրաքանչյուր դեղատոմսով դեղի համար: **Մաս B դեղերը կարող են ենթարկվել փուլային թերապիայի:** **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	MyChoice Card MyChoice Card-ը կանխավճարային նպաստների դեբետային քարտ է, որը կարող է օգտագործվել որոշակի լրացուցիչ ծրագրի նպաստների համար վճարելու համար, ինչպիսիք են՝ • Առանց դեղատոմսի դեղեր • Ատամնաբուժություն • Տեսողություն • Տրանսպորտ • Սնունդ և արտադրություն* • Հատուկ հավելյալ նպաստներ քրոնիկ հիվանդությունների համար Իրավասության պահանջները կիրառելի են: Կանխավճարային դեբետային քարտը վարկային քարտ չէ: Դուք չեք կարող քարտը փոխարկել կանխիկի կամ այն այլ մարդկանց փոխարկել: Կոսմետիկ ընթացակարգերը չեն ծածկվում այս նպաստի քարտով: Միջոցները բեռնվում են քարտի վրա յուրաքանչյուր նպաստի ժամանակահատվածում: Նպաստների ժամկետը կարող է լինել ամսական կամ եռամսյակային՝ կախված նպաստներից: Յուրաքանչյուր հատուցման ժամանակաշրջանի վերջում չօգտագործված գումարը չի փոխանցվի հաջորդ ժամանակաշրջանին կամ պլանային տարվան: Եթե դուրս գաք ծրագրից, չօգտագործված միջոցները կվերադառնան ծրագրին Ձեր ուժի մեջ մտնելու օրվանից: MyChoice Card-ի նպաստները կարող են օգտագործվել միայն նշված հավելյալ նպաստից օգտվելու համար՝ մինչև սահմանված սահմանաչափը: Այս նպաստը կարող է օգտագործվել միայն անդամի կողմից և չի կարող կիրառվել որևէ այլ օգուտի կամ ծախսի համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար Ձեր OTC նպաստի մասին կամ այն մասին, թե ինչպես կարող եք իրավասու դառնալ Սննդի և արտադրության և Քրոնիկ հիվանդությունների հատուկ լրացուցիչ նպաստների համար (SSBCI), զանգահարեք Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) Անդամների սպասարկման կենտրոն: SSBCI-ի նպաստներ ստանալու համար անդամները պետք է ունենան վավեր առողջության ռիսկի գնահատում (HRA)՝ լրացված Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ներկա գրանցման համար, և տրամադրեն բժշկի հաստատում՝ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ի գործերը վարող անձի հետ համատեղ:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Սննդային խորհրդատվություն Անհրաժեշտության դեպքում Դուք կարող եք ստանալ անհատական հեռախոսային խորհրդատվություն սննդակարգի վերաբերյալ: Ձեր մատակարարը պետք է լրացնի և ստորագրի Առողջապահական կրթության ուղեգրի ձևը, որպեսզի մենք հստակ պատկերացնենք Ձեր կարիքները՝ նախքան ձեզ զանգելը: • Հեռախոսային խորհրդատվությունը տևում է 30-60 րոպե: • Ձեզ կտրամադրվեն կոնտակտային տվյալներ՝ լրացուցիչ տեղեկությունների և/կամ հետագա գործողությունների համար՝ անհրաժեշտության կամ ցանկության դեպքում: Սննդային/դիետիկ անհատական սեանսներն անսահմանափակ են ձեր Medi-Cal (Medicaid) նպաստի ներքո: Մեր ծրագիրն ապահովագրում է լրացուցիչ 12 խմբային/անհատական հեռախոսային սեանսներ: Այս ծառայությունների համար ձեր մատակարարը Ձեզ կուղեգրի ներցանցային դիետոլոգի մոտ:	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Բուժքույրական խնամքի հաստատության բուժսպասարկում 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 • Շնչառական թերապիա • Ձեզ տրվող դեղեր՝ որպես Ձեր բժշկական սպասարկման ծրագրի մի մաս (Սա ներառնում է նյութեր, որոնք բնականորեն ներկա են Ձեր մարմնում, օրինակ՝ 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 • Ռենտգեն և ճառագայթաբանության այլ ծառայություններ, որոնք սովորաբար արվում են բուժքույրական հաստատություններում • Հարմարանքների օգտագործում, ինչպես անվասայլակներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունների կողմից • Բժշկի/բուժաշխատողի ծառայություններ • Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ • Ատամնաբուժական ծառայություններ, ներառյալ պրոթեզները • Տեսողության նպաստներ • Լսողության ստուգումներ • Խիրոպրակտիկ բուժօգնություն • Ոտնաթաթի ծառայություններ **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	$0 **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Բուժքույրական խնամքի հաստատության բուժսպասարկում (շարունակությունը) 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 ծրագրի վճարման գումարները՝ • 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 ֆ 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 ստանաք այդ խորհրդատվությունն առաջնային խնամքի շրջանակներում: Այդ միջոցով դա հնարավոր կլինի կառավարել Ձեր ամբողջական կանխարգելման ծրագրի միջոցով: Զրուցեք Ձեր առաջնային խնամքի մատակարարի հետ՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:	$0 Չկա համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում գիրության կանխարգելիչ զննման և բուժման համար:
	Ափիոնների բուժման ծրագրի (OPT) ծառայություններ Մեր ծրագիրը վճարելու է հետևյալ ծառայությունների համար ափիոնային օգտագործման խանգարումը (OUD) բուժելու համար: • Ընդունման գործողություններ • Պարբերական գնահատումներ • Մթերային ապրանքների և դեղերի որակի վերահսկման վարչության 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 Դուք վճարում եք $0 Medicare-ի ծածկույթում ընդգրկված ափիոնային դեղերով ամբուլատոր բուժման ծրագրի ծառայությունների համար: **Medicare-ի ծածկույթում ընդգրկված ափիոնային դեղերով ամբուլատոր բուժման ծրագրի ծառայությունների համար նախնական հաստատում չի պահանջվում, սակայն այն կարող է պահանջվել, եթե Ձեզ անհրաժեշտ է ստանալ ափիոնային բուժման դեղամիջոցներ:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Ամբուլատոր ախտորոշիչ թեստեր ֆ թերապֆտիկ ծառայություններ ֆ մատակարարումներ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների և բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ այլ ծառայությունների համար, որոնք այստեղ նշված չեն՝ • Ռենտգեն • Ճառագայթում (ռադիում և իզոտոպային) թերապիա՝ ներառյալ տեխնիկական մասնագիտական նյութեր և նյութատեխնիկական միջոցներ • Վիրաբուժական նյութեր, օրինակ՝ վիրակապեր • Փայտաձողիկներ, գիպսային վիրակապեր և այլ սարքեր, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների և տեղահախտների համար • Լաբորատոր ստուգումներ* • Արյուն, ներառյալ պահեստավորումը և կառավարումը Դուք պետք է զրուցեք ձեր մատակարարի հետ և ստանաք ուղեգիր: • Այլ ամբուլատոր ախտորոշիչ թեստեր	$0 Դուք վճարում եք $0 այդ ծառայությունների համար: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:** **Ամբուլատոր լաբորատոր ծառայությունների ֆ ամբուլատոր ռենտգեն ծառայությունների համար թույլտվություն չի պահանջվում: Գենետիկական լաբորատորիայի ստուգումը պահանջում է նախնական հաստատում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ Մենք վճարում ենք բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք Դուք ստանում եք հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում հիվանդության կամ վնասվածքի ախտորոշման կամ բուժման համար, ինչպես օրինակ՝ • Ծառայություններ արտակարգ իրավիճակի բաժանմունքում կամ ամբուլատոր կլինիկայում, ինչպես օրինակ՝ ամբուլատոր վիրահատություն կամ զննման ծառայություններ ◦ Զննման ծառայությունները օգնում են Ձեր բժշկին իմանալ՝ արդյոք անհրաժեշտ է հիվանդանոց ընդունվել որպես «ստացիոնար»: ◦ Երբեմն կարող եք գիշերել հիվանդանոցում և շարունակել «ամբուլատոր» լինել: ◦ Ամբուլատոր կամ կլինիկական բուժում ստանալու հնարավորությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունները կարող եք դիտել այս էջում՝ www.medicare.gov/media/11101 • 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: • Ռենտգեն և ճառագայթաբանության այլ ծառայություններ, որոնց համար հիվանդանոցը հաշիվ է ուղարկում • Բժշկական նյութեր, ինչպես փայտաձողիկներ և գիպսային վիրակապեր • Կանխարգելիչ զննումներ և ծառայություններ, որոնք թվարկված են Նպաստների աղյուսակում • Որոշ դեղեր, որոնք Դուք չեք կարող ստանալ ինքնուրույն	$0 **Նախնական հաստատում է պահանջվում:** **Ամբուլատոր լաբորատոր ծառայությունների ֆ ամբուլատոր ռենտգեն ծառայությունների համար թույլտվություն չի պահանջվում: Գենետիկական լաբորատորիայի ստուգումը պահանջում է նախնական հաստատում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Հոգեկան առողջության ամբուլատոր խնամք 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 • հոգեբանասոցիալական վերականգնման ծառայություններ • Մասնակի հոսպիտալացում կամ 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	$0 Դուք վճարում եք $0 յուրաքանչյուր միջոցառման համար ոչ բժիշկ ամբուլատոր հոգեկան առողջության պահպանման և հոգեբուժական ծառայությունների համար, ներառյալ դեղորայքային թերապիայի մոնիտորինգը և անհատական կամ խմբակային թերապիայի այցելությունները: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**
	Ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ Մենք կվճարենք ֆիզիոթերապիայի, մասնագիտական հիվանդությունների թերապիայի, խոսելախանգարման թերապիայի համար Դուք կարող եք ստանալ ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքից, անկախ թերապևտի գրասենյակներից, համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություններից (CORF) և այլ հաստատություններից:	$0 Դուք վճարում եք $0 բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ամբուլատոր ֆիզիոթերապիայի (PT), էրգոթերապիայի (OT) և/կամ լոգոպեդի (SP) յուրաքանչյուր այցելության համար: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Թմրանյութերի չարաշահման ամբուլատոր ծառայություններ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և հնարավոր է այստեղ չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • Ալկոհոլի չարաշահման սքրինինգ և խորհրդատվություն • Թմրադեղերի չարաշահման բուժում • Որակավորված կլինիկական բժշկի կողմից խմբակային կամ անհատական խորհրդատվություն • Ենթասուր թունազերծում կախվածության բուժման վերականգնողական ծրագրի շրջանակներում • Ալկոհոլիզմով և թմրամոլությամբ հիվանդների վերականգնողական ծառայություններ ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման կենտրոնում • Նալտրեքսոնով (Naltrexone) (վիվիտրոլի՝ vivitrol) երկարաձգված ազդեցությամբ բուժում	$0 **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**
	Ամբուլատոր վիրաբուժություն Մենք կվճարենք հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքներում և ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոններում տրամադրած ամբուլատոր վիրաբուժության և ծառայությունների համար:	$0 Դուք վճարում եք $0 յուրաքանչյուր ծածկված ամբուլատոր վիրաբուժության իրադարձության համար, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով հիվանդանոցի կամ այլ հաստատության և բժշկի կամ վիրաբուժական ծախսերի համար: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Առանց դեղատոմսի (Over-the-counter, OTC) պարագաներ (Լրացուցիչ) Դուք յուրաքանչյուր եռամսյակում $400 եք ստանում MyChoice Card-ի վրա՝ ծախսելու համար ծրագրի կողմից հաստատված OTC իրերի և դեղերի վրա: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս «MyChoice Card» բաժինը: Եթե չօգտագործեք ձեր եռամսյակային նպաստի ամբողջ գումարը, մնացորդը կզրոյանա և չի տեղափոխվի նպաստի հաջորդ ժամանակաշրջան: Մենք փոխհատուցում ենք առանց դեղատոմսի ապրանքներ, ինչպիսիք են՝ արևապաշտպանիչ միջոցները, ցավազրկողները, հազի և մրսածության դեմ դեղերը և վիրակապերը: Կարող եք պատվիրել՝ • **Առցանց**– այցելեք՝ NationsOTC.com/Molina • **Հեռախոսով** – (877) 208-9243 խոսել Ազգերի OTC անդամի փորձի խորհրդատուի հետ (TTY 711), շուրջօրյա, շաբաթական 7 օր, տարին 365 օր: • **Փոստով**– լրացրեք և վերադարձրեք OTC Պատվերի ձևը OTC ապրանքների կատալոգում: OTC ապրանքներ հեռախոսով, փոստով, առցանց կամ առձեռն ընտրված մանրածախ խանութներում: • **OTC դեբետային քարտ**– մասնակցող մանրածախ վայրերում: Կարդացեք Ձեր 2023 թ. OTC ապրանքատեսակների կատալոգը՝ ծրագրի կողմից հաստատված OTC ապրանքների ամբողջական ցուցակին ծանոթանալու համար կամ զանգահարեք OTC ապրանքների աջակցման ծառայության աշխատակցին՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար: 2023 թ. OTC ապրանքատեսակների կատալոգում կգտնեք կարևոր տեղեկություններ (պատվերի ուղեցույցներ):	Դուք վճարում եք $0 այս ծառայությունների համար, եթե օգտագործում եք Ձեր MyChoice Card-ը: Դուք յուրաքանչյուր եռամսյակում (3 ամիս) $400 ունեք ծախսելու ծրագրի կողմից հաստատված OTC իրերի, ապրանքների և դեղերի վրա: Մեկ եռամսյակ կամ եռամսյակային ժամանակահատված, որը տևում է 3 ամիս: Ձեր ծածկված OTC նպաստների եռամսյակային ժամանակահատվածներն են՝ • Հունվարից մարտ • Ապրիլից հունիս • Հուլիսից սեպտեմբեր • Հոկտեմբերից դեկտեմբեր $400, որը ստանում եք ամեն եռամսյակ, լրանում է եռամսյակի վերջում: Այն չի անցնում հաջորդ եռամսյակային ժամանակաշրջանին, ուստի անպայման ծախսեք չօգտագործված ցանկացած գումար մինչ եռամսյակի ավարտը: Դուք կարող եք պատասխանատու լինել ծախսերի համար, եթե գերազանցեք Ձեր առավելագույն տարեկան նպաստը: Կարող են կիրառվել սահմանափակումներ և բացառություններ:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը 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: **Նշում.**Քանի որ մեր ցանցում համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոններ չկան, մենք փոխհատուցում ենք մասնակի հոսպիտալացումը միայն հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժնում:	$0 Դուք վճարում եք $0 յուրաքանչյուր օրվա համար, եթե իրավասու եք Medicare-ի ծածկույթում ընդգրկված մասնակի հոսպիտալացման ծառայությունների համար: Դուք պետք է համապատասխանեք որոշակի պահանջների՝ փոխհատուցման իրավասություն ստանալու համար, և Ձեր բժիշկը պետք է հաստատի, որ այլապես ստացիոնար բուժման կարիք կունենաք Այս բուժումը տրվում է օրվա ընթացքում հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում կամ համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոնում և գիշերակաց չի պահանջում: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Արտակարգ իրավիճակների արձագանքման անհատական համակարգ (PERS) (Լրացուցիչ) PERS-ը բժշկական ահազանգման ներտնային համակարգ է, որը հնարավորություն կտա ձեզ օգնություն ստանալ արտակարգ իրավիճակներում: Եթե Դուք իրավասու եք, Ձեզ կտրվի բջջային սարք կամ ֆիքսված հեռախոսային սարք և փոքրիկ կախազարդ, որը պետք է միշտ կրել: Կախազարդը կարելի է կրել պարանոցի, դաստակի կամ գոտու վրա: Սեղմելով կոճակը՝ դուք կմիանաք մոնիտորինգային ընկերության Խնամքի կենտրոնի ներկայացուցչի հետ: Օպերատորները հասանելի են օրական 24 ժամ, շաբաթական 7 օր, իսկ արտակարգ իրավիճակների դեպքում կմնան կապի մեջ ձեզ հետ: Անկախ նրանից, դուք շտապ բժշկական օգնության կարիք ունեք, թե կարիք ունեք, որ ընտանիքի անդամը ձեզ օգնի, Խնամքի կենտրոնի ներկայացուցչը կտրամադրի ձեզ անհրաժեշտ օգնությունը: Իրավասու անդամները կստանան նաև ծառայության PERSPlus մակարդակներ: Օգտագործելով ձեր բջջային կամ ներտնային PERS սարքը, Դուք կարող եք ակտիվացնել Ձեր կոճակը ոչ արտակարգ դեպքերի կարիքների համար: Եթե դուք ձեզ միայնակ եք զգում կամ ցանկանում եք խոսել ինչ-որ մեկի հետ, օգնության կարիք ունեք բժշկի այցելության համար գրանցվելու, տրանսպորտով տեղափոխումը կազմակերպելու կամ որևէ այլ օգնության կարիք ունեք, ապա Խնամքի կենտրոնի ներկայացուցիչը կօգնի Ձեզ, նա նաև կարող է ձեզ միացնել Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ի Անդամների սպասարկման կենտրոնի կամ Ձեր գործերը վարող անձի հետ, որը կօգնի ձեզ ստանալ անհրաժեշտ օգնությունը:	$0 **Ձեր գործերը վարող անձը կորոշի, արդյոք դուք իրավասու եք այս նպաստի համար:** **Նախնական հաստատում պահանջվում է:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	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 • Լսողության և հավասարակշռության պահպանման հիմնական ստուգումներ, որոնք տրամադրվում են Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարի կողմից, եթե Ձեր բժիշկը ցուցում է դա, որպեսզի պարզի, արդյոք Ձեզ հարկավոր է բուժում • Հեռաբժշկության որոշ ծառայություններ, այդ թվում *Հեռաբժշկության լրացուցիչ նպաստներ* : ◦ Դուք ունեք տարբերակ՝ ստանալ այս ծառայություններն անձամբ այցելությամբ կամ հեռաբժշկության միջոցով: Եթե Դուք ընտրում եք ստանալ այս ծառայություններից մեկը հեռաբժշկության միջոցով, Դուք պետք է օգտագործեք ցանցի մատակարար, որն առաջարկում է ծառայությունը հեռաբժշկության միջոցով: • Որոշ հեռաբժշկական ծառայություններ, ներառյալ բժշկի կամ գործնական մասնագետի կողմից խորհրդատվություն, ախտորոշում և բուժում, որոշակի գյուղական բնակավայրերի կամ Medicare-ի կողմից հաստատված այլ վայրերի անդամների համար • Հեռաբժշկական ծառայություններ ամսական վերջին փուլում գտնվող երիկամային հիվանդության (ESRD) հետ կապված այցերի համար տնային դիալիզի անդամների համար հիվանդանոցում տեղակայված կամ կրիտիկական մուտքի հիվանդանոցում գտնվող երիկամային դիալիզի կենտրոնում, երիկամային դիալիզի հաստատությունում կամ մասնակցի տանը: • Հեռակա մատուցվող ծառայություններ՝ ախտորոշելու, գնահատելու կամ բուժելու կաթվածի ախտանիշները • Հեռաբժշկական ծառայություններ անդամների համար, որոնք ունեն դեղերի չարաշահման խանգարումներ կամ զուգահեռ հոգեկան առողջության խանգարում **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	$0

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ, ներառյալ բժշկի գրասենյակի այցելությունը (շարունակելի) • Հեռաբժշկական ծառայություններ հոգեկան առողջության խանգարումների ախտորոշման, գնահատման և բուժման համար, եթե՝ ◦ Դուք անձամբ այցելում եք Ձեր առաջին հեռաբժշկական այցելությունից 6 ամսվա ընթացքում ◦ Հեռաբժշկական այս ծառայությունները ստանալու ընթացքում Դուք անձամբ այցելում եք 12 ամիսը մեկ ◦ Որոշակի հանգամանքների համար վերը նշվածից կարելի է բացառություններ անել • Հեռաբժշկական ծառայություններ հոգեկան առողջության այցերի համար, որոնք տրամադրվում են Գյուղական առողջապահական կլինիկաների և Դաշնային որակավորում ունեցող առողջապահական կենտրոնների կողմից: • Վիրտուալ ստուգումներ (օրինակ՝ հեռախոսով կամ վիդեո զրույցով) ձեր բժշկի հետ 5-10 րոպե, **եթե** ` ◦ Դուք նոր հիվանդ չեք ɟ ◦ Ստուգումը կապ չունի վերջին 7 օրվա ընթացքում գրասենյակ կատարած 7 օր ɟ ◦ Ստուգումը չի հանգեցնում գրասենյակ այցելության 24 ժամ կամ շուտով հասանելի տեսակցություն • Ձեր բժշկին ուղարկած տեսանյութի և/կամ պատկերների գնահատում և Ձեր բժշկի մեկնաբանությունը և հետևելը 24 ժամվա 24 ժամ **եթե**. ◦ Դուք նոր հիվանդ չեք ɟ ◦ Գնահատումը կապված չէ նախկինում կատարած գրասենյակային այցի հետ 7 օր ɟ ◦ Գնահատումը չի հանգեցնում գրասենյակ այցի 24 ժամ կամ շուտով հասանելի տեսակցություն • Ձեր բժշկի խորհրդատվությունը այլ բժիշկների հետ հեռախոսով, ինտերնետով կամ էլեկտրոնային առողջապահական գրառումներով, եթե Դուք նոր հիվանդ չեք • Երկրորդ կարծիք այլ ցանցային մատակարարի կողմից նախքան վիրահատությունը • Ոչ ստանդարտ ատամնաբուժական բուժսպասարկում*: Փոխհատուցվող ծառայությունները սահմանափակվում են՝ ◦ Ծնոտի կամ առնչվող կառույցների վիրահատություն **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ, ներառյալ բժշկի գրասենյակի այցելությունը (շարունակելի) ◦ ծնոտի կամ դեմքի ոսկրերի կոտրվածքների վերադիրքավորում ◦ ատամների հեռացում նախքան ուռուցքային գոյացության ճառագայթումային բուժումը ◦ ծառայություններ, որոնք կփոխհատուցվեն, երբ տրամադրվեն բժշկի կողմից	
	Ոտնաթաթի 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, ծրագրի անդամների ոտնաթաթի ստանդարտ բուժօգնություն Ի հավելումն ձեր Medi-Cal (Medicaid)-ի ծածկույթի, ծրագիրն առաջարկում է ոտքերի խնամքի 12 լրացուցիչ պլանային այցելություն յուրաքանչյուր օրացուցային տարի: Այս նպաստից օգտվելու համար Դուք կարող եք չունենալ սկզբնապատճառային հիվանդություն: Ծածկույթը ներառում է ոտքերի ընդհանուր խնամք, օրինակ՝ կոշտուկների հեռացում, եղունգների կտրում, ճաքած մաշկի բուժում և ներբանների այլ խնդիրներ:	$0 **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**
	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 Չկա համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում տարեկան PSA թեստի համար:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Պրոթեզային սարքեր ֆ 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 ադապտերը, լուծույթները և ինքնուրույն կատարվող ներարկումների պարագաները • Սրտի ռիթմի կանոնավորիչներ • Տաբատաձիգներ • Պրոթեզային կոշիկներ • Արհեստական ձեռքեր և ոտքեր • Կրծքի պրոթեզ (ներառյալ վիրաբուժական կրծկալ կրծքագեղձի հեռացումից հետո) • Պրոթեզներ՝ փոխարինելու դեմքի մարմնի արտաքին մասի ամբողջ մասը, որը հանվել կամ վնասվել է հիվանդության, վնասվածքի 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 որոշակի ապահովագրություն ենք առաջարկում կատարակտի հեռացումից ու կատարակտի վիրահատությունից հետո: Մանրամասների համար կարդացեք այս բաժնում ստորև նշված «Տեսողության բուժօգնություն» բաժինը:	$0 Դուք վճարում եք $0 Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող յուրաքանչյուր պրոթեզային կամ օրթոզային սարքավորում, ներառյալ նման սարքերի փոխարինումը կամ վերանորոգումը և հարակից պարագաների համար: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**
	Թոքերի վերականգնման ծառայություններ Մենք կվճարենք այն անդամների 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 բուժող բժշկի կամ մատակարարի կողմից: Մենք կվճարենք հետևյալ շնչառական ծառայությունների համար թոքերի արհեստական օդափոխության սարքից կախված հիվանդների համար:	$0 Դուք վճարում եք $0 Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող թոքային վերականգնողական յուրաքանչյուր այցի համար **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Սեռավարակների (STI-ներ) ստուգում ֆ խորհրդատվություն Մենք վճարում ենք խլամիդիաների, սուսանակի, սիֆիլիսի ու հեպատիտ Բ-ի զննումների համար: Այս զննումներն ապահովագրվում են հղի կանանց ու որոշ մարդկանց համար, որոնք STI ունենալու բարձր վտանգի տակ են: 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 բարձր ռիսկի գոտում: Յուրաքանչյուր սեանս կարող է տևել 20-ից 30 րոպե: Մենք վճարում ենք այդ խորհրդատվական սեանսների համար, որպես կանխարգելիչ ծառայություն միայն, եթե դրանք տրամադրվել են առաջնային բուժօգնության մատակարարի կողմից: Սեանսները պետք է անցկացվեն առաջնային բուժօգնության հաստատությունում, ինչպես բժշկի գրասենյակը:	$0 Չկա համապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում Medicare-ի կողմից ապահովագրված սեռավարակների սքրինինգի և սեռավարակների կանխարգելիչ նպաստների համար խորհրդատվության համար:
	Որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության (SNF) կողմից տրամադրվող բուժսպասարկում Մեր ծրագիրը ներառում է որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում 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 ծրագրի 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 **Այս նպաստի մասին ավելին կարող եք կարդալ հաջորդ էջում**	$0 **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության (SNF) կողմից տրամադրվող բուժսպասարկում (շարունակելի) • Լաբորատոր ստուգումներ, որոնք տրամադրվում են որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունների կողմից • Ռենտգեն և ճառագայթաբանության այլ ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են բուժքույրական հաստատություններում • 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 ծրագրի 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	

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Վերահսկվող մարզումային թերապիա (SET) Պլանը պետք է վճարի այն սիմպտոմատիկ ծայրամասային զարկերակների հիվանդությամբ (peripheral artery disease, PAD) անդամների վերահսկվող վարժեցման թերապիայի համար, որոնք ունեն բժշկից ուղեգիր, որը պատասխանատու է ծայրամասային զարկերակների հիվանդությամբ բուժման համար: Մեր ծրագիրը վճարում է հետևյալի համար՝ • Մինչև 36 սեանս 12 շաբաթվա ընթացքում՝ վերահսկվող վարժեցման թերապիայի բոլոր պահանջները պահպանելու պայմանով: • Լրացուցիչ 36 սեսիաները ժամանակի ընթացքում, եթե այն համարվում է բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ Վերահսկվող վարժեցման թերապիայի ծրագիրը պետք է լինի. • Թերապևտիկ վարժությունների ծրագրի 30-ից 60-րոպեանոց դասընթացներ ծայրամասային զարկերակների հիվանդությամբ անդամների 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 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:	$0 Դուք վճարում եք $0՝ Medicare-ի ծածկույթում ընդգրկված Վերահսկվող մարզումային թերապիայի (SET) այցելությունների համար: **Նախնական հաստատում է պահանջվում:**

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Փոխադրումներ: 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 • Կախված ծառայությունից՝ հնարավոր է պահանջվի նախնական հաստատում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք Գլուխ 3-ի Բաժին F:	$0 Եթե շտապ օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 911 և շտապօգնություն խնդրեք

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Փոխադրումներ: Ոչ-անհետաձգելի բժշկական փոխադրում Այս նպաստը՝ բժշկական ծառայություններ ստանալու համար, թույլ է տալիս իրականացնել փոխադրում մարդատար մեքենայով, տաքսիով կամ մասնավոր/հանրային փոխադրման որևէ այլ ձևով: Պահանջվում է տրանսպորտ՝ անհրաժեշտ բժշկական օգնություն ստանալու համար, ներառյալ ատամնաբուժական այցելությունների փոխադրումները և դեղատոմսով դեղեր վերցնելը: Տրանսպորտային ծառայություններն անսահմանափակ են Ձեր Medi-Cal (Medicaid) նպաստի ներքո: Յուրաքանչյուր եռամսյակ (3 ամիսը մեկ) մեր ծրագիրը տրամադրում է 200 ԱՄՆ դոլար հավելյալ նպաստ՝ փոխանցելով այն ձեր Molina MyChoice քարտի վրա՝ Ձեր հայեցողությամբ առողջապահական որևէ վայր տրանսպորտով տեղափոխվելու համար: Այս գումարը չի համապատասխանում «ուղևորությունների» սահմանված քանակին, բայց մինչև նպաստի սահմանաչափը կարող է օգտագործվել ոչ շտապ տեղափոխման տրանսպորտի համար վճարելու նպատակով: Եթե չօգտագործեք ձեր եռամսյակային նպաստի ամբողջ գումարը, մնացորդը կզրոյանա և չի տեղափոխվի նպաստի հաջորդ ժամանակաշրջան: Դուք կարող եք օգտագործել ձեր MyChoice քարտը՝ ուղևորությունների համար վճարելու նպատակով՝ ուղևորությունների համար նախատեսված հավելվածներում, տաքսի ծառայություններում կամ ոչ շտապ տեղափոխման այլ տրանսպորտի համար, օրինակ՝ ավտոբուսի տոմսեր, գնացքի քարտեր գնելու կամ հասարակական տրանսպորտի այլ տեսակների համար վճարելու նպատակով: Անդամներին խրախուսվում է առավելագույնի հասցնել ուղևորությունների քանակը այս նպաստի միջոցով: Սովորաբար պահանջվող ուղղությունների համար, ինչպիսիք են դիալիզի կենտրոնները կամ ֆիզիոթերապիայի հաստատությունները, անմիջապես կապվեք տրամադրող հաստատության հետ՝ տեսնելու, թե արդյոք ավելի խնայող փոխադրում կա, նախքան երթևեկության կամ մանրածախ փոխադրման ծառայության միջոցով պլանավորելը: Այս նպաստը չի սահմանափակում Ձեր ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրման նպաստը:	Դուք վճարում եք $0 այս ծառայությունների համար, եթե օգտագործում եք Ձեր MyChoice Card-ը: Դուք կարող եք պատասխանատու լինել ծախսերի համար, եթե գերազանցեք Ձեր առավելագույն տարեկան նպաստը: Կարող են կիրառվել սահմանափակումներ և բացառություններ: Եթե շտապ օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 911 և շտապօգնություն խնդրեք

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	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 օգտագործել ցանցից դուրս մատակարարներ, երբ չեք կարող հասնել ցանցի մատակարարին (օրինակ, երբ Դուք գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս կամ հանգստյան օրերին): Որպես հավելյալ նպաստ՝ մենք ամեն օրացուցային տարի առաջարկում ենք մինչև $10,000 արտակարգ իրավիճակների ծածկույթ ամբողջ աշխարհում՝ շտապ տեղափոխման, շտապ օգնության, և հետկայունացման խնամքի համար:	$0 Դուք վճարում եք $0 Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող շտապ անհրաժեշտ խնամքի յուրաքանչյուր այցելության համար: Ձեր ծախսերի բաշխումը նույնն է ցանցային կամ ցանցից դուրս հրատապ խնամքի ծառայությունների համար:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը 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: Ի հավելումն ձեր Medi-Cal (Medicaid)-ի ծածկույթի, աչքի պլանային հետազոտությունների և ակնոցների համար միասին վերցված մեր ծրագիրը տրամադրում է $500 լրացուցիչ նպաստ յուրաքանչյուր տարի: Դուք կարող եք օգտագործել Ձեր MyChoice քարտը տեսողության պահպանման համար տրվող նպաստների համար: Կոսմետիկ ծառայությունները չեն ապահովագրվում ծրագրով, և դուք չեք կարող օգտագործել ձեր MyChoice քարտը դրա համար վճարելու համար: Նպաստը պետք է օգտագործվի ծառայությունների համար, որոնք արդեն ապահովագրված չեն Original Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից:	Դուք վճարում եք $0 այս ծառայությունների համար, եթե օգտագործում եք Ձեր MyChoice Card-ը:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	**«Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այց** Մենք ապահովագրում ենք մեկանգամյա «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այց: 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 ծածկում ենք «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցը միայն առաջին 12 ամիսների ընթացքում, երբ Դուք ունեք Medicare Մաս B: Երբ նշանակեք Ձեր նշանակումը, ասեք Ձեր բժշկի գրասենյակ, որ ցանկանում եք պլանավորել Ձեր «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցը:	$0 «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցի համար համաապահովագրություն, համավճար կամ նվազեցում չկա:

	Ծառայություններ, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է	Ի՞նչ պետք է Դուք վճարեք
	Արտակարգ իրավիճակների/անհետաձգելի օգնության ծախսերի ծածկույթ ամբողջ աշխարհում (Լրացուցիչ) Որպես լրացուցիչ նպաստ՝ ձեր ապահովագրական ծածկույթը ներառում է մինչև 10000 ԱՄՆ դոլար յուրաքանչյուր օրացուցային տարի՝ Միացյալ Նահանգների (ԱՄՆ) սահմաններից դուրս, ամբողջ աշխարհում արտակարգ իրավիճակների/անհետաձգելի օգնության համար: Այս նպաստը սահմանափակվում է այն ծառայություններով, որոնք կդասակարգվեին որպես օգնություն արտակարգ իրավիճակում կամ անհետաձգելի օգնություն, եթե օգնությունը տրամադրվեր ԱՄՆ-ում: Ամբողջ աշխարհում ապահովագրական ծածկույթը ներառում է շտապ անհրաժեշտ կամ անհետաձգելի օգնություն, շտապօգնության մեքենայով տեղափոխում արտակարգ իրավիճակի վայրից մինչև մոտակա բժշկական հաստատություն և վիճակի կայունացմանը հաջորդող բուժսպասարկումը: Շտապօգնության մեքենայով տեղափոխմանծառայությունները մտնում են ապահովագրական ծածկույթի մեջ այն իրավիճակներում, երբ որևէ այլ եղանակով շտապ օգնության բաժանմունք հասնելը կարող է վտանգել ձեր առողջությունը: Երբ այս իրավիճակները տեղի են ունենում, մենք խնդրում ենք, որ դուք կամ ձեր մասին հոգ տանող անձը զանգի մեզ: Մենք կփորձենք կազմակերպել, որ Ձեր բուժսպասարկումը ստանձնեն ներցանցային մատակարարները, հենց որ ձեր առողջական վիճակը և պայմանները թույլ տան: Ալ երկրներից Ձեր հետադարձ տեղափոխումը ԱՄՆ չի փոխհատուցվում: Պլանային բուժսպասարկումը և նախապես պլանավորված կամ ընտրովի բժշկական պրոցեդուրաները չեն փոխհատուցվում: Օտարերկրյա հարկերը և վճարները (այդ թվում՝ տարադրամի փոխարկման համար վճարները կամ գործարքի միջնորդավճարները, բայց ոչ միայն դրանք) չեն փոխհատուցվում: U.S. նշանակում է 50 նահանգ, Կոլումբիայի շրջանը, Պուերտո Ռիկոն, Վիրջինյան կղզիները, Գուամը, Հյուսիսային Մարիանա կղզին և Ամերիկյան Սամոան:	$0 Եթե դուք շտապ բուժօգնություն եք ստանում ԱՄՆ-ից դուրս և ստացիոնար բուժսպասարկման կարիք ունեք շտապ բուժօգնություն պահանջող ձեր վիճակի կայունացումից հետո, դուք պետք է վերադառնաք ցանցային հիվանդանոց, որպեսզի ձեր բուժսպասարկումը շարունակի մնալ ապահովագրման ծածկույթում ԿԱՄ պետք է ձեր ստացիոնար բուժսպասարկումը ստանաք այնպիսի ոչ ցանցային հիվանդանոցում, որը թույլատրված է ծրագրի կողմից: Ձեր ծախսը կկազմի այն ծախսաբաժինը, որը դուք կվճարեիք ցանցային հիվանդանոցում: Կիրառվում է ծրագրի առավելագույն չափը: Դուք կարող եք պահանջ ներկայացնել ԱՄՆ-ից դուրս ստացված արտակարգ վիճակների/անհետաձգելի օգնության փոխհատուցման համար: Այս նպաստի համար ծրագրում կիրառվում է առավելագույնը $10000 յուրաքանչյուր օրացուցային տարվա համար:

E. Մեր ծրագրից դուրս ծածկված առավելությունները նպաստներ

Մենք չենք ապահովագրում հետևյալ ծառայությունները, սակայն դրանք հասանելի են Original Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի վճարովի ծառայության միջոցով:

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

California-ի 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-ի համայնքային անցումների ծրագրի դրամական միջոցների անցումային համակարգման ծառայություններ, նախաանցումային և 365 օրվա համար հետանցումային շրջանում, օգնելու շահառուներին վերադառնալ համայնք:

Նախափոխադրման ժամանակահատվածի ընթացքում կատարվող ծառայությունները կարող եք ստանալ ցանկացած CCT-ի առաջատար կազմակերպությունից, որը համագործակցում է Ձեր վարչաշրջանը սպասարկող բաժանմունքի հետ: CCT-ի առաջատար կազմակերպությունների և սպասարկվող վարչաշրջանների ցանկը կարող եք գտնել Առողջապահական ծառայությունների նախարարության կայքում՝ www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT:

CCT փոխանցումների կոորդինացման ծառայությունների համար.

Medi-Cal կվճարի անցումային ծառայությունների համակարգման համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Ձեր California-ի համայնքային անցումների անցմանը չվերաբերող ծառայություններ.

Մատակարարը հաշիվ կներկայացնի Medicare-ին Ձեր ծառայությունների համար: Մեր ծրագիրը վճարում է Ձեր անցումից հետո մատուցվող ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Մինչև CCT անցումային համակարգման ծառայությունները ստանում ենք, մենք վճարում ենք ծառայությունների համար, որոնք նշված են Բաժնի D-ի Նպաստների գծապատկերում:

Դեղերի փոխհատուցման նպաստի փոփոխություն չկա

Դեղերը **չեն** ապահովագրվում CCT ծրագրով: Դուք շարունակում եք ստանալ Ձեր սովորական դեղի նպաստը մեր ծրագրի միջոցով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 5-ը:

Նշում. Եթե ձեզ անհրաժեշտ է CCT-ի հետ չկապակցված՝ անցումային բուժ. խնամք, զանգահարեք ձեր գործերը վարող անձին կամ Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, տեղական ժամանակով> ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ CCT անցումային խնամքն այն բուժսպասարկումն է, որը չի վերաբերում Ձեր անցմանը հաստատությունից:

E2. Medi-Cal-ի ատամնաբուժական ծրագիր

Որոշակի ատամնաբուժական ծառայություններ հասանելի են Medi-Cal Dental Program ծրագրի միջոցով, ներառում է, բայց չի սահմանափակվում դրանով, ինչպիսիք են՝

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

Ատամնաբուժական նպաստները Medi-Cal Dental Program-ում վճարովի են: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, կամ, եթե ցանկանում եք գտնել ատամնաբույժ, որն ընդունում է Medi-Cal Dental Program, խնդրում ենք զանգահարել սպասարկման բաժին 1-800-322-6384 հեռախոսահամարով (TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2922): Զանգն անվճար է: Medi-Cal Dental Program-ի ներկայացուցիչները հասանելի են Ձեզ օգնելու համար՝ ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել dental.dhcs.ca.gov/ կայքը:

Ի լրումն Medi-Cal Dental ծրագրի վճարովի ծառայությանը՝ Դուք կարող եք ստանալ ատամնաբուժական նպաստներ ատամնաբուժական ծառայությունների կարգավորվող բժշկական սպասարկման ծրագրի միջոցով: Ատամնաբուժական ծառայությունների կարգավորվող բժշկական սպասարկման ծրագրերը գործում են Los Angeles վարչական շրջանում: Եթե ցանկանում եք ստանալ լրացուցիչ տեղեկություն ատամնաբուժական պլանների վերաբերյալ, անհրաժեշտ է օգնություն Ձեր ատամնաբուժական ծրագիրը որոշելու, կամ ցանկանում եք փոխել Ձեր ատամնաբուժական ծրագրերը՝ կապվեք Health Care Options հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-430-4263 (TTY՝ 1-800-430-7077), երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը Զանգն անվճար է:

Նշում. Մեր ծրագիրն առաջարկում է լրացուցիչ ատամնաբուժական ծառայություններ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին D-ի** Նպաստներների աղյուսակը:

E3. Անբուժելի հիվանդների խնամք՝ հոսպիս

Դուք իրավունք ունեք ընտրել անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատությունը, եթե Ձեր մատակարարը և անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության բժշկական տնօրենը որոշում են, որ Դուք անբուժելի կանխատեսում ունեք: Դա նշանակում է, որ Դուք ունեք մահացու հիվանդություն, և ձեզ մնացել է ապրելու վեց կամ ավելի քիչ ամիսներ: Դուք կարող եք խնամք ստանալ Medicare-ով վկայագրված ցանկացած անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության ծրագրից: Ծրագիրը պետք է օգնի Ձեզ գտնել Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսփիսային բուժսպասարկման ծրագրեր: Անբուժելի հիվանդների բուժսպասարկող բժիշկը կարող է լինել ինչպես ցանցային, այնպես էլ ոչ-ցանցային մատակարար:

Վճարումների վերաբերյալ Ձեր կողմից ստացվող հոսպիսային ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք այս գլխի Բաժին D-ի Նպաստների աղյուսակը:

Medicare-ի Մաս A-ի կամ B-ի կողմից անբուժելի հիվանդների ծառայությունների ֆ փոխհատուցվող 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 Մաս A-ով կամ Մաս B-ով ապահովագրված ծառայությունների համար, որոնք չեն վերաբերվում Ձեր մահացու կանխատեսմանը (բացի շտապ օգնության կամ հրատապ անհրաժեշտ խնամքից).

- Մատակարարը հաշիվ կներկայացնի Medicare-ին Ձեր ծառայությունների համար: Medicare-ը կվճարի Medicare Մաս A-ով կամ Մաս B-ով որևէ ապահովագրված ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Այն դեղերի համար, որոնք կարող են փոխհատուցել մեր ծրագրի Medicare Մաս D-ի նպաստներով:

- Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ անբուժելի հիվանդների ծրագրով և մեր ծրագրով: *Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Ձեր* Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 5-ը:

Նշում. Եթե ձեզ անհրաժեշտ է ոչ հոսպիսային խնամք, Դուք պետք է զանգահարեք գործի կառավարչին կամ Անդամների սպասարկմանկենտրոն՝ <(855) 665-4627, TTY: 711, շաբաթական 7 օր, ժամը՝ 8 a.m 8 p.m.-ը, տեղական ժամանակով> ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ հոսպիսային հիվանդների բուժսպասարկումն այն բուժսպասարկումն է, որը չի վերաբերում Ձեր անբուժելի վիճակի կանխատեսումներին:

F. Նպաստներ, որոնք չեն փոխհատուցվում մեր ծրագրի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից

Այս բաժինը ձեզ պատմում է մեր ծրագրի կողմից բացառված նպաստների մասին: «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 *Անդամի ձեռնարկում* որևէ այլ տեղ) նշված բացառվող բժշկական նպաստների համար, բացառությամբ ստորև նշված հատուկ պայմանների: Նույնիսկ եթե Դուք ծառայություններ եք ստանում շտապ օգնության հաստատությունում, ծրագիրը չի վճարի ծառայությունների համար: Եթե Դուք կարծում եք, որ մենք պետք է վճարենք չփոխհատուցվող ծառայության համար, կարող եք բողոքարկել: Բողոքարկելու վերաբերյալ հավելյալ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 9-ը*:

Ի հավելումն Նպաստների աղյուսակում նկարագրված ցանկացած բացառումների կամ սահմանափակումների՝ մեր ծրագիրը չի ներառում հետևյալ կետերն ու ծառայությունները.

- Ծառայությունները, որոնք համարվում են ոչ «ողջամիտ և բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ»՝ համաձայն Medicare-ի և Medi-Cal-ի ստանդարտների, եթե դրանք չնշենք որպես ապահովագրված ծառայություններ:
- Փորձարարական բժշկական և վիրաբուժական բուժում, պարագաներ և դեղամիջոցներ, եթե դրանք Medicare-ի կողմից անցկացվող կամ Medicare-ի կողմից հաստատված կամ մեր ծրագրի կողմից փոխհատուցվող կլինիկական հետազոտությունների շրջանակում չեն: Տե՛ս **Գլուխ 3-ը** Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* էջ 44-ում՝ կլինիկական հետազոտությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Փորձարարական բուժումները և պարագաները՝ դա նրանք են, որոնք բժշկական միության կողմից ընդհանուր ճանաչում ստացած չեն:
- 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:
- Անձնական հերթապահ բուժքույրեր:
- Հիվանդանոցի կամ բուժքույրական խնամքի հաստատության սենյակում գտնվող Ձեր անձնական իրերը, ինչպես հեռախոսը կամ հեռուստացույցը:
- Լրիվ դրույքով բուժքույրական խնամք ձեր տանը:
- Ձեր մոտիկ բարեկամների կամ տան անդամների կողմից գանձված վարձերը:
- Ընտրովի կամ կամավոր բարելավման ընթացակարգեր կամ ծառայություններ (ներառյալ՝ քաշի կորուստ, մազերի երկարացում, սեռական ունակություններ, մարզական ունակություններ, կոսմետիկ նպատակներ, հակածերացման ու մտավոր ունակություններ), բացի բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ դեպքերից:

- Գեղարարական վիրաբուժություն կամ ընթացակարգեր, եթե միայն անհրաժեշտ չեն պատահական վնասվածքի կամ մարմնի որևէ մասի տձևությունն ուղղելու նպատակ: Այնուամենայնիվ, մենք կվճարենք կրծքի վերականգնման համար կրծքագեղձի հեռացումից հետո, ինչպես նաև մյուս կրծքի մշակման համար դրանց համապատասխանությունն ապահովելու նպատակով:
- Բեկաբուժական խնամք, բացի ողնաշարի՝ ձեռքով արվող մանիպուլյացիաներից՝ ըստ ապահովագրության ուղեցույցների:
- 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 կեռատոտոմիա, LASIK վիրաբուժություն և վատ տեսողության այլ աջակցություններ:
- Մանրէազերծման ընթացակարգերի ամբողջական փոփոխում և առանց դեղատոմսի հակաբեղմնավորիչ միջոցներ:
- 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 ծրագրի շրջանակում, ապա մենք կփոխհատուցենք վետերանին տարբերությունը: Դուք պատասխանատու եք Ձեր ծախսերի բաշխման գումարների համար:

Գլուխ 5. Ստանալ Ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերը

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 դեղեր, որոնք ապահովագրված են Medicare Մաս D-ով և Medi-Cal-ով: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները հայտնվում են այբբենական կարգով Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Մենք նույնպես փոխհատուցում ենք հետևյալ դեղերի համար, սակայն դրանք չեն քննարկվի այս գլխում՝

- **Դեղեր, որոնք ապահովագրված են Medicare Մաս A-ով:** Դրանք սովորաբար ներառում են դեղեր, որոնք ձեզ տրվել են հիվանդանոցում կամ բուժքույրական հաստատությունում գտնվելու ժամանակ:
- **Դեղեր, որոնք ապահովագրված են Medicare Մաս B-ով:** 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 փոխհատուցվող դեղերի վերաբերյալ հավելյալ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք Ձեր Անդամի ձեռնարկի **Գլուխ 4-ում** ներկայացված Նպաստների աղյուսակը:

Մեր ծրագրի ամբուլատոր դեղորայքային փոխհատուցման կանոններ

Մենք, որպես կանոն, կփոխհատուցենք Ձեր դեղերը այնքան ժամանակ, որքան Դուք կհետևեք այս բաժնում նշված կանոններին:

1. Ձեզ անհրաժեշտ է բժիշկ կամ այլ մատակարար Ձեր դեղատոմսը գրելու համար, որը պետք է վավեր լինի՝ գործող նահանգի օրենսդրությանը համաձայն: Այս անձը հաճախ Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարն (PCP) է: Այն կարող է նաև լինել այլ մատակարար, եթե Ձեր PCP-ն ուղեգրել է ձեզ նրա մոտ բուժսպասարկման:
2. Ձեր նշանակողը չպետք է լինի Medicare-ի բացառման կամ արգելման ցուցակներում:
3. Ձեր դեղատոմսը լցնելու համար Դուք պետք է այցելեք ցանցի դեղատուն:
4. Ձեր դեղատոմսով դեղը պետք է լինի ծրագրի *Փոխհատուցվող դեղերի ցուցակ*: Մենք հակիրճ անվանում ենք այն «Դեղերի ցուցակ»:
   - Եթե այն նշված չէ Դեղերի ցուցակում, մենք հնարավոր է կարողանանք փոխհատուցել այն՝ բացառություն անելով ձեզ համար:
   - Բացառության համար դիմելու վերաբերյալ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք Գլուխ 9:
   - Խնդրում ենք նաև նկատի ունենալ, որ Ձեր կողմից նշանակված դեղը ապահովագրելու հարցումը կգնահատվի և՛ Medicare-ի, և՛ Medi-Cal ստանդարտների համաձայն:
5. 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: Ձեր բժիշկը կարող է օգնել ձեզ բացահայտել բժշկական տեղեկանքները, որոնք կաջակցեն նշանակված դեղամիջոցի պահանջվող օգտագործմանը:

Բովանդակություն

A. Ձեր դեղատոմսերի լցնումը ... 109
A1. Ձեր դեղատոմսով դեղի համալրումը ցանցային դեղատանը ... 109
A2. Ձեր ծրագրի ID անդամաքարտի կիրառումը, երբ դեղատոմսով դեղ եք ստանում ... 109
A3. Ինչ անել, եթե փոխադրվել եք մեկ այլ ցանցային դեղատուն ... 109
A4. Ինչ անել, եթե Ձեր դեղատունը դուրս է գալիս ցանցից ... 109
A5. Մասնագիտացված դեղատնից օգտվելը ... 110
A6. Փոստային պատվերով ծառայություն՝ Ձեր դեղը ստանալու համար ... 110
A7. Դեղերի երկարատև պաշարի ստացումը ... 111
A8. Օգտվել դեղատնից, որը ծրագրի ցանցում գրանցված չէ ... 112
A9. Ձեզ փոխհատուցում է, եթե վճարել եք դեղատոմսի համար ... 112
B. Մեր ծրագրի Դեղերի ցուցակը ... 112
B1. Դեղերի ցուցակում ներառված դեղերը ... 112
B2. Ինչպես գտնել դեղը Դեղերի ցուցակում ... 113
B3. Դեղերի ցուցակում ներառված դեղերը ... 113
B4. Ծախսերի բաշխման մակարդակները ըստ Դեղերի ցանկի ... 114
C. Որոշ դեղերի սահմանափակումներ ... 115
D. Ինչու կարող է չապահովագրվել Ձեր դեղը ... 116
D1. Ժամանակավոր դեղապաշարի ստացում ... 116
E. Ձեր դեղերի ապահովագրության փոփոխությունները ... 118
F. Դեղի ապահովագրություն հատուկ դեպքերում ... 120
F1. Հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում մնալու համար, որն ընդգրկում է մեր ծրագիրը ... 120
F2. Գտնվում եք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում ... 120
F3. Medicare-ի կողմից վկայագրված անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության ծրագրում եք ... 121
G. Դեղերի ապահովության և դեղորայքի տնօրինման մասին ծրագրեր ... 121
G1. Դեղերն անվտանգ ընդունելու աջակցման ծրագրեր մասնակիների համար ... 121
G2. Ծրագրեր, որոնք կօգնեն ձեզ կառավարել Ձեր դեղերը ... 121
G3. Թմրամիջոցների կառավարման ծրագիր ափիոնային դեղամիջոցների անվտանգ օգտագործման համար ... 122

A. Ձեր դեղատոմսերի լցնումը

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 ծրագրի անդամներին դեղատոմսով դեղ տրամադրել: Դուք կարող եք օգտվել մեր ցանցային դեղատներից յուրաքանչյուրից:

Ցանցային նոր դեղատուն կարող եք փնտրել *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի մեջ*, այցելել մեր վեբ կայքը կամ կապվել Անդամների սպասարկման կենտրոնի կամ Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձի հետ:

A2. Ձեր ծրագրի 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 փոխհատուցվող դեղատոմսով դեղերի համար:

Հիշեք, որ ձեզ անհրաժեշտ է Ձեր Medi-Cal քարտը կամ Նպաստների նույնականացման քարտը (BIC)՝ Medi-Cal Rx ապահովագրված դեղերը մուտք գործելու համար:

Եթե Ձեր ծրագրի 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: Կարող եք դիմել մեզ փոխհատուցում տրամադրելու խնդրանքով: **Եթե Դուք չեք կարող վճարել դեղամիջոցի համար, նահանգային ֆ դաշնային օրենքը թույլ է տալիս դեղատանը 72 ժամից ոչ պակաս անհրաժեշտ դեղատոմս տալ արտակարգ իրավիճակների դեպքում: Անմիջապես զանգահարեք Անդամների սպասարկմանկենտրոն**: Մենք կանենք հնարավորին բան ձեզ օգնելու համար:

- Մեզանից փոխհատուցում խնդրելու համար անցեք Ձեր ***Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 7-ը**
- Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն դեղատոմսով դեղ ստանալու համար, կարող եք կապվել Անդամների սպասարկման կենտրոնի կամ Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձի 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, որպեսզի 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 Անդամների սպասարկման կենտրոնի հետ:

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

Եթե այն դեղատունը, որից Դուք օգտվում եք, դուրս գա ծրագրի 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 Անդամների սպասարկման կենտրոնի կամ Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձի 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 բուժսպասաչկման 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 Անդամների սպասարկման կենտրոնի 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 դեղեր են տրամադրում, որոնք FDA-ի կողմից սահմանափակված են որոշակի վայրերում կամ որոնք պահանջում են հատուկ մշակում, մատակարարի համակարգում կամ դրանց օգտագործման վերաբերյալ կրթություն: (Նշում. Այս սցենարը պետք է տեղի ունենա հազվադեպ:)

Ցանցային մասնագիտացված դեղատուն գտնելու համար Դուք կարող եք փնտրել այն *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի մեջ*, այցելել մեր վեբ կայքը կամ կապվել Անդամների սպասարկման կենտրոնի կամ Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձի հետ:

A6. Փոստային պատվերով ծառայություն՝ Ձեր դեղը ստանալու համար

Որոշակի տեսակի դեղերի համար Դուք կարող եք օգտագործել ծրագրի 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 ծրագրի փոստային պատվերների ծառայության միջոցով, մեր Դեղերի ցուցակում նշված են **NM** նշանով:

Մեր ծրագրի փոստային պատվերների ծառայությունը թույլ է տալիս ձեզ պատվիրել դեղի առնվազն 31 օրվա և առավելագույնը 90 օրվա պաշար: 90 օրվա պաշարի համար կիրառվում է նույն համավճարը, ինչպես մեկ ամսվա պաշարի համար:

Դեղատոմսով դեղապաշարի համալրումը փոստով

Պատվերի ձևերը և փոստով Ձեր դեղատոմսով դեղը ստանալու վերաբերյալ տեղեկության համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ <(855) 665-4627, TTY: 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով> կամ այցելեք <www.MolinaHealthcare.com/Duals>:

Սովորաբար, փոստային պատվերով դեղատոմսով դեղը ժամանում է 14 օրվա ընթացքում: Խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն Ձեր դեղատոմսով դեղի ժամանակավոր մատակարարման ստանալու հետ կապված աջակցություն ստանալու նպատակով՝ <(855) 665-4627, TTY: 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-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 ձեզանից**

   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 ցանկանում եք 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:
   - Ամեն անգամ պատասխանեք, երբ ձեզ հետ կապ է հաստատում դեղատունը, որպեսզի իմանան, թե ինչ պետք է անել նոր դեղատոմսի հետ և կանխել ցանկացած ձգձգում առաքման հետ կապված:

3. **Ինչպես ստանալ փոստային պատվիրման դեղատոմսով դեղերը**

   Եթե Դուք չեք ցանկանում օգտվել մեր համալրման ծրագրից, խնդրում ենք կապվել Ձեր դեղատան հետ 14 օր առաջ մինչև Ձեր ընթացիկ դեղատոմսերը կվերջանան և նոր պատվերը կառաքվի ժամանակին: Եթե դժվարություններ ունեք և օգնության կարիք ունեք, կապվեք ձեր գործերը վարող անձի հետ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711:

Տեղեկացրեք դեղատանը ձեզ հետ կապվելու լավագույն ուղիները, որպեսզի նրանք կարողանան կապ հաստատել ձեզ հետ՝ առաքելուց առաջ Ձեր պատվերը հաստատելու համար: 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 ծրագրի Դեղերի ցուցակում 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 պաշարի համար կիրառվում է նույն համավճարը, ինչպես մեկ ամսվա պաշարի համար: *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն* տեղեկացնում է ձեզ, որ դեղատները կարող են տրամադրել ձեզ պահպանիչ դեղերի երկարատև պաշար: Դուք նաև կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:

Որոշակի տեսակի պահպանիչ դեղերի երկարատև պաշարը ստանալու համար, կարող եք օգտվել ծրագրի ցանցի փոստային պատվերի ծառայություններից: կարդացեք **Բաժին A6** և ծանոթացեք փոստային պատվերի ծառայություններին:

A8. Օգտվել դեղատնից, որը ծրագրի 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 ծրագրի 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 սկզբում ճշտեք Անդամների սպասարկման կենտրոնից, և պարզեք՝ արդյոք մոտակայքում գոյություն ունի որևէ ցանցային դեղատուն:

A9. Ձեզ փոխհատուցում է, եթե վճարել եք դեղատոմսի համար

Ոչ-ցանցային դեղատնից օգտվելու դեպքում, Դուք սովորաբար պետք է վճարեք Ձեր դեղատոմսով դեղի ամբողջ արժեքը: Կարող եք մեզ խնդրել ձեզ հետ վճարել:

Եթե Դուք վճարում եք Ձեր դեղատոմսի ամբողջ արժեքը, որը կարող է ծածկվել Medi-Cal Rx-ի կողմից, Դուք կարող եք դեղատան կողմից փոխհատուցվել, երբ Medi-Cal Rx-ը վճարի դեղատոմսի համար: Որպես այլընտրանք՝ կարող եք խնդրել Medi-Cal Rx-ին փոխհատուցել ձեզ՝ ներկայացնելով «Medi-Cal-ի գրպանից ծախսերի փոխհատուցում (Conlan)» հայցը: Լրացուցիչ տեղեկություններ կարելի է գտնել Medi-Cal Rx կայքում՝ medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/:

Սրա վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք՝ Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 7-ը*:

B. Մեր ծրագրի Դեղերի ցուցակը

Մենք ունենք *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ:* Մենք հակիրճ անվանում ենք այն «Դեղերի ցուցակ»:

Մենք ընտրում ենք Դեղերի ցուցակի դեղերը բժիշկների և դեղագործների թիմի օգնությամբ: Դեղերի ցուցակը նաև տեղեկացնում է ձեզ, արդյոք գոյություն ունեն որևէ կանոններ, որոնց պետք է հետևեք Ձեր դեղերը ստանալու համար:

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

B1. Դեղերի ցուցակում ներառված դեղերը

Մեր Դեղերի ցուցակը ներառում է դեղեր, որոնք ապահովագրված են Medicare-ով:

Դեղատոմսով դեղերի մեծ մասը, որոնք ստանում եք դեղատնից, ապահովագրված են Ձեր ծրագրի կողմից: Այլ դեղամիջոցներ, ինչպիսիք են՝ որոշ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր և որոշ վիտամիններ,

կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք այցելեք Medi-Cal Rx կայքը՝(medi-calrx.dhcs.ca.gov/): Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 800-977-2273 հեռախոսահամարով: Խնդրում ենք բերել Ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC) Medi-Cal Rx-ի միջոցով Ձեր դեղատոմսերը ստանալու ժամանակ:

Մեր Դեղերի ցանկը ներառում է ապրանքանիշային դեղեր, ջեներիկ դեղեր և կենսահամանման դեղամիջոցներ:

Ապրանքանիշային անվանումով դեղը հանդիսանում է դեղատոմսային դեղ, որը վաճառվում է ապրանքային նշանով, որը պատկանում է դեղ արտադրողին: Ապրանքանիշային անվանումով դեղերը, որոնք ավելի բարդ են, քան բնորոշ դեղամիջոցները (օրինակ, դեղամիջոցները, որոնք հիմնված են սպիտակուցի վրա), կոչվում են կենսաբանական արտադրանք: Մեր Դեղերի ցուցակում, երբ մենք վերաբերում ենք «դեղերին», սա կարող է նշանակել դեղ կամ կենսաբանական արտադրանք:

Ջեներիկ և ապրանքանիշային դեղերն ունեն միևնույն ակտիվ բաղադրիչները: Քանի որ կենսաբանական դեղամիջոցներն ավելի բարդ են, քան տիպիկ դեղերը, դրանք ջեներիկ ձևի փոխարեն ունեն այլընտրանքային ձևեր, որոնք կոչվում են կենսահամանման դեղամիջոցներ: Ընդհանրապես, ջեներիկ դեղերը և կենսահամանման դեղամիջոցները նույնքան լավ են ներգործում, որքան ապրանքանիշային դեղերը կամ կենսաբանական դեղամիջոցները և սովորաբար դրանց գինն ավելի ցածր է: Կան ջեներիկ դեղերի փոխարինիչներ կամ կենսահամանման այլընտրանքներ, որոնք հասանելի են ապրանքանիշային բազմաթիվ դեղերի և որոշ կենսաբանական դեղամիջոցների համար: Խոսեք ձեր մատակարարի հետ, եթե հարցեր ունեք այն մասին, թե արդյոք ջեներիկ կամ ապրանքանիշային դեղամիջոցը կբավարարի ձեր կարիքները:

Մեր պլանն ապահովագրում է նաև որոշ առանց դեղատոմսի դեղեր և ապրանքներ: Ոչ դեղատոմսով 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 ցուցակում

Պարզելու համար, արդյոք Ձեր ընդունած դեղը ներառված է Դեղերի ցուցակում, Դուք կարող եք՝

- Ստուգել Դեղերի ցուցակի ամենա վերջին տարբերակը, որը մենք ուղարկել ենք ձեզ փոստով:
- Այցելել ծրագրի վեբ կայքը՝ www.MolinaHealthcare.com/Duals հասցեով: Վեբ կայքում գտնվող Դեղերի ցուցակը միշտ ներկայացված է ամենա վերջին տարբերակով:
- Զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն, և պարզել, արդյոք դեղը ներառված է Դեղերի ցուցակում, կամ պահանջել ցանկի պատճենը:
- Դեղամիջոցները, որոնք չեն ապահովագրվում Մաս D-ով, կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք այցելեք Medi-Cal Rx կայքը՝ (medi-calrx.dhcs.ca.gov/):

B3. Դեղերի ցուցակում ներառված դեղերը

Մենք չենք փոխհատուցում բոլոր դեղատոմսով դեղերը: Որոշ դեղեր չեն մտնում Դեղերի ցուցակի մեջ, քանի որ օրենքը թույլ չի տալիս, որպեսզի մենք փոխհատուցենք այդ դեղերի համար: Այլ դեպքերում մենք որոշել ենք չներառել դեղը Դեղերի ցուցակի մեջ: Եթե դեղատոմս է տրվել, որը մեր Դեղերի ցուցակում չէ, Ձեր դեղատոմսով դեղերի կարիքները միշտ կգնահատվեն մեր ծրագրի ապահովագրության քաղաքականության, ինչպես նաև Medicare-ի ապահովագրման կանոնների համաձայն:

Մեր ծրագիրը չի վճարի այս բաժնում նշված դեղերի համար: Սրանք 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 վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար, տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը:**

Ահա երեք ընդհանուր կանոններ բացառված դեղերի համար՝

1. Մեր ծրագրի ամբուլատոր դեղերի ապահովագրությունը (որը ներառում է Մաս D-ն) չի կարող վճարել դեղամիջոցի համար, որը Medicare-ի Մաս A-ը կամ Մաս B-ն արդեն ծածկում է: Մեր ծրագիրն անվճար ապահովագրում է Medicare-ի Մաս A-ի կամ Մաս B-ի ներքո փոխհատուցվող դեղերը, սակայն այդ դեղերը չեն համարվում Ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի նպաստների մաս:
2. Մեր ծրագիրը չի կարող փոխհատուցել ԱՄՆ-ից և դրա տարածքներից դուրս գնված դեղի համար:
3. Դեղի կիրառումը՝ որպես Ձեր հիվանդության բուժման միջոց, պետք է հաստատվի ինչպես Մթերային ապրանքների և դեղերի որակի վերահսկման 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: Սա կոչվում է «առանց պիտակի օգտագործում»: Մեր ծրագիրը սովորաբար չի ներառում այն դեղերը, որոնք նախատեսված են պիտակավորված օգտագործման համար:

Նաև, օրենքով, Medicare-ը կամ Medi-Cal-ը չեն կարող ծածկել ստորև թվարկված դեղերի տեսակները:

- 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 դեղամիջոցներ, որոնք արտադրվել են մի ընկերության կողմից, որն ասում է, որ Դուք պետք է թեստեր կամ ծառայություններ կատարեք միայն նրանց կողմից

B4. Ծախսերի բաշխման մակարդակները ըստ Դեղերի ցանկի

Մեր Դեղերի ցուցակում եղած յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է հինգ (5) աստիճաններից մեկում: Աստիճան՝ դա հիմնականում նույն տեսակի դեղերի խումբ է (օրինակ՝ ապրանքանիշային անվանումով, ջեներիկ, կամ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր): Ընդհանուր առմամբ, որքան բարձր է ծախսերի բաշխման մակարդակը, այնքան ավելի բարձր է ձեր դեղի արժեքը:

- Աստիճան 1 - Նախընտրելի ջեներիկ (ծախսերի ամենացածր մասնաբաժինը)
- Աստիճան 2 - Ջեներիկ
- Աստիճան 3 - Նախընտրելի դեղ
- Աստիճան 4 - Չնախընտրելի դեղ
- Աստիճան 5 - Մասնագիտությունների մակարդակ (ծախսերի ամենաբարձր մասնաբաժինը)

Պարզելու համար, ծախսերի որ աստիճանում է գտնվում Ձեր դեղը, փնտրեք այն մեր Դեղերի ցուցակում:

Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 6-ում նշված է այն գումարը, որը Դուք վճարում եք յուրաքանչյուր աստիճանի դեղերի համար:

C. Որոշ դեղերի սահմանափակումներ

Որոշակի դեղատոմսով դեղերի համար հատուկ կանոններով գործում են սահմանափակումներ ծրագրի 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 կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 9-ը:

Նախնական հաստատումը (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 կողմից հաստատված որոշակի դեղեր, որոնք պետք է ընդունել ամեն օր, կարող են ունենալ քանակական սահմանափակում, 30 հատ՝ 30 օրվա համար:

B vs. D- Որոշ դեղեր կախված հանգամանքներից կարող են փոխհատուցվել Medicare Մաս D-ով կամ B-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 փոխհատուցվող դեղեր, որոնք ցուցված են նույն հիվանդության համար, չեն ներազդի Ձեր դեպքում, ապա այդ դեպքում մենք կփոխհատուցենք ապրանքանիշային անվանումով դեղի համար:

2. **Նախապես ստանալ ծրագրի հավանություն**

   Որոշ դեղերի համար Դուք կամ Ձեր բժիշկը պետք է հավանություն ստանաք նախքան Ձեր դեղատոմսով դեղը ստանալը: Եթե Դուք չստանաք հավանություն, մենք հնարավոր է չփոխհատուցենք 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 աշխատում ձեզ մոտ, ապա մենք ապահովագրում ենք 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 քանակի 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 ցուցակը: Ամենաթարմ տեղեկատվության համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ ստուգեք մեր վեբ կայքը՝ www.MolinaHealthcare.com/Duals. Եթե համաձայն չեք մեր ապահովագրության կամ բացառության հայցի որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել: Այս մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես 9-րդ գլխի E բաժինը:

D. Ինչու կարող է չապահովագրվել Ձեր դեղը

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

- Մեր ծրագիրը չի ներառում այն դեղը, որը Դուք ցանկանում եք ընդունել: Դեղը կարող է չլինել մեր Դեղերի ցուցակում: Մենք կարող ենք ծածկել դեղամիջոցի ջեներիկ տարբերակը, բայց ոչ այն ապրանքանիշային տարբերակը, որը ցանկանում եք ընդունել: Դեղը հնարավոր է նոր լինի և մենք հասցրած չլինենք ստուգել դրա անվտանգությունը և արդյունավետությունը:
- Մեր ծրագիրն ընդգրկում է դեղը, սակայն կան հատուկ կանոններ կամ սահմանափակումներ դեղի ապահովագրման համար: Ինչպես բացատրվում է վերոնշյալ բաժնում, մեր ծրագրի ապահովագրած 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:

Կան բաներ, որոնք Դուք կարող եք անել, եթե մենք չապահովագրենք դեղը այնպես, ինչպես Դուք եք ցանկանում, որ այն ապահովագրենք:

D1. Ժամանակավոր դեղապաշարի ստացում

Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք տրամադրել ձեզ դեղի ժամանակավոր պաշար, եթե այն ընդգրկված չէ Դեղերի ցուցակում 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 ցուցակի 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 մեր ծրագրում էիք անցած տարի:
  - Մենք կարող ենք ժամանակավոր բավարարել Ձեր դեղի համալրումը **օրացուցային տարվա առաջին 90 օրերի ընթացքում**:
  - Այս ժամանակավոր դեղապաշարի համալրումը կտևի մինչև 31 օր:
  - Եթե Ձեր դեղատոմսը գրված է ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ կտանք կատարել պաշարների բազմաթիվ համալրում, որպեսզի ապահովենք մինչև առավելագույնը դեղի 31 օրվա պաշարը: Դուք պետք է ստանաք դեղատոմսով դեղը ցանցի դեղատնից:
  - Երկարատև խնամքի դեղատները կարող են տրամադրել դեղատոմսով դեղը փոքր քանակությամբ՝ կորուստներից խուսափելու համար:
- Դուք նոր եք միացել մեր ծրագրին:
  - Մենք կփոխհատուցենք Ձեր դեղի պաշարը **մեր ծրագրում գտնվելու Ձեր անդամակցության առաջին 90 օրերի ընթացքում:**
  - Այս ժամանակավոր դեղապաշարի համալրումը կտևի մինչև 31 օր:
  - Եթե Ձեր դեղատոմսը գրված է ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ կտանք կատարել պաշարների բազմաթիվ համալրում, որպեսզի ապահովենք մինչև առավելագույնը դեղի 31 օրվա պաշարը: Դուք պետք է ստանաք դեղատոմսով դեղը ցանցի դեղատնից:
  - Երկարատև խնամքի դեղատները կարող են տրամադրել դեղատոմսով դեղը փոքր քանակությամբ՝ կորուստներից խուսափելու համար:
- Դուք գտնվում եք ծրագրում 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 պաշարի:
  - 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 Անդամների սպասարկման կենտրոն:

Երբ Դուք ստանում եք դեղի ժամանակավոր պաշար, Դուք պետք է խորհրդակցեք Ձեր մատակարարի հետ հնարավորինս շուտ, որպեսզի որոշեք՝ ինչ անել, երբ Ձեր ժամանակավոր պաշարն ավարտվի: Ահա Ձեր ընտրության հնարավորությունները՝

- Փոխել մեկ այլ դեղամիջոցի:

  Մեր ծրագիրը կարող է ներառել մեկ այլ դեղամիջոց, որն աշխատում է ձեզ համար: Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման կենտրոն և խնդրել այն Փոխհատուցվող Դեղերի ցուցակը, որոնք ցուցված են նույն հիվանդության համար: Ցանկը կարող է օգնել Ձեր մատակարարին գտնելու այն դեղը, որը ձեզ կօգնի:

  ԿԱՄ

- Բացառություն խնդրեք:

  Դուք և Ձեր մատակարարը կարող եք խնդրել մեզ բացառություն անել: Օրինակ, Դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխհատուցել դեղը նույնիսկ, եթե այն չի մտնում Դեղերի ցուցակի մեջ: Կամ 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 ցուցակից 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: Խնդրեք մեզ բացառություն անել և հաջորդ տարի ապահովագրել դեղը այնպես, ինչպես կցանկանաք:
- Մենք պատասխանում ենք բացառություն ստանալու Ձեր հայտին՝ Ձեր հայտը (կամ Ձեր դեղատոմս դուրս գրողի հիմնավորող գրությունը) ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:

Բացառություն հայցելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 9-ը:

Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն բացառություն հայցելու հարցում, դուք կարող եք կապվել Անդամների սպասարկման բաժնի կամ ձեր գործերը վարող անձի հետ: Եթե համաձայն չեք մեր ապահովագրության կամ բացառության խնդրանքի որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել (Այս մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Գլուխ 9-ի E բաժինը):

E. Ձեր դեղերի ապահովագրության փոփոխությունները

Դեղերի ապահովագրության մեջ շատ փոփոխություններ կատարվում են հունվարի 1-ին, սակայն մենք Դեղերի ցուցակում կարող ենք ավելացնել կամ հանել դեղերը տարվա ընթացքում: Մենք նաև կարող ենք փոխել դեղերի վրա կիրառվող մեր կանոնները: Օրինակ, մենք կարող ենք՝

- Որոշել՝ պահանջել կամ չպահանջել նախնական համաձայնություն դեղի համար: (Նախնական հաստատումը Molina Medicare Complete Care Plus-ի թույլտվությունն է՝ նախքան դեղ ստանալը:)
- Ավելացնել կամ փոփոխել դեղերի քանակը, որը Դուք կարող եք ստանալ (քանակական սահմանափակումներ):
- (Ավելացնել կամ փոփոխել փուլային բուժման սահմանափակումները): (Դուք պետք է փորձեք մի դեղորայք, նախքան մենք կապահովագրենք մեկ ուրիշը):

Այս դեղերի վերաբերյալ կանոնների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին C-ը**:

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 ցուցակի դեղը հիմա, **կամ**
- Մենք տեղեկանում ենք, որը դեղն անվտանգ չէ, **կամ**
- Դեղն այլևս հեռացված է շուկայից:

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

- Ստուգել մեր արդի Դեղերի ցուցակը առցանց՝ www.MolinaHealthcare.com/Medicare կամ
- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոնի էջի ներքևում գտնվող համարով՝ մեր ընթացիկ Դեղերի ցուցակը ստուգելու համար (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:

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

- **Մատչելի է դառնում նոր ջեներիկ դեղ:** Երբեմն, նոր ջեներիկ դեղ է ի հայտ գալիս, որն աշխատում է նույնպես, ինչպես Դեղերի ցուցակի որևէ այլ ապրանքանիշային դեղ: Երբ դա տեղի ունենա, մենք կհանենք ընթացիկ դեղը և կավելացնենք նոր ջեներիկ դեղը, սակայն ձեզ 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: Բացառության վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար, տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 9-ը:
- **Դեղը հանվում է շուկայից:** Եթե Մթերային ապրանքների և դեղերի որակի վերահսկման վարչությունը (FDA) հայտնում է, որ Ձեր կողմից ընդունվող դեղն անվտանգ չէ կամ դեղարտադրողը դեղը հանում է շուկայի շրջանառությունից, ապա մենք կհանենք այն Դեղերի ցուցակից: Եթե Դուք ընդունում եք դեղեր, ապա մենք ձեզ տեղեկացնում ենք: Ծանուցում ստանալու դեպքում կապվեք ձեզ բուժող բժշկի հետ:

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

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

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

Այս փոփոխությունների դեպքում, մենք՝

- կտեղեկացնենք ձեզ Դեղերի ցուցակից դեղի հեռացման մասին առնվազն 30 օր առաջ կամ երբ Դուք դիմեք Ձեր դեղը համալրելու համար**կամ**
- Մենք կտեղեկացնենք ձեզ և կտրամադրենք 31-օրվա պաշար, երբ Դուք դիմեք դեղը համալրելու համար:

Սա կտա ձեզ ժամանակ խոսել Ձեր մասնագետի հետ: Նրանք կարող են օգնել Ձեզ որոշել հետևյալ հարցերը՝

- Եթե Դեղերի ցուցակում կա նմանատիպ դեղ, կարող եք փոխարինել **կամ**
- Արդյոք պետք է բացառություն խնդրեք այս փոփոխություններից: Բացառություն հայցելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* 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 դեղը ցանկից կամ սահմանափակենք դրա օգտագործումը, փոփոխությունը չի ազդի ձեզ վրա մինչև տարվա վերջ:

F. Դեղի ապահովագրություն հատուկ դեպքերում

F1. Հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում մնալու համար, որն ընդգրկում է մեր ծրագիրը

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

F2. 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 Անդամների սպասարկման կենտրոնի հետ:

F3. Medicare-ի կողմից վկայագրված անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության ծրագրում եք

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

- Եթե անդամագրվել եք Medicare-ի անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատություն ու ձեզ ցավի, սրտխառնոցի, լուծողական կամ անհանգստության համար դեղ է հարկավոր, որը չի ապահովագրվում Ձեր անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության կողմից, քանի որ այն կապված չէ Ձեր մահացու կանխատեսման կամ դրան առնչվող վիճակների հետ: Այդ դեպքում մեր ծրագիրը պետք է ծանուցում ստանա դեղատոմս տվողից կամ Ձեր հոսփիս մատակարարողից, որ դեղը կապված չէ, նախքան մենք կարողանանք ապահովագրել դեղը:
- Այդ դեղերի ստացման ձգձգումները կանխելու համար, որոնք պետք է ընդգրկվեն մեր ծրագրում, 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 լքում եք հոսպիսը, ապա մեր ծրագիրը 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 լքել եք հոսպիսը: Տեսեք այս գլխի ավելի վաղ մասերը, որոնք պատմում են մեր ծրագրի ընդգրկած դեղերի մասին: կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 4-ը լրացուցիչ տեղեկություններ հոսփիսի նպաստի մասին:

G. Դեղերի ապահովության ֆ դեղորայքի տնօրինման մասին ծրագրեր

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. Ծրագրեր, որոնք կօգնեն ձեզ կառավարել Ձեր դեղերը

Դուք կարող եք դեղեր ընդունել տարբեր բժշկական պայմանների համար և/կամ գտնվում եք Դեղերի կառավարման ծրագրում, որպեսզի օգնեն ձեզ անվտանգ օգտագործել Ձեր օփիոիդային դեղամիջոցները: Նման դեպքում Դուք կարող եք իրավասու լինել ստանալ ծառայություններ, առանց ձեզ ծախսերի, դեղորայքային թերապիայի կառավարման (MTM) ծրագրի միջոցով: Այս ծրագիրը կարող է օգնել ձեզ ու Ձեր մատակարարին համոզվել, 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

Այնուհետև նրանք ձեզ կտան.

- Այս քննարկման գրավոր ամփոփագիրը. Ամփոփումն ունի դեղերի գործողությունների ծրագիրը, որն առաջարկում է, թե ինչ կարող եք Դուք անել, որպեսզի լավագույն օգուտը ստանաք Ձեր դեղերից:
- Անձնական դեղերի ցանկ, որը ներառում է Ձեր ընդունած բոլոր դեղերը և ինչու եք դրանք ընդունում:
- Տեղեկություններ դեղատոմսով դեղերի անվտանգ թափոնացման մասին, որոնք կառավարվող նյութեր են:

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 ծրագրի և Դեղերի ցանկի մասին:

- Բերեք Ձեր գործողությունների ծրագիրը 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 անդամների 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 Անդամների սպասարկման կենտրոնի կամ Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձի հետ:

G3. Թմրամիջոցների կառավարման ծրագիր ափիոնային դեղամիջոցների անվտանգ օգտագործման համար

Մեր ծրագիրն ունի ծրագրի տեսակ, որը կարող է օգնել անդամներին անվտանգ ընդունել իրենց դեղատոմսով ափիոնային դեղերը և այլ դեղամիջոցներ, որոնք հաճախ են չարաշահվում: Այս ծրագիրը կոչվում է Դեղի կառավարման ծրագիր (Drug Management Program, DMP):

Եթե Դուք օգտագործում եք ափիոնային դեղեր, որոնք ստանում եք տարբեր բժիշկներից կամ դեղատներից կամ եթե չարաշահել եք ափիոնը, 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 որոշենք, որ ափիոնի կամ բենզոդիազեպինի պարունակությամբ նշանակված դեղերի ընդունումը վտանգավոր է ձեզ համար, ապա մենք կարող ենք սահմանափակել Ձեր դեղամիջոցները ստանալու գործընթացը: Սահմանափակումները կարող են ներառել՝

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

Եթե մենք կարծում 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 հայտնելու ձեր նախընտրելի բժշկի կամ դեղատան ֆ ձեր կարծիքով այլ կարևոր տեղեկությունների մասին: Եթե Ձեր պատասխանից հետո մենք որոշենք սահմանափակել փոխհատուցումն այդ դեղամիջոցների համար, մենք կտեղեկացնենք սահմանափակումների մասին նամակով:

Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, և Դուք համաձայն չեք, որ ենթարկվում եք ռիսկի դեղատոմսով դեղերի սխալ օգտագործման պատճառով, կամ համաձայն չեք սահմանափակման հետ, ապա Դուք և Ձեր դեղատոմս դուրս գրողը կարող եք բողոքարկել: Եթե բողոքարկեք մեր որոշումը, մենք կդիտարկենք հայտը և կհայտնենք որոշման մասին: Եթե Դուք դարձյալ չհամաձայնեք այդ դեղամիջոցների նկատմամբ մեր սահմանափակումների հետ, մենք ավտոմատ կերպով կուղարկենք Ձեր դեպքը Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին (IRE): Բողոքարկման և Անկախ վերանայման կազմակերպության մասին ավելին իմանալու համար տե՛ս Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 9-ը:

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

- Ունեք որոշակի բժշկական վիճակ, օրինակ՝ քաղցկեղ կամ մանգաղային բջիջների հիվանդություն,
- Ստանում են հոսպիսային, պալիատիվ կամ կյանքի ավարտի խնամք, **կամ**
- Գտնվում եք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում:

Գլուխ 6. Որքան եք Դուք վճարում Ձեր Medicare ֊ Medi-Cal դեղատոմսով դեղերի համար

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացվում է այն մասին, թե որքան եք Դուք վճարում Ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի համար: «Դեղեր» ասելով՝ մենք ի նկատի ունենք.

- Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով դեղեր, ֊
- Medi-Cal Rx-ի շրջանակներում փոխհատուցվող դեղեր և պարագաներ, ֊
- Ծրագրի կողմից, որպես լրացուցիչ նպաստներ, փոխհատուցվող 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:

> **Լրացուցիչ օգնությունը** Medicare-ի ծրագիր է, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտ ու միջոցներ ունեցող անձանց նվազեցնել Medicare Մաս **D** դեղատոմսային դեղերի արժեքները, օրինակ՝ համավճարները, հանելիները և համավճարները: Լրացուցիչ օգնությունը նաև կոչվում է «Ցածր եկամտի լրավճար» կամ «LIS»:

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

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

- Մեր *Փոխհատուցվող դեղերի ցուցակը:*
  - Մենք այն անվանում ենք «Դեղերի ցուցակ»: Այն ասում է ձեզ՝
    - Որ դեղերի համար ենք մենք վճարում
    - Ծախսերի մասնաբաժնի հինգ (5) աստիճաններից որին է պատկանում յուրաքանչյուր դեղը
    - Արդյոք դեղերի նկատմամբ սահմանափակումներ են գործում
  - Եթե ձեզ հարկավոր է Դեղերի ցուցակի պատճենը, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Դուք կարող եք նաև գտնել մեր Դեղերի ցուցակի ամենաարդիական օրինակը մեր կայքում՝ www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
    - Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի մեծ մասը, որոնք Դուք ստանում եք դեղատնից, ապահովագրված են Molina Medicare Complete Care Plus-ի կողմից: Այլ դեղամիջոցներ, ինչպիսիք են՝ որոշ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր և որոշ վիտամիններ, կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք այցելեք Medi-Cal Rx կայքը՝(medi-calrx.dhcs.ca.gov/): Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 800-977-2273 հեռախոսահամարով: Խնդրում ենք բերել Ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC) Medi-Cal Rx-ի միջոցով Ձեր դեղատոմսերը ստանալու ժամանակ:
- Ձեր **Անդամի ձեռնարկի***Գլուխ 5***:**
  - Դա նկարագրում է, թե ինչպես մեր ծրագրի միջոցով ստանալ Ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերը:

- Այն ներառում է կանոններ, որոնց Դուք պետք է հետևեք: Այն նաև ասում է, թե դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի որ տեսակները մեր ծրագիրը չի ապահովագրում:

- Մեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*:
  - Դեպքերի մեծամասնությունում Ձեր փոխհատուցվող դեղերը ստանալու համար Դուք պետք է օգտվեք ցանցային դեղատնից: Ցանցային դեղատներն՝ այն դեղատներն են, որոնք համաձայնել են համագործակցել մեզ հետ:
  - *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն* պարունակում է ցանցային դեղատների ցանկը: կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 5-ը* ցանցային դեղատների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Բովանդակություն

A. Նպաստների նկարագրում (EOB) 127
B. Ինչպես հետևել ձեզ դեղերի արժեքներին 127
C. Դուք ոչինչ չեք վճարում մեկ ամսվա կամ երկարաժամկետ դեղերի մատակարարման համար 128
C1. Ծախսերի բաշխման մեր մակարդակները 129
C2. Դեղատների Ձեր ընտրությունը 129
C3. Դեղի երկարատև պաշարի ստացումը 130
C4. Ինչ եք վճարում 130
D. Փուլ 1. Փոխհատուցման սկզբնական փուլ 134
D1. Դեղատների Ձեր ընտրությունը 134
D2. Դեղի երկարատև պաշարի ստացումը 134
D3. Ինչ եք վճարում 135
D4. Սկզբնական ապահովագրության փուլի ավարտը 138
E. Փուլ 2. Չփոխհատուցվող ծախսերի միջակայքի փուլ 139
F. Փուլ 3. Ինքնուրույն վճարվող ծախսերի սահմանաչափի գերազանցման փոխհատուցման փուլ 139
G. Ձեր դեղը արժե, եթե Ձեր բժիշկը նշանակի մեկ ամսվա պաշարից պակաս 139
H. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ ունեցող անձանց տրվող դեղատոմսի ծախսերի բաշխման օգնություն 140
H1. ՁԻԱՀ-ի դեմ դեղերի աջակցության ծրագիր 140
H2. Եթե դուք գրանցված չեք ADAP-ում 140
H3. Եթե դուք գրանցված եք ADAP-ում 140
I. Պատվաստումներ 140
I1. Ինչ է ձեզ անհրաժեշտ իմանալ պատվաստումից առաջ 141
I2. Ինչ եք վճարում Medicare Մաս D-ով ապահովագրված պատվաստման համար 141

A. Նպաստների նկարագրում (EOB)

Մեր ծրագիրը վարում է Ձեր դեղատոմսով դեղերի հաշվառումը: Մենք հետևում ենք երկու տեսակի ծախսերին.

- 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 ծրագրի միջոցով ստանում եք Մաս D դեղատոմսով դեղեր, մենք ուղարկում ենք հաշվետվություն, որը կոչվում է Նպաստների նկարագրում: Մենք այն կարճ անվանում ենք Մաս D-ի EOB: Մաս D EOB-ն ավելի շատ տեղեկություններ է պարունակում ձեր ընդունած դեղերի մասին, օրինակ՝ գների բարձրացումը և ծախսի ավելի ցածր բաշխմամբ այլ դեղեր, որոնք կարող են մատչելի լինել: Դուք կարող եք խոսել ձեր դեղերը նշանակող մասնագետի հետ այդ՝ ավելի ցածր արժեքով տարբերակների մասին: Մաս D EOB-ը 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:
- **Դեղերի գների վերաբերյալ տեղեկատվություն:** Սա դեղի ընդհանուր գինն է և առաջին լրացումից ի վեր դեղի գնի տոկոսային փոփոխությունը:
- **Ավելի ցածր գնով այլընտրանքներ:** Հասանելիության դեպքում դրանք հայտնվում են Ձեր ընթացիկ դեղերի ներքևի ամփոփագրում: Ավելին իմանալու համար կարող եք խոսել Ձեր առաջնային բուժսպասարկման մատակարարի հետ:

Մենք առաջարկում ենք դեղերի ապահովագրություն, որոնք ապահովագրված չեն Medicare-ի կողմից:

- Այս դեղերի համար կատարած վճարումները չեն վերագրվի Ձեր ընդհանուր կանխիկ ծախսերին:
- Մենք նաև վճարում ենք առանց դեղատոմսի որոշ դեղերի համար: Դուք չեք վճարում այս դեղերի համար:
- Դեղատոմսով դեղերի մեծ մասը, որոնք Դուք ստանում եք դեղատնից, ապահովագրված են ծրագրի կողմից: Այլ դեղամիջոցներ, ինչպիսիք են՝ որոշ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր և որոշ վիտամիններ, կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք այցելեք Medi-Cal Rx կայքը՝(medi-calrx.dhcs.ca.gov/): Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 800-977-2273 հեռախոսահամարով: Խնդրում ենք բերել Ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC) Medi-Cal Rx-ի միջոցով Ձեր դեղատոմսերը ստանալու ժամանակ:

B. Ինչպես հետևել ձեզ դեղերի արժեքներին

Ձեր դեղերի արժեքներին ու Ձեր վճարումներին հետևելու համար մենք օգտագործում ենք ձեզանից ու Ձեր դեղատնից ստացված արձանագրությունները: Ահա, թե ինչպես Դուք կարող եք օգնել մեզ՝

1. Օգտագործեք Ձեր ծրագրի ID անդամաքարտը:

Ցույց տվեք Ձեր Molina Medicare Complete Care ID քարտը ամեն անգամ, երբ դեղատոմսով դեղատոմս 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, որպեսզի մենք հետ վճարենք ձեզ դեղի ծախսի մեր բաժինը:

Ահա մի քանի օրինակ, երբ Դուք պետք է տրամադրեք մեզ Ձեր դեղատոմսերի պատճենները՝

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

Եթե ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություններ իմանալ դեղի ծախսի մեր բաժինը ձեզ հետ վճարելու մասին, կարդացեք Ձեր Անդամի ձեռնարկի 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՝ ՁԻՀՀ դեղային աջակցման ծրագրի, Հնդիկների առողջապահական ծառայության և բարեգործական հաստատությունների մեծամասնության կողմից կատարած վճարումները վերագրվում են Ձեր կանխիկ ծախսերին: Սա կարող է օգնել ձեզ որակավորվել Ինքնուրույն վճարվող ծախսերի սահմանաչափի գերազանցման փոխհատուցման համար: Երբ դուք հասնում Ինքնուրույն վճարվող ծախսերի սահմանաչափի գերազանցման փոխհատուցման փուլ, մեր պլանը փոխհատուցում է Մաս D-ի ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը՝ մինչև տարվա վերջ:

4. Ստուգեք մեր կողմից Ձեզ ուղարկած Նպաստների նկարագիրը՝ EOB:

Երբ Դուք փոստով ստանում եք Նպաստների նկարագիրը, 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 Անդամների սպասարկման կենտրոն: Պահպանեք այս Մաս D EOB-ները: Դրանք հանդիսանում են Ձեր դեղերի ծախսերի կարևոր գրառումը:

C. Դուք ոչինչ չեք վճարում մեկ ամսվա կամ երկարաժամկետ դեղերի մատակարարման համար

Մեր ծրագրի հետ, փոխհատուցվող դեղերի համար Դուք ոչինչ չեք վճարում, եթե հետևում եք ծրագրի կանոններին:

Մեր ծրագրի համաձայն, Ձեր Medicare Մաս D-ի՝ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի փոխհատուցման համար կա վճարման երեք փուլ: Դեղի համար Ձեր վճարվող գումարը կախված է այն բանից, թե Դուք այս փուլերից որում եք գտնվում՝ դեղատոմսով դեղ ստանալիս կամ դեղատոմսը կրկնելիս: Ահա այդ երեք փուլերը՝

Փուլ 1. Փոխհատուցման սկզբնական փուլ	Փուլ 2. Չփոխհատուցվող ծախսերի միջակայքի փուլ	Փուլ 3. Ինքնուրույն վճարվող ծախսերի սահմանաչափի գերազանցման փոխհատուցման փուլ
Այս փուլում մենք վճարում ենք Ձեր դեղերի արժեքների մի մասը, իսկ Դուք վճարում ենք Ձեր բաժինը: Ձեր բաժինը կոչվում է համավճար: Դուք սկսում եք այս փուլում, երբ ստանում եք տարվա Ձեր առաջին դեղատոմսը:	Այս փուլի ընթացքում Դուք վճարում եք Ձեր դեղերի արժեքը: Այս փուլը սկսվում է որոշակի սահմանաչափին համապատասխանող ծախսերի գումարը ձեր կողմից վճարելուց հետո:	Այս փուլում մենք վճարում ենք Ձեր դեղերի ամբողջ արժեքը մինչև 2023 թ. դեկտեմբերի 31-ը: Դուք սկսում եք այս փուլում, երբ արդեն որոշակի գումար եք վճարել Ձեր գրպանից:

C1. Ծախսերի բաշխման մեր մակարդակները

Ծախսերի բաշխման կարգերը դեղերի խմբեր են, որոնք ունեն նույն համավճարը: Մեր Դեղերի ցուցակում եղած յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է ծախսերի բաշխման հինգ (5) աստիճաններից մեկում: Սովորաբար, որքան բարձր է կարգի համարը, այնքան բարձր է համավճարը: Ձեր դեղերի մակարդակները գտնելու համար այցելեք մեր Դեղերի ցուցակը:

- Աստիճան 1 (Նախընտրելի ջեներիկ դեղերի) համար ամենացածր համավճարը: Համավճարը կազմում է $0:
- Աստիճան 2 (Ջեներիկ) Համավճարը կազմում է՝ սկսած $0, $1,45, $4,15-ից ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղերը, որոնք համարվում են ջեներիկ) մինչև $0, $4,30 կամ $10,35՝ բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով՝ կախված Ձեր եկամտից:
- Աստիճան 3 (Նախընտրելի ապրանքանիշ) Համավճարը կազմում է՝ սկսած $0, $1,45, $4,15-ից ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղերը, որոնք համարվում են ջեներիկ) մինչև $0, $4,30 կամ $10,35՝ բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:
- Աստիճան 4. (Ոչ նախընտրելի դեղամիջոց) Համավճարը կազմում է՝ սկսած $0, $1,45, $4,15-ից ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղերը, որոնք համարվում են ջեներիկ) մինչև $0, $4,30 կամ $10,35՝ բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:
- Աստիճան 5. (Հատուկ աստիճան) այս դեղերն ունեն ամենաբարձր համավճարը: Համավճարը կազմում է՝ սկսած $0, $1,45, $4,15-ից ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղերը, որոնք համարվում են ջեներիկ) մինչև $0, $4,30 կամ $10,35՝ բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:

Աստիճանները՝ մեր Դեղերի ցուցակում ընդգրկված դեղերի խմբերն են: Մեր Դեղերի ցուցակում եղած յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է հինգ (5) աստիճաններից մեկում: Մեր Դեղերի ցուցակում Դուք չունեք համավճարներ դեղատոմսի և առանց դեղատոմսի դեղերի համար: Ձեր դեղերի մակարդակները գտնելու համար այցելեք մեր Դեղերի ցուցակը:

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: կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 5-ը*, պարզելու, թե երբ ենք դա անում: Տեսե՛ք Գլուխ 9-ը՝ իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, եթե ձեզ ասեն, որ դեղը ապահովագրված չէ:

Դեղատների այս ընտրությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացե՛ք Ձեր **Անդամի 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: Դա կարժենա այնքան, որքան մեկ ամսվա պաշարը:

Դեղերի երկարատև պաշար ստանալու ձևերի և վայրերի վերաբերյալ մանրամասներին ծանոթանալու համար կարդացե՛ք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** Գլուխ 5-ը կամ Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն:

C4. Ինչ եք վճարում

Դուք կարող եք վճարել համավճար, երբ դեղատոմս եք լրացնում: Եթե Ձեր փոխհատուցվող դեղն արժե ավելի քիչ, քան համավճարը, Դուք վճարում եք ավելի ցածր գին:
Կապվեք Անդամների սպասարկման կենտրոնի հետ՝ պարզելու համար, թե որքան է Ձեր համավճարը ապահովագրված ցանկացած դեղամիջոցի համար:

Դեղատոմսով դեղերի մեծ մասը, որոնք Դուք ստանում եք դեղատնից, ապահովագրված են ծրագրի կողմից: Այլ դեղամիջոցներ, ինչպիսիք են՝ որոշ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր և որոշ վիտամիններ, կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք այցելեք Medi-Cal Rx կայքը՝(medi-calrx.dhcs.ca.gov/): Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 800-977-2273 հեռախոսահամարով: Խնդրում ենք բերել Ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC) Medi-Cal Rx-ի միջոցով Ձեր դեղատոմսերը ստանալու ժամանակ:

Ծախսերի Ձեր մասնաբաժինը, երբ ստանում եք ապահովագրված դեղատոմսով դեղերի մեկամսյա պաշար՝

Աստիճան	**Ցանցային դեղատուն** Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Մեր ծրագրի փոստային ծառայությունը** Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Ցանցային երկարատև խնամք դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար	**Ոչ-ցանցային դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար Փոխհատուցումը սահմանափակված է որոշակի դեպքերով: Անցե՛ք **Ձեր** Անդամի ձեռնարկի *Գլուխ 5-ը*մանրամասների համար:
Ծախսերի մասնաբաժնի 1-րդ աստիճան (Նախընտրելի ջեներիկ)	$0	$0	$0	$0

Աստիճան	**Ցանցային դեղատուն** Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Մեր ծրագրի փոստային ծառայությունը** Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Ցանցային երկարատև խնամք դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար	**Ոչ-ցանցային դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար Փոխհատուցումը սահմանափակված է որոշակի դեպքերով: Անցե՛ք **Ձեր** Անդամի ձեռնարկի *Գլուխ 5-ը*մանրամասների համար:
Ծախսերի մասնաբաժնի 2-րդ աստիճան (Ձեներիկ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) 0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար
Ծախսերի մասնաբաժնի 3-րդ աստիճան (Նախընտրելի ապրանքանիշ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար

Աստիճան	**Ցանցային դեղատուն** Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Մեր ծրագրի փոստային ծառայությունը** Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Ցանցային երկարատև խնամք դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար	**Ոչ-ցանցային դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար Փոխհատուցումը սահմանափակված է որոշակի դեպքերով: Անցե՛ք **Ձեր** Անդամի ձեռնարկի *Գլուխ 5-ը*մանրամասների համար:
Ծախսերի մասնաբաժնի 4-րդ աստիճան (Ոչ նախընտրելի դեղ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար
Ծախսերի մասնաբաժնի 5-րդ աստիճան (Հատուկ աստիճան)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար բոլոր մյուս դեղերի համար՝ մեկ դեղատոմսով:	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար

Ծախսերի Ձեր մասնաբաժինը, երբ ստանում եք ապահովագրված դեղատոմսով դեղերի երկարաժամկետ պաշար՝

Աստիճան	Ստանդարտ մանրածախ գնումների ծախսերի մասնաբաժին (ներցանցային) (90 օրվա պաշար)	Փոստային պատվերի ծախսերի մասնաբաժին (90 օրվա պաշար)
Ծախսերի մասնաբաժնի 1-ին աստիճան (Նախընտրելի ջեներիկ)	$0	$0
Ծախսերի մասնաբաժնի 2-րդ աստիճան (Ջեներիկ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար
Ծախսերի մասնաբաժնի 3-րդ աստիճան (Նախընտրելի ապրանքանիշ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար
Ծախսերի մասնաբաժնի 4-րդ աստիճան (Ոչ նախընտրելի դեղ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար
Ծախսերի մասնաբաժնի 5-րդ աստիճան (Հատուկ աստիճան)	Հինգերորդ (5) աստիճանում երկարատև պաշարը հասանելի չէ դեղերի համար:	Հինգերորդ (5) աստիճանում փոստային պատվերը հասանելի չէ դեղերի երկարատև պաշարի համար:

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

D. Փուլ 1. Փոխհատուցման սկզբնական փուլ

Մեր անդամների մեծամասնությունը ստանում է «Լրացուցիչ օգնություն» դեղատոմսով դեղերի ծախսերի մասով: Դուք չեք վճարի առանձին պահումներ դեղերի համար , քանի որ այս «Լրացուցիչ օգնությունը» փոխհատուցում է դեղերի մեծ մասի արժեքը: Այնուամենայնիվ, դուք հնարավոր է վճարեք «Ցածր եկամտի լրավճար» (LIS) համավճարը՝ նախքան Փոխհատուցման սկզբնական փուլին հասնելը:

Սկզբնական ապահովագրության փուլի ընթացքում մենք վճարում ենք Ձեր ապահովագրված դեղատոմսային դեղերի արժեքի մի բաժինը, իսկ Դուք վճարում ենք Ձեր բաժինը: Ձեր բաժինը կոչվում է համավճար: Համավճարը կախված է նրանից, թե ծախսերի բաշխման որ մակարդակում է գտնվում դեղը և որտեղից եք այն ստանում:

Ծախսերի բաշխման կարգերը դեղերի խմբեր են, որոնք ունեն նույն համավճարը: Մեր Դեղերի ցուցակում եղած յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է հինգ (5) աստիճաններից մեկում: Սովորաբար, որքան բարձր է կարգի համարը, այնքան բարձր է համավճարը: Ձեր դեղերի մակարդակները գտնելու համար այցելեք մեր Դեղերի ցուցակը:

Աստիճանները՝ մեր Դեղերի ցուցակում ընդգրկված դեղերի խմբերն են: Մեր Դեղերի ցուցակում եղած յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է հինգ (5) աստիճաններից մեկում: Մեր Դեղերի ցուցակում Դուք չունեք համավճարներ դեղատոմսի և առանց դեղատոմսի դեղերի համար: Ձեր դեղերի մակարդակները գտնելու համար այցելեք մեր Դեղերի ցուցակը:

- Աստիճան 1 - Նախընտրելի ջեներիկ (ծախսերի ամենացածր մասնաբաժինը)
- Աստիճան 2 - Ջեներիկ
- Աստիճան 3 - Նախընտրելի դեղ
- Աստիճան 4 - Չնախընտրելի դեղ
- Աստիճան 5 - Մասնագիտությունների մակարդակ (ծախսերի ամենաբարձր մասնաբաժինը)

D1. Դեղատների Ձեր ընտրությունը

Դեղի համար Ձեր վճարելիք գումարի չափը կախված է նրանից, որտեղից եք Դուք այն ստանում՝

- Ցանցային դեղատնից, թե
- Ոչ ցանցային դեղատնից

Սահմանափակ դեպքերում մենք փոխհատուցում ենք ոչ-ցանցային դեղատներից դեղատոմսով ստացվող դեղերը: **Անցեք Ձեր** Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 5-ը, *պարզելու, թե երբ ենք դա անում:*

Դեղատների այս ընտրությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացե՛ք Ձեր**Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 5-ը ֆ մեր** *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն:*

D2. Դեղի երկարատֆ պաշարի ստացումը

Որոշ դեղերի համար Դուք կարող եք ստանալ երկարատև պաշար (նաև կոչվում է «ընդլայնված պաշար»)՝ Ձեր դեղատոմսը լցնելիս:

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

D3. Ինչ եք վճարում

Ապահովագրման սկզբնական փուլում կվճարեք համավճար ամեն անգամ, երբ դեղատոմս լրացնեք: Եթե Ձեր ապահովագրված դեղի արժեքը համավճարից քիչ է, ապա Դուք կվճարեք ավելի ցածր գին:

Կարող եք դիմել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ պարզելու, թե որքան է Ձեր համավճարը ցանկացած ապահովագրված դեղի համար:

Ծախսերի Ձեր մասնաբաժինը, երբ ստանում եք ապահովագրված դեղատոմսով դեղերի մեկամսյա պաշար՝

	Ցանցային դեղատուն Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Մեր ծրագրի փոստային պատվերների ծառայությունը** Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Երկարաժամկետ խնամքի ցանցային դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար	**Ոչ-ցանցային դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար Փոխհատուցումը սահմանափակված է որոշակի դեպքերով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5-ը**:
Ծախսերի մասնաբաժնի 1-րդ աստիճան (Նախընտրելի ջեներիկ)	$0	$0	$0	$0
Ծախսերի մասնաբաժնի 2-րդ աստիճան (Ջեներիկ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար

	Ցանցային դեղատուն Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Մեր ծրագրի փոստային պատվերների ծառայությունը** Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Երկարաժամկետ խնամքի ցանցային դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար	**Ոչ-ցանցային դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար Փոխհատուցումը սահմանափակված է որոշակի դեպքերով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5-ը**:
Ծախսերի մասնաբաժնի 3-րդ աստիճան (Նախընտրելի ապրանքանիշ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար
Ծախսերի մասնաբաժնի 4-րդ աստիճան (Ոչ նախընտրելի դեղ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար

	Ցանցային դեղատուն Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Մեր ծրագրի փոստային պատվերների ծառայությունը** Մեկամսյա կամ մինչև 31 օրվա պաշար	**Երկարաժամկետ խնամքի ցանցային դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար	**Ոչ-ցանցային դեղատուն** Մինչև 31 օրվա պաշար Փոխհատուցումը սահմանափակված է որոշակի դեպքերով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5-ը**:
Ծախսերի մասնաբաժնի 5-րդ աստիճան (Հատուկ աստիճան)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար

Ծախսերի Ձեր մասնաբաժինը, երբ ստանում եք ապահովագրված դեղատոմսով դեղերի երկարաժամկետ պաշար՝

Աստիճան	**Ստանդարտ մանրածախ գնումների ծախսերի մասնաբաժին (ներցանցային)** (90 օրվա պաշար)	**Փոստային պատվերի ծախսերի մասնաբաժին** (90 օրվա պաշար)
Ծախսերի մասնաբաժնի 1-ին աստիճան (Նախընտրելի ջեներիկ)	$0	$0

Աստիճան	Ստանդարտ մանրածախ գնումների ծախսերի մասնաբաժին (ներցանցային) (90 օրվա պաշար)	Փոստային պատվերի ծախսերի մասնաբաժին (90 օրվա պաշար)
Ծախսերի մասնաբաժնի 2-րդ աստիճան (Ձեներիկ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար
Ծախսերի մասնաբաժնի 3-րդ աստիճան (Նախընտրելի ապրանքանիշ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար
Ծախսերի մասնաբաժնի 4-րդ աստիճան (Ոչ նախընտրելի դեղ)	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար	$0, $1,45 կամ $4,15 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանիշային դեղեր, որոնք համարվում են ջեներիկ) $0, $4,30 կամ $10,35 համավճար մեկ դեղատոմսի համար՝ բոլոր մյուս դեղերի համար
Ծախսերի մասնաբաժնի 5-րդ աստիճան (Հատուկ աստիճան)	Հինգերորդ (5) աստիճանում երկարատև պաշարը հասանելի չէ դեղերի համար:	Հինգերորդ (5) աստիճանում փոստային պատվերը հասանելի չէ դեղերի երկարատև պաշարի համար:

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

D4. Սկզբնական ապահովագրության փուլի ավարտը

Սկզբնական ապահովագրության փուլն ավարտվում է, երբ Ձեր գրպանից վճարվող ընդհանուր ծախսերը հասնում են **$4,660.00-ի**: Այդ պահին Սկսվում է Չփոխհատուցվող ծախսերի միջակայքի փուլը:

Ձեր EOB-ները կօգնեն ձեզ հետևել, թե որքան եք վճարել Ձեր դեղերի համար տարվա ընթացքում: Մենք կտեղեկացնենք ձեզ, երբ Դուք հասնեք <**$4,660.00**> սահմանին: Շատ մարդիկ չեն հասնում դրան տարվա ընթացքում: Յուրաքանչյուր նոր օրացուցային տարվա սկզբում Ձեր Սկզբնական ծածկույթի փուլում Ձեր վճարած գումարը կզրոյացվի:

E. Փուլ 2. Չփոխհատուցվող ծախսերի միջակայքի փուլ

Երբ դուք գտնվում եք Չփոխհատուցվող ծախսերի միջակայքի փուլում, Medicare-ի Չփոխհատուցվող ծախսերի միջակայքի զեղչային ծրագիրը տրամադրում է զեղչեր արտադրողի կողմից՝ ապրանքանիշային դեղերի համար: Դուք վճարում եք պայմանագրային գնի 25%-ը և ապրանքանիշային դեղերի բացթողման վճարի մի մասը: Ձեր կողմից ինքնուրույն վճարվող ծախսերում հաշվարկվում է և՛ ձեր վճարած գումարը, և՛ արտադրողի կողմից զեղչված գումարը (ինչպես այն կհաշվարկվեր վճարելու դեպքում), և դուք տեղափոխվում եք չփոխհատուցվող ծախսերի միջակայք:

Դուք շարունակում եք վճարել այդ ծախսերը, մինչև Ձեր կողմից ինքնուրույն վճարվող տարեկան ծախսերը հասնեն Medicare-ի կողմից սահմանված առավելագույն սահմանաչափի գումարին: Այդ գումարին հասնելուց հետո ($7400), դուք դուրս եք գալիս Չփոխհատուցվող ծախսերի միջակայքի փուլից և անցնում եք Ինքնուրույն վճարվող ծախսերի սահմանաչափի գերազանցման փոխհատուցման փուլ:

Այս *Անդամի ձեռնարկում* պարունակվող որոշ տեղեկություններ Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի ծախսերի վերաբերյալ կարող են չկիրառվել ձեզ համար, քանի որ դուք իրավասու եք Medi-Cal (Medicaid)-ի համար և ստանում եք «Լրացուցիչ օգնություն» Medicare-ից՝ վճարելու համար ծրագրի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ծախսերը: Ձեր դեղերի ծախսերը Չփոխհատուցվող ծախսերի միջակայքի փուլում կախված են ձեր ստացած «Լրացուցիչ օգնության» չափից: Մենք ձեզ ուղարկել ենք առանձին ներդիր, որը կոչվում է «Տեղեկագիրք ապահովագրական ծածկույթի պայմանների վերավբերյալ այն մարդկանց համար, որոնք լրացուցիչ օգնություն են ստանում դեղատոմսով դեղերի համար վճարելու նպատակով» (նաև հայտնի է որպես «Ցածր եկամուտ ունեցողների լրավճարի պայմաններ» կամ «LIS Rider»), որը տեղեկացնում է ձեզ ձեր դեղերի ապահովագրական ծածկույթի մասին: Եթե դուք չունեք այս ներդիրը, զանգեք Անդամների սպասարկման կենտրոն և խնդրեք ուղարկել «LIS Rider»-ը:

F. Փուլ 3. Ինքնուրույն վճարվող ծախսերի սահմանաչափի գերազանցման փոխհատուցման փուլ

Երբ Դուք հասնում եք Ձեր դեղատոմսային դեղերի համար գրպանից վճարվող **$7,400.00**-ի սահմանին, սկսվում է Ինքնուրույն վճարվող ծախսերի սահմանաչափի գերազանցման փոխհատուցման փուլը: Դուք մնում եք Ինքնուրույն վճարվող ծախսերի սահմանաչափի գերազանցման փոխհատուցման փուլում մինչև տարվա վերջ: Այդ փուլում ծրագիրը վճարում է Ձեր Medicare դեղերի լրիվ արժեքը:

G. Ձեր դեղը արժե, եթե Ձեր բժիշկը նշանակի մեկ ամսվա պաշարից պակաս

Որոշ դեպքերում Դուք վճարում եք համավճար՝ ապահովագրված դեղի ամբողջ ամսվա պաշարը ծածկելու համար: Այնուամենայնիվ, Ձեր բժիշկը կարող է նշանակել դեղերի մեկ ամսից պակաս պաշար:

- Կարող են լինել դեպքեր, երբ Դուք ցանկանում եք հարցնել Ձեր բժշկին մեկ ամսից պակաս դեղ նշանակելու մասին (օրինակ, երբ առաջին անգամ եք փորձում դեղամիջոց, որը հայտնի է լուրջ կողմնակի ազդեցություններով):
- Եթե Ձեր բժիշկը համաձայնի, Դուք ստիպված չեք լինի վճարել որոշակի դեղերի ամբողջ ամսվա պաշարի համար:

Երբ մեկ ամսվա պաշարից պակաս դեղ եք ստանում, Ձեր կողմից վճարվող գումարը հիմնված կլինի դեղի ստացման օրերի քանակի վրա: Մենք հաշվարկելու ենք Ձեր դեղի համար օրական վճարվող գումարը («օրական ծախսերի բաշխման դրույքաչափը») և այն կբազմապատկենք Ձեր ստացած դեղի օրերի քանակով:

- Ահա մի օրինակ. Ենթադրենք, Ձեր դեղի համավճարը մեկ ամսվա պաշարի համար (30 օրվա պաշար) կազմում է $1,35: Սա նշանակում է, որ Ձեր դեղի համար վճարվող գումարը օրական $0.05 դոլարից մի փոքր պակաս է: Եթե Դուք ստանում եք դեղի 7 օրվա պաշար, Ձեր վճարումը կկազմի օրական $0.05 մի փոքր պակաս՝ բազմապատկած 7 օրով, $0.35-ից պակաս ընդհանուր վճարման դեպքում:
- Ամենօրյա ծախսերի բաշխումը թույլ է տալիս համոզվել, որ դեղն աշխատում է ձեզ համար, նախքան ստիպված կլինեք վճարել մեկ ամսվա պաշարի համար:
- Կարող եք նաև խնդրել Ձեր մատակարարին դուրս գրել դեղի ամբողջ ամսվա պաշարից պակաս, եթե սա կօգնի ձեզ՝
  - ավելի լավ պլանավորել, թե երբ նորից լրացնել Ձեր դեղատոմսը,
  - համակարգել լրացումը Ձեր կողմից ընդունող դեղերի հետ, ɜ
  - ավելի քիչ այցեր կատարել դեղատուն:

H. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ ունեցող անձանց տրվող դեղատոմսի ծախսերի բաշխման օգնություն

H1. ՁԻԱՀ-ի դեմ դեղերի աջակցության ծրագիր

ՁԻԱՀ-ի դեմ դեղերի աջակցության ծրագիրը (ADAP) օգնում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով ապրող անձանց օգտվել կենսականորեն անհրաժեշտ՝ ՄԻԱՎ-ի դեմ դեղամիջոցներից: Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով դուրս գրվող ամբուլատոր դեղերը, որոնք ապահովագրված են նաև ADAP-ի կողմից, իրավասու են դեղատոմսով դեղերի ծախսերի բաշխմամբ աջակցության համար Կալիֆորնիայի հանրային առողջության դեպարտամենտի, ՁԻԱՀ-ի գրասենյակի միջոցով՝ ADAP-ում ընդգրկված անձանց համար:

H2. Եթե դուք գրանցված չեք ADAP-ում

Համապատասխանության չափանիշների, ապահովագրված դեղերի կամ ծրագրում գրանցվելու մասին տեղեկությունների համար զանգահարեք 1-844-421-7050 կամ այցելեք ADAP կայքը՝ www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx:

H3. Եթե դուք գրանցված եք ADAP-ում

ADAP-ը կարող է շարունակել ADAP-ի հաճախորդներին տրամադրել Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի ծախսերի բաշխմամբ օգնություն՝ ADAP-ի ցուցակում գրանցված դեղերի համար: Որպեսզի համոզվեք, որ դուք կշարունակեք ստանալ այս օգնությունը, տեղեկացրեք ձեր տեղական ADAP գրանցման աշխատակցին ձեր Medicare Մաս D ծրագրի անվանման կամ պոլիսի համարի ցանկացած փոփոխության մասին: Եթե օգնության կարիք ունեք՝ մոտակա ADAP գրանցման վայրը և/կամ գրանցման աշխատակցին գտնելու հարցում, զանգահարեք 1-844-421-7050 կամ այցելեք վերը նշված կայքը:

I. Պատվաստումներ

Կարևոր հաղորդագրություն այն մասին, թե որքան պետք է վճարեք պատվաստանյութերի համար

Մեր ծրագիրը փոխհատուցում է Medicare Part D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասը՝ ձեզ համար անվճար: 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:

I1. Ինչ է ձեզ անհրաժեշտ իմանալ պատվաստումից առաջ

Մենք խորհուրդ ենք տալիս, որ Դուք սկզբում զանգահարեք մեզ՝ Անդամների սպասարկման կենտրոն, երբ որ պլանավորելիս լինեք պատվաստում ստանալ:

- Մենք կարող ենք տեղեկացնել ձեզ, թե ինչպես է մեր ծրագիրը փոխհատուցում ձեր պատվաստումը և բացատրել ծախսերի ձեր մասնաբաժինը:
- Մենք կարող ենք պատմել ձեզ, ինչպես թույլ չտալ ծախսերի ավելացում՝ օգտվելով ցանցային դեղատներից և մատակարարներից: Ցանցի դեղատները և մատակարարները համաձայնում են աշխատել մեր ծրագրի հետ: Ցանցային մատակարարը պետք է աշխատի մեզ հետ, որպեսզի երաշխավորի, որ չունենաք որևէ կանխավճարային ծախսեր Մաս D-ի պատվաստանյութի համար:

I2. Ինչ եք վճարում Medicare Մաս D-ով ապահովագրված պատվաստման համար

ծածկված է Medicare Մաս D-ով

Ինչ եք Դուք վճարում պատվաստման համար կախված է պատվաստանյութի տեսակից (ինչի համար են ձեզ պատվաստում):

- Որոշ պատվաստանյութեր համարվում են առողջապահական նպաստներ, այլ ոչ թե դեղեր: Այս պատվաստումների ապահովագրությունը ձեզ համար անվճար է: Դուք կարող եք տեղեկանալ այդ պատվաստումների ապահովագրման մասին՝ կարդալով **Գլուխ4-ի** Նպաստների աղյուսակը:
- Այլ պատվաստումները համարվում են Medicare Մաս **D** դեղեր: Դուք կարող եք գտնել այս պատվաստանյութերը՝ նշված ծրագրի Դեղերի ցուցակում: Ձեզնից կարող է պահանջվել համավճար վճարել Medicare-ի Մաս D-ի պատվաստանյութերի համար:

Ահա Medicare Մաս **D** պատվաստման ստացման երեք սովորական միջոցները.

1. Դուք ստանում եք Medicare-ի Մաս D-ի պատվաստանյութը և կատարում եք ձեր պատվաստումը ցանցի դեղատանը:
   - Պատվաստանյութի համար ոչինչ չեք վճարի:
2. Դուք ստանում եք Medicare Մաս D պատվաստանյութը Ձեր բժշկի գրասենյակում, և բժիշկը Ձեզ պատվաստում է:
   - Դուք ոչինչ չեք վճարի բժշկին պատվաստանյութի համար:
   - Մեր ծրագիրը կվճարի ձեզ սրսկում անելու արժեքը:
   - Բժշկի գրասենյակը պետք է զանգահարի մեր ծրագրին այս իրավիճակում, որպեսզի մենք կարողանանք համոզվել, որ նրանք գիտեն, որ Դուք ոչինչ չպետք է վճարեք պատվաստանյութի համար:
3. Դուք Medicare Մաս D պատվաստանյութ եք գնում դեղատնից ու տանում եք այն Ձեր բժշկի գրասենյակ՝ այն ներարկվելու համար:
   - Պատվաստանյութի համար ոչինչ չեք վճարի:
   - Մեր ծրագիրը կվճարի ձեզ սրսկում անելու արժեքը:

Գլուխ 7. Դիմել մեզ Ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար վճարելու խնդրանքով

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 սահմանումները հայտնվում են այբբենական կարգով Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Դիմել մեզ Ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար վճարելու հարցումով 142
B. Ուղարկել մեզ վճարման հայտ 145
C. Ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ որոշումներ 145
D. Բողոքարկումներ 146

A. Ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար վճարման խնդրանք մեզ

Մեր ցանցային մատակարարները պետք է հաշիվ ներկայացնեն ծրագրին Ձեր կողմից արդեն ստացված փոխհատուցվող ծառայությունների և դեղերի համար: Ցանցային մատակարարն այն մատակարարն է, ով աշխատում է բժշկական ապահովագրության ծրագրի հետ:

Եթե առողջապահական խնամքի կամ դեղերի համար հաշիվ եք ստանում, մի վճարեք հաշիվը ֊ ուղարկեք հաշիվը մեզ: Հաշիվը մեզ ուղարկելու համար կարդացեք **Բաժին B:**

- Եթե մենք ապահովագրում ենք ծառայությունները կամ դեղերը, մենք ուղղակիորեն կվճարենք մատակարարին:
- Եթե մենք ապահովագրում ենք ծառայություններ կամ դեղեր, և Դուք արդեն վճարել եք հաշիվը, Ձեր իրավունք է վճարումը ետ ստանալու:
- Եթե մենք չենք ապահովագրում ծառայությունները կամ դեղերը, մենք ձեզ կասենք:

Հարցեր ունենալու դեպքում, կապվեք Անդամների սպասարկման կենտրոնի կամ Ձեր գործերը վարող անձի 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. **Եթե Դուք շտապ օգնություն կամ հրատապ անհրաժեշտ բուժսպասարկում եք ստանում արտացանցային մատակարարից** անցեք Գլուխ 3-ի Բաժին D4

   Տեղեկացրեք մատակարարին, որ նա հաշիվն ուղարկի մեզ:

   - 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:
   - Բողոքարկում ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք՝ Ձեր Անդամի ձեռնարկի **Գլուխ 5-ը**:

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

   Ցանցային մատակարարը պարտավոր է միշտ մեզ հաշիվ ուղարկել: Ցույց տվեք Ձեր ծրագրի ID քարտը, երբ Դուք ստանում եք որեւէ ծառայություններ կամ դեղատոմսեր: Սխալ/անհամապատասխան վճարային հաշիվ դուրս է գրվում, երբ մատակարարի (օրինակ՝ բժշկի կամ հիվանդանոցի) կողմից ձեզ համար վճարմանը ներկայացված հաշվի գումարը գերազանցում է ծրագրի ծախսերի մասնաբաժինն այդ ծառայությունների համար: **Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին, եթե ստանաք որեէ հաշիվ: Դուք չպետք է ինքներդ վճարեք այդ հաշիվը:**

   - Քանի որ մենք վճարում ենք 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 ձեզ հետ կվճարենք Ձեր ապահովագրված ծառայությունների համար:

3. Երբ Դուք օգտվում եք ոչ-ցանցային դեղատնից, որպեսզի ստանաք Ձեր դեղատոմսով դեղը

Եթե Դուք օգտվում եք ոչ-ցանցային դեղատնից, ապա 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:
- Բողոքարկում ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք՝ Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 5-ը*:

4. Երբ Դուք վճարում եք դեղատոմսի լրիվ արժեքը, քանի որ ձեզ հետ չունեք ծրագրի ID քարտը

Եթե Ձեր ծրագրի ID անդամաքարտը Ձեր հետ չէ, Դուք կարող եք խնդրել դեղատանը զանգահարել մեզ կամ փնտրել Ձեր ծրագրի անդամագրման տեղեկության մեջ:

- Եթե դեղատունը չկարողանա անմիջապես ստանալ տեղեկատվություն, Դուք կարող եք ստիպված լինել ինքներդ վճարել դեղատոմսի ամբողջ արժեքը կամ վերադառնալ դեղատուն Ձեր ծրագրի ID քարտով:
- 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 կարող եք վճարել ամբողջ դեղատոմսի արժեքը, քանի որ դեղը ապահովագրված չէ:

- Հնարավոր է դեղը չլինի մեր *Փոխհատուցվող դեղերի ցուցակում*(Դեղերի ցուցակ), մեր կայքում 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 փոխհատուցելու ենք մենք, ապակարող եք պահանջել փոխհատուցման որոշում (կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *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 (կարդացեք Մեր *Անդամի ձեռնարկի* **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: Սա կոչվում է «ծածկույթի որոշում»: Եթե մենք որոշում ենք, որ ծառայությունը կամ դեղը պետք է ապահովագրվի, մենք վճարում ենք դրա համար: Եթե մենք մերժենք Ձեր վճարման հայտը, Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

Բողոքարկում ներկայացնելու ձևերին ծանոթանալու համար կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 9-ը*:

B. Ուղարկել մեզ վճարման հարցում

Ուղարկեք մեզ 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 ֊ ստացականները Ձեր գրառումների համար:** Օգնության համար Դուք կարող եք դիմել Ձեր գործի վարման պատասխանատու անձին:

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

Բժշկական ծառայությունների համար՝

Ում՝ Molina Medicare Services-ին
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Մաս D (Rx) ծառայությունների համար՝
Molina Healthcare-ն
Ում՝ Դեղագործական դեպարտամենտին
7050 Union Park Center Suite 200
Midvale, UT 84047

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

C. Փոխհատուցման որոշումներ

Երբ մենք ստանանք Ձեր վճարման հայտը, մենք կկայացնենք փոխհատուցման որոշում*: Սա նշանակում է, որ մենք որոշում ենք, թե արդյոք մեր ծրագիրը ծածկում է Ձեր ծառայությունը, ապրանքը կամ դեղը:* Մենք նաև որոշում ենք գումարի չափը, եթե այդպիսիք կան, Դուք պետք է վճարեք:

- Մենք տեղյակ կպահենք ձեզ, եթե մեզ հարկավոր լինի ստանալ ձեզնից լրացուցիչ տեղեկություն:
- Եթե մենք որոշենք, որ մեր ծրագիրը փոխհատուցում է ծառայությունը, իրը կամ դեղը 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 չեք վճարել, ապա մենք ուղղակիորեն վճարում ենք մատակարարին:

Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 3*-ում բացատրվում են Ձեր ծառայությունների համար փոխհատուցում ստանալու կանոնները: **Ձեր**Անդամի ձեռնարկի*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 կարդացեք՝ Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *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 նաև կարող եք բողոքարկում ներկայացնել, եթե համաձայն չեք մեր վճարված գումարի հետ:

- Բողոքարկման պաշտոնական գործընթացն ունի մանրամասն ընթացակարգեր և ժամկետներ: Բողոքարկում ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք՝ Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 9-ը*:
- Եթե ցանկանում եք բողոքարկում ներկայացնել բուժսպասարկման ծառայության համար հատուցում ստանալու կապակցությամբ կարդացեք **Բաժին F**:
- Եթե ցանկանում եք բողոքարկում ներկայացնել դեղի համար հատուցում ստանալու վերաբերյալ կարդացեք **Բաժին G**:

Գլուխ 8. Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է Ձեր իրավունքներն ու պարտավորությունները՝ որպես ծրագրի մասնակցի: Մենք պետք է հարգենք Ձեր իրավունքները: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները հայտնվում են այբբենական կարգով Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Դուք իրավունք ունեք ստանալու տեղեկությունն այն եղանակով, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին 148
B. Մեր պատասխանատվությունը ապահովագրված ծառայություններին և դեղերին Ձեր ժամանակին հասանելիության համար 155
C. Ձեր անձնական առողջական տեղեկությունները (PHI) պաշտպանելու մեր պարտավորությունը(PHI) 156
C1. Ինչպես պաշտպանել Ձեր PHI տվյալները 157
C2. Ձեր իրավունքը տեսնելու Ձեր բժշկական գրառումները: 157
D. Ձեզ տեղեկատվություն տրամադրելու մեր պատասխանատվությունը 164
E. Ցանցի մատակարարների՝ ձեզ ուղղակիորեն հաշիվ ներկայացնելու անկարողությունը 165
F. Մեր ծրագրից դուրս գալու Ձեր իրավունքը 165
G. Ձեր առողջական խնամքի մասին որոշումներ կայացնելու Ձեր իրավունքները 166
G1. Ձեր իրավունքը՝ իմանալու Ձեր բուժման ընտրությունները և որոշումներ կայացնելը 166
G2. Ձեր իրավունքն է ասել, թե ինչ եք ուզում՝ տեղի ունենա 166
G3. Ի՞նչ անել, եթե Ձեր հրահանգներին չեն հետևում 167
H. Բողոքներ ներկայացնելու և մեր որոշումների վերանայում պահանջելու Ձեր իրավունքը 168
H1. Ինչ անել անարդար վերաբերմունքի կամ Ձեր իրավունքների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար 168
I. Ձեր պարտականությունները որպես ծրագրի անդամ 169

A. Դուք իրավունք ունեք ստանալու տեղեկությունն այն եղանակով, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները ձեզ տրամադրվեն մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով: Մենք պարտավոր ենք հայտնել ձեզ ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այն ձևով, որն ընկալելի է ձեզ համար: Մենք պետք ենք պատմենք ձեզ Ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ Դուք գտնվում եք մեր ծրագրում:

- Որպեսզի ստանաք տեղեկություն ձեզ համար ընկալելի ձևով, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը 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 ձևաչափով: Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և հետագայում ստանալու նպատակով մշտական դիմում ներկայացնելու համար խնդրում ենք դիմել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ <(855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ 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 Նահանգին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (800) 541-5555, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով)> Ձեր տվյալները նախընտրելի լեզվով թարմացնելու համար: Այս փաստաթուղթն այլ ձևաչափով ստանալու համար խնդրում ենք կապվել Անդամների սպասարկման բաժնի հետ (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ կատարել կամ փոխել մշտական պահանջը: Դուք կարող եք նաև կապ հաստատել Ձեր գործը վարող անձի հետ՝ մշտական հարցումների համար օգնություն ստանալու համար:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկատվություն ստանալ, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- U.S. Առողջապահության և սոցիալական ապահովության դեպարտամենտ, քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 համարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 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, 7 días a la semana, 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, 7 días a la semana, 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 trình 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 trình của chúng tôi có thể trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Ả Rập và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để đưa ra yêu cầu nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện giờ hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi thông tin bằng ngôn ngữ hoặc ở định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu cụ thể. Chúng tôi sẽ luôn theo dõi yêu cầu cụ thể của quý vị. Như vậy, quý vị sẽ không cần tạo yêu cầu riêng mỗi lần chúng tôi gửi thông tin cho quý vị nữa. Để nhận tài liệu này ở một ngôn ngữ khác Tiếng Anh, vui lòng liên hệ với Tiểu Bang theo số (800) 541-5555, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, giờ địa phương để cập nhật hồ sơ của quý vị bằng ngôn ngữ ưu tiên. Để nhận tài liệu này ở định dạng khác, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ 2 – Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Nhân viên đại diện có thể giúp quý vị tạo hoặc thay đổi yêu cầu cụ thể. Quý vị cũng có thể liên hệ với Người Phụ Trách Hồ Sơ để được trợ giúp về yêu cầu cụ thể.

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

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 정보를 얻을 권리

당사는회원님이이해할수있는방식으로플랜의혜택및회원님의권리를설명해야합니다. 당사에는플랜가입기간중매년회원님의권리에대해회원님께안내해야할의무가있습니다.

- 회원님께서이해할수있는방식으로정보를제공받으려면회원서비스에전화하십시오. 본플랜에는여러가지언어로질문에답해드릴수있는직원이있습니다.
- 본플랜에서는또한스페인어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 아랍어로된자료와큰활자, 점자또는음성자료를제공해드릴수있습니다. 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.
- 항상필요한언어또는형식으로정보를보내달라고요청할수있습니다. 이를상시요청이라고합니다. 당사는정보를전송할때마다귀하가별도의요청을할필요가없도록귀하의상시요청을 계속추적합니다. 이 문서를 영어 이외의 언어본으로 받으시려면 (800) 541-5555 (TTY: 711) 번으로 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. 담당자가귀하의상시요청신청또는변경을도와드립니다. 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.

- يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها واالتصال بقسم خدمات األعضاء، فخطتنا تضم أفرادًا بمقدورهم اإلجابة عن األلسئلة بلغات مختلفة
- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد باللغات اإلسبانية واألرمينية 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 خالف اللغة اإلنجليزية أو بتنسيق مختلف آآلن وفي المستقبل، يُرجى االتصال بخدمات األعضاء على الرقم 4627-665 (855) ، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من اإلثنين 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 ال تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة اإلنجليزية، يرجى االتصال بالوالية على الرقم (800) 541-5555، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من اإلثنين 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 االتصال بقسم خدمات األعضاء على الرقم (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من اإلثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.< ويمكن ألحد المندوبين مساعدتك في تقديم طلب مستمر أو تغييره. كما يمكنك االتصال بمدير حالتك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.

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

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែ ប្រាប់លោកអ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក ក្នុងមួយឆ្នាំៗ ដោយសារលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងខ្ញុំ ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមវិធីដែលធ្វើឲ្យលោកអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់សេវាកម្មបម្រើសមាជិក ។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សជាច្រើនដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗបាន។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាអេស្ប៉ាញ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្សី តាកាឡុក វៀតណាម អារ៉ាប់ ហើយមានទ្រង់ទ្រាយជាការបោះពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសម្លេង។ ដើម្បីស្នើសុំដើម្បីទទួលបានឯកសារ ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៅពេលនេះ និងពេលអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាកម្មសមាជិក(855) 665-4627, TTY៖ 711 ពីថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។.
- ដើម្បីដាក់សំណើរដើម្បីទទួលបានឯកសារ ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៅ ពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាកម្មសមាជិក (855) 665-4627, TTY៖ 711 ពីថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ម៉ោងក្នុងស្រុក។.
- អ្នកអាចស្នើសុំអោយពួកយើងផ្ញើអោយអ្នកជានិច្ចនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។ ត្រង់នេះគេហៅថា ការសំណូមពរជាអចិន្ត្រៃយ៍។ ពួកយើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់បង្កើតសំណើដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដែលយើងផ្ញើពត៌មានទៅកាន់អ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបាឯកសារនេះជាភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋតាមលេខ(800) 541-5555, TTY៖ 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក) ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទិន្នន័យរបស់អ្នកជាមួយភាសាដែលចង់បាន។ ដើម្បីទទួលបាឯកសារនេះជាទម្រុងផ្សេងនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ(855) 665-4627, TTY៖ 711 ថ្ងៃច័ន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកតំណាងម្នាក់អាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើដែលមាន ជាអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងសំនុំរឿងរបស់អ្នកដើម្បីជួយជាមួយនឹងការដាក់សំណើរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាពហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ Medi-Cal បានផងដែរ ដោយទូរសព្ទទៅ Cal MediConnect Ombudsman តាមរយៈលេខ<1-855-501-3077 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

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

باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. باید هر سالی که عضو طرح ما هستید، حقوق مربوطه را به شما خاطرنشان کنیم.

- **جهت دریافت اطلاعات به گونه‌ای که برای شما قابل درک باشد، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما افرادی در اختیار دارد که به سؤالات به زبان‌های مختلف پاسخ می‌دهند.**
- **همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌های اسپانیایی، ارمنی، کامبوج، چینی، فارسی، کره ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی، عربی و در قالب‌هایی مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا یک قالب دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضاء به شماره TTY: 711، 665-4627 (855)، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 شب بهـ 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 درخواست دائمی شما را ثبت می کنیم تا لازم نباشد که برای هر بار ارسال اطلاعات به طور جداگانه درخواست کنید. جهت دریافت این نوشتار به زبانی به غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت به شماره 5555-541 (800)، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 شب بهـ وقت محلی به منظور به روز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید. جهت دریافت این نوشتار در قالب متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره TTY: 711، 665-4627 (855)، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 شب بهـ وقت محلی. یک نماینده می تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند. همچنین می توانید با مدیر پرونده خود برای دریافت کمک و راهنمایی در مورد درخواست های دائمی تماس بگیرید.**

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات در مورد طرح درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می خواهید شکایتی را اقامه کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید توسط تماس با Cal MediConnect Ombudsman به شماره 1-855-501-3077، شکایتی را تسلیم کنید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

A. Դուք իրավունք ունեք ստանալ տեղեկություններ այն եղանակով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պարտավոր ենք հայտնել ձեզ ծրագրի 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 ծրագրում:

- Ձեզ համար ընկալելի եղանակով տեղեկություններ ստանալու համար, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագրում 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 ապագայում ստանալու նպատակով մշտական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Անդամների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:

- Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և հետագայում ստանալու նպատակով մշտական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ ‹include-if() (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, 8:00-20:00 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:

B. Մեր պատասխանատվությունը ապահովագրված ծառայություններին ֆ դեղերին Ձեր ժամանակին հասանելիության համար

Եթե Դուք դժվարանում եք խնամք ստանալ, զանգեք Անդամների սպասարկման կենտրոն (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:

Դուք իրավունք ունեք որպես որպես մեր ծրագրի անդամ:

- Դուք իրավունք ունեք մեր ցանցից ընտրել առաջնային խնամքի մատակարար (PCP): Ցանցային մատակարարը՝ դա այն մատակարարն է, ով աշխատում է մեզ հետ: Որպես PCP ծառայող՝ մատակարարների և PCP ընտրելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունները տե՛ս Գլուխ **Անդամի ձեռնարկի***Գլուխ 3-ում*:
  - Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն 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 մատակարարի թույլտվությունն է՝ այցելելու Ձեր PCP-ն չհանդիսացող անձին:
- Դուք իրավունք ունեք ապահովագրված ծառայություններ ստանալ ցանցի մատակարարներից ողջամիտ ժամանակահատվածում:
  - Սա ներառում է մասնագետներից ծառայությունները ժամանակին ստանալու իրավունքը:
  - Եթե Դուք չեք կարողանում ստանալ ծառայություններ ողջամիտ ժամանակահատվածում, մենք պետք է վճարենք ոչ-ցանցային բուժսպասարկման համար:
- Դուք իրավունք ունեք առանց նախօրոք լիազորման արտակարգ իրավիճակի օգնության ծառայություններ կամ հրատապ անհրաժեշտ խնամք ստանալ:

- Դուք իրավունք ունեք մեր ցանցի դեղատներից դեղատոմսային դեղեր ստանալ առանց երկար ուշացման:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե երբ կարող եք այցելել ոչ-ցանցային մատակարարի: Ոչ-ցանցային մատակարարների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 3-ը*:
- Երբ Դուք առաջին անգամ եք միանում մեր ծրագրին, 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 կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 1-ը*:
- Դուք իրավունք ունեք կայացնել Ձեր առողջապահական որոշումները Ձեր բուժսպասարկման թիմի և գործի վարման պատասխանատու անձի օգնությամբ:

ՁերԱնդամի ձեռնարկի *Գլուխ 9-ն* այն մասին է, թե ինչ կարող եք անել, եթե կարծում եք, որ չեք ստանում Ձեր ծառայությունները կամ դեղերը ողջամիտ ժամանակի ընթացքում: Այն 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. Ձեր անձնական առողջական տեղեկությունները (PHI) պաշտպանելու մեր պարտավորությունը(PHI)

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

Ձեր բժշկական անձնական տվյալները ներառում են այն տեղեկատվությունը, որը Դուք տրամադրել եք մեզ, երբ անդամագրվել եք այս ծրագրին: Այն նաև ներառում է Ձեր բժշկական քարտերը և այլ բժշկական և առողջապահական տեղեկատվությունը:

Դուք իրավունք ունեք ստանալու տեղեկատվություն և վերահսկելու Ձեր PHI տվյալների օգտագործումը: Մենք կտրամադրենք ձեզ գրավոր ծանուցում, որում շարադրված են այդ իրավունքները և նաև բացատրվում է, ինչպես ենք մենք պաշտպանում Ձեր PHI տվյալների գաղտնիությունը: Այդ ծանուցագիրը կոչվում է «Գաղտնիության գործելակերպերի ծանուցագիր»:

Անդամներից, ովքեր կարող են համաձայնել ստանալ զգայուն ծառայություններ, չեն պահանջվում ստանալ որևէ այլ անդամի թույլտվություն՝ զգայուն ծառայություններ ստանալու կամ զգայուն ծառայությունների համար պահանջ ներկայացնելու համար: Molina Medicare Complete Care Plus-ը զգայուն ծառայությունների վերաբերյալ հաղորդակցությունները կուղղորդի անդամի այլընտրանքային նշանակված փոստային հասցեին, էլ. փոստի հասցեին կամ հեռախոսահամարին, կամ, նշանակման բացակայության դեպքում, անդամի անունով՝ նշված հասցեով կամ հեռախոսահամարով: Molina Medicare Complete Care Plus-ը որևէ այլ անդամի չի բացահայտի զգայուն ծառայությունների հետ կապված բժշկական տեղեկատվությունը առանց խնամք ստացող անդամի գրավոր թույլտվության: Molina Medicare Complete Care Plus-ը կընդունի գաղտնի հաղորդակցության հարցումները պահանջվող ձևով և ձևաչափով, եթե այն հեշտությամբ արտադրվում է պահանջվող ձևով և ձևաչափով կամ այլընտրանքային վայրերում: Անդամի խնդրանքը գաղտնի ծառայությունների հետ կապված գաղտնի հաղորդակցությունների վերաբերյալ վավեր կլինի այնքան ժամանակ, քանի դեռ անդամը չեղարկել է հարցումը կամ ներկայացրել է գաղտնի հաղորդակցության նոր հարցում:

C1. Ինչպես պաշտպանել Ձեր PHI տվյալները

Մենք երաշխավորում ենք, որ լիազորություն չունեցող անձիք չեն տեսնում կամ չեն փոփոխում Ձեր բժշկական գրառումները:

Սպասեք ստորև նշված դեպքերի համար, մենք Ձեր PHI-ը չենք տալիս որևէ մեկին, որը չի տրամադրում Ձեր խնամքը կամ վճարում Ձեր խնամքի համար: Եթե մենք տրամադրում ենք, մենք պետք է սկզբում ստանանք Ձեր գրավոր թույլտվությունը: Դուք կամ Ձեր փոխարեն որոշումներ կայացնելու օրինականորեն լիազորված մեկը կարող եք գրավոր թույլտվություն տալ:

Երբեմն մեզ անհրաժեշտ չէ նախ ստանալ Ձեր գրավոր թույլտվությունը: Այս բացառությունները թույլատրվում կամ պահանջվում են օրենքով:

- Մենք պետք է PHI-ն թողարկենք պետական մարմիններին, որոնք ստուգում են մեր ծրագրի խնամքի որակը:
- Մենք պարտավոր ենք տրամադրել PHI-ն՝ ըստ դատարանի հրամանի:
- Մենք պետք է Medicare-ին տանք Ձեր PHI-ը: Եթե Medicare-ը տրամադրի Ձեր PHI տվյալները հետազոտական կամ այլ կերպ օգտագործելու նպատակներով, ապա դա պետք է արվի համաձայն դաշնային օրենքի:

C2. Ձեր իրավունքը տեսնելու Ձեր բժշկական գրառումները:

- Դուք իրավունք ունեք տեսնել Ձեր բժշկական արձանագրություններն ու ստանալ Ձեր արձանագրությունների պատճենը:
- Դուք իրավունք ունեք մեզ խնդրել Ձեր բժշկական արձանագրություններում լրացումներ կամ ուղղումներ անել: 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 ենք մենք կիսել Ձեր PHI տվյալներն այլոց հետ:

Եթե Դուք ունեք հարցեր կամ մտահոգություններ Ձեր PHI տվյալների գաղտնիության վերաբերյալ, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն:

Ձեր գաղտնիությունը

Հարգելի Molina Medicare-ի անդամ:

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: PHI տվյալները 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 PHI տվյալները:

Ինչու՞ է Molina-ն օգտագործում կամ համօգտագործում մեր անդամների PHI տվյալները:

- 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 ծրագիրը վարելու համար
- PHI տվյալներն օրենքի սահմաններում այլ նպատակներով օգտագործելու կամ համօգտագործելու համար:

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

Որո՞նք են գաղտնիության Ձեր իրավունքները:

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

Ինչպե՞ս է Molina-ն պաշտպանում Ձեր PHI տվյալները:

Molina-ն օգտագործում է բազմաթիվ եղանակներ Ձեր PHI տվյալները պաշտպանելու համար մեր ամբողջ բժշկական ապահովագրության ծրագրի շրջանակներում: Սա ներառում է PHI տվյալների գրավոր, բանավոր և համակարգչային տվյալները Ստորև բերված են որոշ եղանակներ, որոնցով Molina-ն պաշտպանում է PHI տվյալները:

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

Ինչպե՞ս պետք է օրենքով վարվի Molina-ն:

- Գաղտնի պահել Ձեր PHI տվյալները:
- Տրամադրել ձեզ գրավոր տեղեկություն, ինչպես Ձեր PHI տվյալների 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 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 ֆ համօգտագործում մեր անդամների PHI տվյալները: Մեր «Անձնական տեղեկության օգտագործման կարգի վերաբերյալ ծանուցումը» գտնվում է այս Անդամի ձեռնարկի հետևյալ բաժնում: Մեր վեբկայքն է՝ www.molinahealthcare.com: Դուք նաֆ կարող եք ստանալ մեր Անձնական տեղեկության օգտագործման կարգի վերաբերյալ ծանուցման» պատճենը՝ զանգահարելով մեր Անդամների սպասարկման կենտրոն (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը տեղական ժամանակով: TTY օգտագործողներին խնդրում ենք զանգահարել 711:

ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԿԱՐԳԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA

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

Molina Healthcare-ի California («**Molina Healthcare**», «**Molina**», «**մենք**» կամ «**մեր**») օգտագործում և փոխանցում է Ձեր առողջության վերաբերյալ պաշտպանված տվյալները՝ տրամադրելու Ձեր, որպես Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ի մասնակցիի, 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 2013 թվականի սեպտեմբերի 23-ին:

PHI նշանակում է առողջության վերաբերյալ պաշտպանված տվյալներ: PHI-ը 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 համօգտագործումյներ PHI տվյալները:

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

Բուժման նպատակով

Molina-ն կարող է օգտագործել կամ համօգտագործել Ձեր PHI տվյալները, 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 PHI տվյալները 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 PHI տվյալները մեր բժշկական ապահովագրության ծրագիրը 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 PHI տվյալները անդամների մտահոգությունները լուծելու նպատակով: Ձեր PHI տվյալները 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 անդամներին (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 անդամների կարիքներին՝ ներառյալ բողոքների և հայցերի լուծումը:

Մենք համատեղ կօգտագործենք Ձեր PHI տվյալներն այլ ընկերությունների հետ («**բիզնես գործընկերների**»), որոնք իրականացնում են տարբեր տեսակի գործունեություն մեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի համար: Մենք կարող ենք նաև օգտագործել Ձեր PHI տվյալները՝ Ձեր պայմանավորվածությունների վերաբերյալ հիշեցումներ ուղարկելու նպատակով: Մենք հնարավոր է օգտագործենք Ձեր PHI տվյալները, 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 PHI տվյալներն առանց ձեզնից գրավոր թույլտվություն (հավանություն) ստանալու:

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

Օրենքով պահանջվում է

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

Հանրային առողջապահություն

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

Հետազոտություն

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

Իրավական կամ վարչական վարույթներ

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

Իրավակիրառական գործունեություն

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

Առողջապահություն ֆ անվտանգություն

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

Կառավարական գործառույթներ

Ձեր PHI-ը կարող է համօգտագործվել կառավարության հետ հատուկ գործառույթների համար, ինչպիսիք են ազգային անվտանգության գործունեությունը:

Չարաշահման, արհամարհանքի ֆ տնային բռնության զոհեր

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

Աշխատակիցների փոխհատուցում

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

Բացահայտման այլ տեսակներ

Ձեր PHI տվյալները 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 PHI տվյալները:

Molina-ին հարկավոր է Ձեր գրավոր հավանությունը՝ օգտագործելու կամ համօգտագործելու Ձեր PHI տվյալներն այս Ծանուցման մեջ թվարկվածներից բացի այլ նպատակներով: Molina-ին հարկավոր է Ձեր թույլտվությունը, նախքան մենք կբացահայտենք Ձեր PHI-ը հետևյալ նպատակներով՝ (1) հոգեբուժական նշումների շատ օգտագործումներ և բացահայտումներ, (2) օգտագործումներ և բացահայտումներ մարթեթինգային նպատակներով և (3) օգտագործումներ և բացահայտումներ, որոնք ներառում են PHI-ի վաճառքը: 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 PHI տվյալների օգտագործման կամ բացահայտման նկատմամբ (Ձեր PHI տվյալների համատեղ օգտագործում)**

Դուք կարող եք խնդրել մեզ չհամօգտագործել Ձեր PHI տվյալները բուժումը, վճարումը կամ բուժսպասարկման գործարքներն իրականացնելու նպատակով: Դուք կարող եք նաև խնդրել մեզ չհամօգտագործել Ձեր PHI տվյալները Ձեր կողմից նշված ընտանիքի անդամների, 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:

- **PHI տվյալների գաղտնի հաղորդակցությունների պահանջ**

Դուք կարող եք խնդրել Molina-ին տրամադրել Ձեր PHI տվյալները որոշակի ձևով կամ որոշակի վայրում՝ օգնելու գաղտնի պահել Ձեր PHI տվյալները: Մենք կհետևենք գաղտնի հաղորդակցության խելամիտ հարցումներին, որպեսզի տրամադրենք PHI՝ որոշակի ձևով կամ ձևաչափով, եթե այն հեշտությամբ ստեղծվում է պահանջվող ձևով և ձևաչափով կամ այլընտրանքային վայրերում: Ձեզ հարկավոր կլինի կազմել Ձեր պահանջը գրավոր ձևով:

Ձեր PHI տվյալների վերանայում ֊ պատճենում

Դուք իրավունք ունեք վերանայել և ստանալ մեր մոտ պահվող Ձեր PHI տվյալների 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 ամբողջական պատճենները: Եթե Դուք ցանկանում եք ստանալ Ձեր բժշկական քարտերի պատճենները, տեսնել կամ փոփոխել դրանք, խնդրում ենք կապվել Ձեր բժշկի կամ կլինիկայի հետ:

Ձեր PHI տվյալների ուղղում

Դուք կարող եք խնդրել մեզ ուղղել (փոփոխել) Ձեր PHI տվյալները: Սա ներառում է մեզ մոտ պահվող միայն այն գրառումները, որոնք վերաբերվում են ձեզ, որպես անդամ: 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:

PHI տվյալների բացահայտումների վերաբերյալ հաշվետվության ստացում

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

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

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 Անդամների սպասարկման կենտրոն <(855) 665-4627 հեռախոսահամարով, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը տեղական ժամանակով: TTY օգտագործողներին 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
Կարևոր՝ Անդամների սպասարկման
կենտրոն մենեջերին
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Հեռախոս. (855) 665-4627, TTY՝ 0898, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը տեղական ժամանակով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ԱՄՆ պետքարտուղարին: Department of Health and Human Services

U.S. Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն
Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

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

(202) 619-3818 (ՖԱՔՍ)

Որո՞նք են Molina-ի պարտականությունները:

Molina-ից պահանջվում է՝

- Գաղտնի պահել Ձեր PHI տվյալները:
- Տրամադրել ձեզ գրավոր տեղեկություն, ինչպես Ձեր PHI տվյալների վերաբերյալ մեր պարտականությունները և անձնական տեղեկության օգտագործման կարգը:
- Տրամադրել ձեզ ծանուցում Ձեր չպաշտպանված PHI տվյալների 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 ֆ այս Ծանուցման պայմանները: Եթե մենք կատարենք այդ փոփոխությունը, նոր պայմանները ֆ կանոնները կկիրառվեն մեր վարած բոլոր PHI տվյալների նկատմամբ: Եթե մենք նյութերում որֆէ փոփոխություն կատարենք, Molina-ն կտեղադրի վերանայված Ծանուցումը մեր վեբ կայքում ֆ կուղարկի վերանայված Ծանուցումը կամ նյութերում կատարված փոփոխությունների ֆ վերանայված Ծանուցումը ձեռք բերելու ձֆերի վերաբերյալ տեղեկությունը մեր հաջորդ տարեկան փոստային առաքման միջոցով մեր անդամներին, որոնք այդ պահի դրությամբ ապահովագրված կլինեն Molina-ի կողմից:

Կոնտակտային տվյալներ

Եթե Դուք ունեք որևէ հարցեր, խնդրում ենք կապվել հետևյալ գրասենյակի հետ՝
Հեռախոսով:
Molina Անդամների սպասարկման կենտրոն
<(855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը տեղական ժամանակով:
Գրավոր:
Molina Healthcare of California
Attention:
Medicare-ի բողոքարկումները և բողոքները
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

Այս տեղեկատվությունն անվճար հասանելի է այլ լեզուներով: Խնդրում ենք զանգահարել մեր Հաճախորդների սպասարկման համարին՝ <(855) 665-4627>, TTY <711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, տեղական ժամանակով>: Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al <(855) 665-4627,TTY 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

D. Ձեզ տեղեկատվություն տրամադրելու մեր պատասխանատվությունը

Որպես մեր ծրագրի անդամ՝ դուք իրավունք ունեք մեզանից տեղեկություններ ստանալ մեր ծրագրի, մեր ցանցի մատակարարների և ձեր ապահովագրված ծառայությունների մասին:

Եթե Դուք չեք խոսում անգլերեն, մենք ունենք թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու մեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի մասին Ձեր ունեցած յուրաքանչյուր հարցին: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ <(855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-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 Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ <(855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:

Եթե Դուք ցանկանում եք ստանալ տեղեկություն ստորև նշվածներից որևէ մեկի մասին, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝

- Ինչպես ընտրել կամ փոփոխել ծրագրերը
- Մեր ծրագիրը, ներառյալ՝
  - ֆինանսական տեղեկություն
  - ինչպես են մեզ գնահատել ծրագրի անդամները
  - անդամների ներկայացված բողոքարկումների քանակը
  - ինչպես դուրս գալ մեր ծրագրից
- Մեր ցանցային մատակարարները և դեղատները, ներառյալ՝
  - ինչպես ընտրել կամ փոխարինել առաջնային բուժօգնության մատակարարներին
  - մեր ցանցի մատակարարների և դեղատների որակավորումը
  - ինչպես ենք մենք վճարում մատակարարներին մեր ցանցում
- Փոխհատուցվող ծառայությունների և դեղերի, ինչպես նաև Ձեր կողմից պարտադիր հետևելիք կանոնների վերաբերյալ տեղեկություն, ներառյալ՝
  - ծառայություններ (տե՛ս Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխներ 3 և 4*) և դեղեր (Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխներ 5 և 6*) ծածկված մեր ծրագրի կողմից:
  - Ձեր ապահովագրության և դեղերի սահմանափակումներ
  - կանոններ, որոնց Դուք պետք է հետևեք ապահովագրված ծառայություններ և դեղեր ստանալու համար
- Ինչու ինչ-որ բան ապահովագրված չէ, և ինչ կարող եք անել այդ դեպքում, (անցեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**), ներառյալ խնդրել մեզ՝
  - գրավոր ներկայացնել, թե ինչու ինչ-որ բան ապահովագրված չէ
  - փոխել մեր ընդունած որոշումը
  - վճարել Ձեր ստացած հաշվի համար

E. Ցանցի մատակարարների՝ ձեզ ուղղակիորեն հաշիվ ներկայացնելու անկարողությունը

Մեր ցանի բժիշկները, հիվանդանոցները և այլ մատակարարները չեն կարող ստիպել ձեզ վճարել փոխհատուցվող ծառայությունների համար: Նրանք նույնպես չեն կարող մնացորդի հաշիվ ներկայացնել կամ ձեզնից գումար գանձել, եթե մենք վճարենք ավելի քիչ, քան պահանջել է մատակարարը: Որպեսզի իմանաք, ինչպես վարվել, եթե ցանցային մատակարարը փորձում է Ձեզնից գումար գանձել փոխհատուցվող ծառայությունների համար կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 7-ը*:

F. Մեր ծրագրից դուրս գալու Ձեր իրավունքը

Որևէ մեկը չի կարող ստիպել ձեզ մնալ մեր ծրագրում, եթե Դուք դա չեք ցանկանում:

- Դուք իրավունք ունեք ստանալու Ձեր առողջապահական ծառայությունների մեծամասնությունը Original Medicare կամ Medicare Advantage ծրագրի միջոցով:
- Դուք կարող եք ստանալ Ձեր Մաս D դեղատոմսով դեղի նպաստները դեղատոմսով դեղի ծրագրից կամ Medicare Advantage ծրագրից:
- կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 10-ը:*

- Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե երբ կարող եք միանալ նոր Medicare Advantage կամ դեղատոմսով դեղերի նպաստի ծրագրին:
- Տեղեկությունների համար, թե ինչպես Դուք կստանաք Ձեր Medi-Cal-ի նպաստները, եթե հեռանաք մեր ծրագրից:

G. Ձեր առողջական խնամքի մասին որոշումներ կայացնելու Ձեր իրավունքները

Դուք իրավունք ունեք լիարժեք տեղեկատվություն ստանալու Ձեր բժիշկներից և այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողներից, որոնք կօգնեն ձեզ որոշումներ կայացնել Ձեր առողջական խնամքի վերաբերյալ:

G1. Ձեր իրավունքը՝ իմանալու Ձեր բուժման ընտրությունները ֆ որոշումներ կայացնելը

- Ձեր մատակարարները պետք է բացատրեն Ձեր վիճակը և բուժման Ձեր ընտրությունները ձեզ հասկանալի ձևով: Դուք իրավունք ունեք՝
- **Իմացեք ձեր ընտրության հնարավորությունները:** Դուք իրավունք ունեք, որ ձեզ տեղեկացնեն բոլոր տեսակի բուժումների մասին:
- **Իմացեք վտանգները** Դուք իրավունք ունեք, որ ձեզ տեղեկացնեն որևէ վտանգի մասին: Դուք նախապես պետք է տեղեկացվեք, եթե որևէ ծառայություն կամ բուժում հանդիսանում է գիտահետազոտական փորձ: Դուք իրավունք ունեք հրաժարվել փորձնական բուժումներից:
- **Ստացեք երկրորդ կարծիքը:** Դուք իրավունք ունեք այցելելու մեկ այլ բժշկի նախքան բուժման վերաբերյալ որոշում կայացնելը:
- **Ասում ենք ոչ:** Դուք իրավունք ունեք հրաժարվել ցանկացած բուժումից: 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 ծրագրից: Այնուամենայնիվ, եթե Դուք հրաժարվեք բուժումից կամ դադարեցնեք դեղատոմսով դեղի ընդունումը, Դուք կկրեք ձեզ հետ պատահածի ողջ պատասխանատվությունը:
- **Դիմեք մեզ ֆ 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: Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում հայցելու կարգը նկարագրված է Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 9-ում:

G2. Ձեր իրավունքն է ասել, թե ինչ եք ուզում՝ տեղի ունենա

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 անվճար հեռախոսահամարով, շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով: Եթե խուլ եք կամ թույլ լսողություն ունեք, զանգահարեք TTY՝ <711> California-ի փոխանցման ծառայության 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 ներառյալ խնամքը, որը չեք ցանկանում:

Իրավական փաստաթուղթը, որը Դուք օգտագործում եք Ձեր ցուցումներ տալու համար, կոչվում է «նախապես հրահանգ»: Կան տարբեր տեսակի նախնական հրահանգներ և դրանց տարբեր անվանումներ: Օրինակներից են՝ կամքի արտահայտումը և բուժսպասարկման լիազորագիրը:

Ձեզանից չի պահանջվում նախնական հրահանգ ունենալ, բայց կարող եք: Ահա թե ինչ անել, եթե ցանկանում եք օգտագործել նախնական հրահանգը.

- **Ձեռք բերել ձյը:** Դուք կարող եք ստանալ ձևը Ձեր բժշկից, փաստաբանից, իրավաբանական ծառայությունների գործակալությունից կամ սոցիալական աշխատակցից: Դեղատները և մատակարարների գրասենյակները հաճախ ունեն ձևաթղթեր: Դուք կարող եք գտնել անվճար ձև առցանց և ներբեռնել այն:
- **Լրացրե՛ք ձյաթուղթը ֆ ստորագրե՛ք այն:** Ձևը հանդիսանում է իրավական փաստաթուղթ: Դուք պետք է մտածեք այն մասին, որ փաստաբանը կամ մեկ ուրիշը, ում վստահում եք, օրինակ՝ ընտանիքի անդամը կամ Ձեր PCP-ն, կօգնի ձեզ լրացնել այն:
- **Տրամադրեք պատճեններն այն մարդկանց, որոնք պետք է իմանան դրա մասին:** Դուք պետք է ձևի պատճենը տաք 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 անդամներին: Պատճենը տանը պահեք:
- 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 չեք ստորագրել նախնական բժշկական կարգադրության ձևը, հիվանդանոցում առկա են ձևերը, և ձեզ կհարցնեն, արդյոք Դուք ցանկանում եք ստորագրել դրանցից մեկը:

Դուք իրավունք ունեք՝

- Ձեր նախնական հրահանգը տեղադրեք Ձեր բժշկական գրառումներում:
- Ցանկացած ժամանակ փոխեք կամ չեղարկեք Ձեր նախնական հրահանգը:
- Իմացեք հրահանգների օրենքների առաջխաղացման փոփոխությունների մասին: Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP-ն ձեզ կտեղեկացնի նահանգի օրենսդրության փոփոխությունների մասին ոչ ուշ, քան փոփոխությունից 90 օր հետո:

Նախնական հրահանգ ունենալը Ձեր ընտրությունն է: Լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար՝ զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն:

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-ով:

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: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում՝ այս համարով զանգահարելու համար:

Գրեք. **Department of Health Care Services**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, Ca 95814

Վեբ կայք՝ https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

Հ. Բողոքներ ներկայացնելու ֆ մեր որոշումների վերանայում պահանջելու Ձեր իրավունքը

Ձեր *Անդամի ձեռնարկի*Գլուխ 9-ում պատմվում է՝ ինչ կարող եք անել, եթե ունեք որևէ խնդիրներ կամ մտահոգություններ Ձեր փոխհատուցվող 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 անդամները մեր ծրագրի հանդեպ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն:

Հ1. Ինչ անել անարդար վերաբերմունքի կամ Ձեր իրավունքների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար

Եթե կարծում եք, որ մենք ձեզ հետ անարդարացի ենք վարվել, և դա **Գլուխ 11**-ում թվարկված պատճառներով խտրականության մասին **չէ** :
Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* — կամ ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություններ Ձեր իրավունքների մասին, կարող եք զանգահարել՝

- Զանգահարեք (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով:
- Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222:
  HICAP-ի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք՝ **Գլուխ 2-ը**:
  - Los Angeles վարչաշրջան՝ <(213) 383-4519>
  - San Diego վարչաշրջան՝ <(858) 565-8772>
  - Imperial շրջան՝ <(760) 353- 0223>
  - Riverside and San Bernardino վարչաշրջան՝ <(909) 256-8369>
- Ombuds Program՝ 1-888-452-8609 հեռախոսահամարով, Այս ծրագրի վերաբերյալ և դրա հետ կապվելու ձևերի մանրամասներին ծանոթանալու համար կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 2-ը:*
- Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: (Կարող եք նաև կարդալ կամ ներբեռնել «Medicare իրավունքները և պաշտպանությունները» փաստաթուղթը Medicare-ի կայքում՝ www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf:)

I. Ձեր պարտականությունները որպես ծրագրի անդամ

Որպես ծրագրի անդամ՝ ունեք պարտավորություն կատարելու ստորև թվարկված գործողությունները: Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն:

- **Կարդացեք *Անդամի ձեռնարկը***, որպեսզի իմանաք, ինչն է մեր ծրագիրը փոխհատուցում և որ կանոններին Դուք պետք է հետևեք, որպեսզի ստանաք փոխհատուցվող ծառայություններ և դեղեր: Տեղեկություն ստանալու համար ձեր՝
  - Փոխհատուցվող ծառայությունների համար անցեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխներ 3 և 4**՝ պարզելու, թե ինչն է փոխհատուցվում, ինչը չի փոխհատուցվում, որ կանոններին Դուք պետք է հետևեք և որքան եք վճարելու:
  - Ապահովագրվող դեղերի մասին ավելին իմանալու համար անցեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխներ 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: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն, եթե Դուք ունեք այլ ծածկույթ:
- **Պատմեք Ձեր բժշկին և այլ բուժսպասարկման մատակարարներին** այն մասին, որ Դուք ընդգրկված եք մեր ծրագրում: Ցույց տվեք ծրագրի 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 ծրագրերին 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:
  - Հարցեր տվեք, որ ունեք: Ձեր բժիշկներն ու այլ մատակարարները պետք է ամեն ինչ ձեզ հասկանալի ձևով բացատրեն: Եթե Դուք հարց եք տալիս և չեք հասկանում պատասխանը, կրկին հարցրեք:
- **Համագործակցեք Ձեր գործերը վարող անձի հետ**, այդ թվում՝ առողջության ռիսկի տարեկան գնահատումը լրացնելու համար:
- **Եղեք քաղաքավարի:** Մենք մեր բոլոր անդամներից ակնկալում ենք այլ հիվանդների իրավունքների նկատմամբ հարգալից վերաբերմունք: Մենք նաև ակնկալում ենք ձեզնից հարգալից պահվածք Ձեր բժշկի գրասենյակում, հիվանդանոցում և այլ մատակարարների գրասենյակներում:
- **Տեղեկացրեք մեզ ցանկացած ծառայությունների մասին, որոնք Դուք ստանում եք մեր ծրագրից դուրս:**
- **Վճարեք ձեր պարտքերի դիմաց:** Որպես ծրագրի անդամ, Դուք պատասխանատու եք այս վճարումների համար:
  - Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի ապահովագրավճարներ: Ծրագրի անդամների մեծամասնության համար Medi-Cal-ը վճարում է Ձեր Մաս A-ի ապահովագրավճարը և Ձեր Մաս B-ի ապահովագրավճարը:

- **Եթե Դուք ստանաք մեր ծրագրի կողմից չապահովագրված որյէ ծառայություններ ամ դեղեր, Դուք պետք է վճարեք ամբողջ արժեքը:**

- **Տեղեկացրեք մեզ, եթե տեղափոխվում եք:** Եթե մտադիր եք տեղափոխվել, անմիջապես տեղեկացրեք մեզ այդ մասին: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն:
  - **Եթե Դուք դուրս եք գալիս մեր սպասարկման տարածքից, ապա չեք կարող մնալ այս ծրագրում:** Այս ծրագրի անդամ կարող են հանդիսանալ միայն մեր սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ: Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 1-ը* ձեզ պատմում է մեր սպասարկման տարածքի մասին:
  - Մենք կարող ենք օգնել ձեզ պարզել՝ արդյոք 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 ծրագիր Ձեր նոր վայրում: Մենք կարող ենք Ձեզ տեղյակ պահել, արդյոք մենք ունենք ծրագիր Ձեր նոր տարածաշրջանում:
  - Տեղեկացրեք Medicare-ին և Medi-Cal-ին Ձեր նոր հասցեն, երբ տեղափոխվեք: Medicare-ի և Medi-Cal-ի հեռախոսահամարներին ծանոթանալու համար կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի***Գլուխ 2-ը*:
  - **Եթե Դուք տեղափոխվում եք մեր սպասարկման տարածքի ներսում, մենք միևնույնն է պետք է իմանանք այդ մասին:** Մենք պետք է թարմ պահենք Ձեր անդամակցության արձանագրությունը և իմանանք՝ ինչպես կապ հաստատել ձեզ հետ:
- **Ասացեք մեզ, եթե ունեք նոր հեռախոսահամար** կամ ձեզ հետ կապվելու ավելի լավ միջոց:
- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն, եթե ունեք հարցեր կամ մտահոգություններ:

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

Ներածություն

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

- Դուք ունեք խնդիր կամ բողոք կապված Ձեր ծրագրի հետ:
- Ձեզ հարկավոր է ծառայություն, պարագա կամ դեղ, որի համար Ձեր ծրագիրը հայտարարել է, որ չի վճարելու:
- Դուք համաձայն չեք Ձեր ծրագրի կողմից Ձեր բուժսպասարկման վերաբերյալ կայացրած որոշման հետ:
- Դուք կարծում եք, որ ապահովագրված ծառայությունները շատ շուտ են ավարտվում:
- Դուք խնդիր կամ բողոք ունեք կապված Ձեր երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունների և օժանդակման հետ, որը ներառում է, Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված (CBAS) և Բուժքույրական խնամքի հաստատությունների (NF) ծառայությունները:

Այս գլուխը տրոհված է տարբեր բաժինների, որպեսզի օգնի ձեզ հեշտությամբ գտնել Ձեր փնտրածը: **Եթե Դուք ունեք խնդիր կամ մտահոգություն, ձեզ միայն հարկավոր է կարդալ այս գլխի այն մասերը, որոնք վերաբերում են Ձեր իրավիճակին:**

Որպես Ձեր բուժսպասարկման ծրագրի մաս՝ Դուք պետք է ստանաք առողջական խնամք, դեղեր և երկարատև ծառայություններ ու աջակցություն, որոնք Ձեր բժիշկն ու այլ մատակարարները համարում են անհրաժեշտ Ձեր խնամքի համար: **Եթե Դուք Ձեր բուժսպասարկման հետ կապված խնդիրներ ունեք, Դուք կարող եք զանգահարել Ombuds ծրագիր 1-888-452-8609 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 Ombuds ծրագրին՝ ստանալու ուղեգիր Ձեր խնդրի լուծման համար: Ձեր մտահոգությունները հասցեագրելու և նրանց հետ կապ հաստատելու ուղիների մասին լրացուցիչ աղբյուրների համար կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 2-ը* :

Բովանդակություն

A. Ինչ անել խնդիր կամ բողոք ունենալու դեպքում 174
A1. Իրավաբանական եզրույթների մասին 174
B. Որտեղից օգնություն ստանալ 174
B1. Լրացուցիչ տեղեկությունների և օգնության համար 174
C. Հասկանալով Medicare-ի և Medi-Cal-ի բողոքներն ու բողոքարկումները մեր ծրագրում 176
D. Ձեր նպաստներին վերաբերող խնդիրներ 176
E. Ապահովագրության որոշումներ և բողոքարկումներ 176
E1. Փոխհատուցման որոշումներ 177
E2. Բողոքարկումներ 177
E3. Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների հետ կապված օգնություն 178
E4. Այս գլխի ո՞ր բաժինը կարող է օգնել ձեզ 179
F. Բժշկական խնամք 179
F1. Այս բաժնից օգտվելը 179
F2. Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանք 180
F3. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի բողոքարկում կատարել 182
F4. Ինչպե՞ս կարող եմ մակարդակ 2-ի բողոքարկում կատարել 185
F5. Վճարման հետ կապված խնդիրներ 191
G. Medicare Մաս D դեղատոմսային դեղեր 192
G1. Մաս D փոխհատուցումներ և բողոքարկումներ 192
G2. Մաս D բացառություններ 194
G3. Կարևոր տեղեկություններ բացառություն պահանջելու վերաբերյալ 195
G4. Ապահովագրության որոշում՝ ներառյալ բացառությունը 195
G5. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի բողոքարկում կատարել 198
G6. Ինչպե՞ս կարող եմ մակարդակ 2-ի բողոքարկում կատարել 200
H. Հիվանդանոցում ավելի երկար մնալու խնդրանքի ապահովագրության հայց 201
H1. Medicare-ի շրջանակներում Ձեր իրավունքների մասին տեղեկանալը 202
H2. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի բողոքարկում կատարել 203
H3. Ինչպե՞ս կարող եմ մակարդակ 2-ի բողոքարկում կատարել 205
H4. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի այլընտրանքային Բողոքարկում կատարել 205
H5. Ինչպե՞ս կարող եմ 2-րդ մակարդակի Այլընտրանքային բողոքարկում կատարել 206
I. Դիմում՝ որոշակի բժշկական ծառայությունների ապահովագրությունը շարունակելու համար 207
I1. Նախնական ծանուցում նախքան Ձեր ծածկույթի ավարտը 207
I2. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի բողոքարկում կատարել 208
I3. Ինչպե՞ս կարող եմ մակարդակ 2-ի բողոքարկում կատարել 209
I4. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի այլընտրանքային Բողոքարկում կատարել 211
I5. Ինչպե՞ս կարող եմ 2-րդ մակարդակի Այլընտրանքային բողոքարկում կատարել 212

J. Ձեր բողոքարկումը 2-րդ մակարդակից վեր տեղափոխելը 212
J1. Հաջորդ քայլերը Medicare ծառայությունների և պարագաների համար 212
J2. Medi-Cal-ի լրացուցիչ բողոքարկումներ 214
J3. Բողոքարկել 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակները՝ Մաս D-ի դեղերի հարցումների համար .. 214
K. Ինչպե՞ս ներկայացնել բողոք 216
K1. Ինչպիսի խնդիրների համար է գանգատ ներկայացվում 216
K2. Ներքին բողոքներ 217
K3. Արտաքին բողոք 218

A. Ինչ անել խնդիր կամ բողոք ունենալու դեպքում

Այս գլուխը բացատրում է, թե ինչպես կարգավորել խնդիրները և մտահոգությունները: Գործընթացը, որը Դուք օգտագործում եք, կախված է Ձեր ունեցած խնդրի տեսակից: Օգտագործեք մի գործընթաց **փոխհատուցման որոշումների ֆ բողոքարկումների համար** և մյուսը՝ **բողոքներ ներկայացնելու համար,**կոչվում է նաև դժգոհություն: Արդարություն և արագություն ապահովելու համար յուրաքանչյուր գործընթաց ունի մի շարք կանոններ, ընթացակարգեր և ժամկետներ, որոնց մենք և Դուք պետք է հետևենք:

A1. Իրավաբանական եզրույթների մասին

Այս գլխում կան իրավական տերմիններ որոշ կանոնների և վերջնաժամկետների համար: 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 ասում ենք՝

- «Բողոքարկել», «հայց ներկայացնել» ասելու փոխարեն
- «Փոխհատուցման որոշում» ասել՝ «կազմակերպության սահմանում», «նպաստների սահմանում» կամ «ռիսկայնության սահմանում» ասելու փոխարեն
- «Փոխհատուցման արագացված որոշում», «արագացված որոշում» ասելու փոխարեն
- «Անկախ վերանայող կազմակերպություն»՝ «Անկախ վերանայող անձի» փոխարեն.

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

B. Որտեղից օգնություն ստանալ

B1. Լրացուցիչ տեղեկությունների ֆ օգնության համար

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:

Օնություն Health Insurance Counseling and Advocacy Program (Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության ֆ շահերի պաշտպանություն) ծրագրի կողմից

Դուք կարող եք նաև զանգահարել Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրից (HICAP) 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 կապված չէ մեր կամ որևէ բուժապահովագրական կազմակերպության, կամ բժշկական ապահովագրության ծրագրի 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:

Օգնություն Առողջապահության սպառողների դաշինքից

Դուք կարող եք զանգահարել Health Consumer Alliance-ին և խոսել փաստաբանի հետ Ձեր առողջության ապահովագրության հարցերի մասին: Նրանք առաջարկում են անվճար իրավաբանական օգնություն: Health Consumer Alliance-ը կապված չէ մեր կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ բժշկական ապահովագրության ծրագրի հետ: Նրանց հեռախոսահամարն է 1-888-804-3536, իսկ կայքը՝ www.healthconsumer.org:

Օգնություն ֆ տեղեկատվություն Medicare-ից

Լրացուցիչ տեղեկությունների և օգնության համար կարող եք կապվել Medicare-ի հետ: Ահա Medicare-ից օգնություն ստանալու երկու ձև՝

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

Օգնություն ֆ տեղեկատվություն Medi-Cal-ից

Զանգահարեք (916) 449-5000, երկուշաբթիից - ուրբաթ, ժամը 8:00 a.m-ից 5 p.m.-ը, տեղական ժամանակով>:

TTY՝ 711

Օգնություն California Department of Health Care Services-ից

California Department of Health Care Services-ի (DHCS) Medi-Cal-ի կարգավորվող խնամքի հարցերով օմբուդսմենը կարող է նույնպես օգնել: Նրանք կարող են օգնել, եթե Դուք առողջապահական ծրագրին միանալու, փոփոխելու կամ դուրս գալու խնդիր: Նրանք կարող են նաև օգնել, եթե Դուք տեղափոխվել եք կամ խնդիրներ ունեք Ձեր Medi-Cal-ը նոր վարչաշրջան տեղափոխելու համար: Կարող եք զանգահարել օմբուդսմենին երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 8 a.m.-ից 5:00 p.m.-ը: 1-888-452-8609 հեռախոսահամարով:

Օգնություն California Department of Managed Health Care Plus-ից

Անվճար օգնության համար կապվեք California-ի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքի հետ: DMHC-ն պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերը կարգավորելու համար: DMHC-ն օգնում է Medi-Cal-ի ծառայություններին առնչվող բողոքարկումների կամ հաշիվների հետ կապված խնդիրների կապակցությամբ: Հեռախոսահամարն է՝ **1-888-466-2219**: Խուլերը, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցողները կարող են օգտվել անվճար TDD համարից՝ **1-877-688-9891**:

California-ի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքը պատասխանատու է առողջական խնամքի ծառայության ծրագրերը կարգավորելու համար: Ծրագրի դեմ բողոք ունենալու դեպքում պետք է առաջին հերթին զանգահարեք Ձեր բժշկական ապահովագրության պլանի հետևյալ հեռախոսահամարով (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը-ը՝ տեղական ժամանակով, և մինչև սպասարկման բաժինը 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 մնացել ավելի քան 30 օր, դուք կարող եք աջակցման համար զանգահարել Դեպարտամենտ: Դուք կարող եք նաև անկախ բժշկական փորձաքննության (Independent Medical Review, IMR)

իրավունք ունենալ: Եթե 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: Բաժանմունքում կա նաև անվճար հեռախոսահամար՝ **(1-888-HMO-2219)** և **TDD** գիծ՝ (**1-877-688-9891**) լսողության և խոսքի խանգարումներ ունեցող անձանց համար: Դեպարտամենտի ինտերնետային վեբկայքը՝ **www.dmhc.ca.gov, ունի բողոք ներկայացնելու ձեր, Անկախ բժշկական փորձաքննության դիմումի ձեր ֆ հրահանգներ, որոնք հասանելի են առցանց**:

C. Հասկանալով Medicare-ի ֆ Medi-Cal-ի բողոքներն ու բողոքարկումները մեր ծրագրում

Դուք ունեք Medicare և Medi-Cal: Այս գլխի տեղեկությունները վերաբերում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի ձեր բոլոր նպաստներին: Սա երբեմն կոչվում է «ինտեգրված գործընթաց», քանի որ այն համատեղում կամ ինտեգրում է Medicare և Medi-Cal գործընթացները:

Երբեմն Medicare-ի և Medi-Cal-ի գործընթացները հնարավոր չէ համատեղել: Այդ իրավիճակներում դուք կիրառում եք մի գործընթաց՝ Medicare-ի նպաստի համար և մեկ այլ գործընթաց՝ Medi-Cal նպաստի համար: **F4 բաժինը** բացատրում է այդ իրավիճակները:

D. Ձեր նպաստներին վերաբերող խնդիրներ

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 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: Իմ խնդիրը վերաբերում է նպաստներին կամ փոխհատուցմանը: Անցե՛ք **Բաժին E «Ծածկույթի որոշումներ ֆ բողոքարկումներ»** էջ <155>:	**Ոչ:** Իմ խնդիրը չի վերաբերում նպաստներին կամ փոխհատուցմանը: Անցե՛ք **Բաժին K՝ «Ինչպես գանգատ ներկայացնել»** էջ՝ <186>

E. Ապահովագրության որոշումներ ֆ բողոքարկումներ

Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների համար դիմելու գործընթացը վերաբերվում է Ձեր նպաստների և ապահովագրության հետ կապված խնդիրներին: Այն նաև ներառում է վճարման հետ կապված խնդիրները:

E1. Փոխհատուցման որոշումներ

Փոխհատուցման որոշումը նախնական որոշում է, որը մենք կայացնում ենք Ձեր նպաստների և ապահովագրության կամ Ձեր բժշկական ծառայությունների, պարագաների կամ դեղերի համար մեր կողմից վճարվող գումարի վերաբերյալ: Մենք կայացնում ենք փոխհատուցման որոշում ամեն անգամ, երբ որոշում ենք՝ ինչն է փոխհատուցվում Ձեր համար և որքան ենք մենք վճարում: Օրինակ, Ձեր ցանցի բժիշկը ձեզ համար բարենպաստ ապահովագրական որոշում է կայացնում, երբ Դուք նրանից բժշկական օգնություն եք ստանում կամ եթե նրանք ձեզ ուղղորդում են բժշկի մոտ:

Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով կարող եք մեզ դիմել նաև Դուք կամ Ձեր բժիշկը: Դուք կամ Ձեր բժիշկը կարող եք վստահ լինել, թե արդյոք մենք ապահովագրում ենք կոնկրետ բժշկական ծառայություն կամ դեղամիջոց:

Եթե մենք կարող ենք հրաժարվել բժշկական օգնություն տրամադրելուց, որը Դուք կարծում եք, որ ձեզ անհրաժեշտ է: **Եթե ցանկանում եք իմանալ, թե արդյոք մենք ապահովագրելու ենք բժշկական ծառայությունը նախքան այն ստանալը, կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրական որոշում կայացնել ձեզ համար:**

Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք որոշել, որ ծառայությունը կամ դեղը ապահովագրված չէ կամ այլևս ապահովագրված չէ Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից: Եթե համաձայն չեք ապահովագրության այս որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել:

E2. Բողոքարկումներ

Եթե մենք ապահովագրական որոշում կայացնենք, և այս որոշումը ձեզ չի բավարարում, կարող եք «բողոքարկել» որոշումը: Բողոքարկումը մեզանից պահանջելու պաշտոնական եղանակ է՝ վերանայել և փոխել մեր կողմից ընդունված ապահովագրական որոշումը:

Երբ առաջին անգամ եք բողոքարկում որոշումը, դա կոչվում է 1-ին մակարդակի բողոքարկում: Այս բողոքարկումում մենք վերանայում ենք մեր կողմից ընդունված փոխհատուցման որոշումը՝ ստուգելու համար, թե արդյոք մենք պատշաճ կերպով հետևել ենք բոլոր կանոններին: Ձեր բողոքարկումը վարում են տարբեր վերանայողներ, ավելի շատ քան նրանք, ովքեր սկզբնական անբարենպաստ որոշում են կայացրել:

Դեպքերից շատերում Դուք պետք է սկսեք բողոքարկման գործընթացը Մակարդակ 1-ից: Եթե դուք չեք ցանկանում սկզբից դիմել Medi-Cal ծառայության ծրագրին, 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՝ www.dmhc.ca.gov.: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար անցեք էջ 153:

Վերանայումն ավարտելուց հետո մենք ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք մեր որոշման մասին: Որոշակի հանգամանքներում, որոնք բացատրվում են այս գլխում ավելի ուշ, Դուք կարող եք խնդրել արագացված կամ «արագ ապահովագրման որոշում» կամ արագ բողոքարկել ապահովագրության որոշումը:

Եթե մենք ասենք **Ոչ** Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման ամբողջ կամ մի մասի համար, Դուք կարող եք անցնել 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը: Անկախ վերանայման կազմակերպությունը, որը կապված չէ մեզ հետ, իրականացնում է 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը:

- Որոշ իրավիճակներում Ձեր գործը **ավտոմատ կերպով ուղարկվում** է Անկախ վերանայման կազմակերպություն՝ 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար: Եթե դա տեղի ունենա, մենք կտեղեկացնենք ձեզ:

- Այլ իրավիճակներում Դուք **պետք է խնդրեք** 2-րդ մակարդակի բողոքարկում:
- Անցե՛ք **Բաժին F4՝** 2-րդ մակարդակի մասին լրացուցիչ տեղեկության համար:

Եթե ձեզ չի բավարարում 2-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշումը, կարող եք բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակներ անցնել:

E3. Փոխհատուցման որոշումների ֆ բողոքարկումների հետ կապված օգնություն

Դուք կարող եք դիմել աջակցության համար հետևյալ եղանակներից մեկով՝

- Զանգահարեք **Անդամների սպասարկման կենտրոն** (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, տեղական ժամանակով>:
- Զանգահարեք **Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության ֆ պաշտպանության ծրագրի ներկայացուցիչներին (HICAP)** ՝ 1-800-434-0222հեռախոսահամարով:
- **Զանգահարեք Կարգավորվող առողջապահության դեպարտամենտի** (DMHC) Տեղեկատվական կենտրոն՝ անվճար խորհրդակցություն ստանալու համար: DMHC-ն պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերը կարգավորելու համար: DMHC-ն օգնում է Medi-Cal-ի ծառայություններին առնչվող բողոքարկումների կամ հաշիվների հետ կապված խնդիրների կապակցությամբ: Հեռախոսահամարն է՝ **1-888-466-2219**: Խուլերը, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցողները կարող են օգտվել անվճար TDD համարից՝ **1-877-688-9891**:
- **Ձեր բժշկը կամ այլ մատակարարը:** Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարարը կարող են Ձեր անունից ապահովագրության որոշում խնդրել կամ բողոքարկում ներկայացնել:
- **Ընկեր կամ ընտանիքի անդամ:** Դուք կարող եք նշել մեկ այլ անձնավորության, ով կգործի Ձեր անունից, որպես Ձեր "ներկայացուցիչ", որը կդիմի փոխհատուցման որոշման կամ բողոքարկման համար:
- **Իրավաբան**: Դուք իրավունք ունեք պաշտպան ունենալու, բայց **ձեզանից չեն պահանջվում ունենալ փաստաբան**՝ ապահովագրական որոշում պահանջելու կամ բողոքարկում ներկայացնելու համար:
  - Դուք կարող եք զանգահարել Ձեր սեփական փաստաբանին կամ ստանալ փաստաբանի անունը փաստաբանների տեղական միությունից կամ այլ տեղեկատու ծառայությունից: Որոշ իրավական խմբեր կարող են ձեզ տրամադրել անվճար իրավաբանական ծառայություններ, եթե Դուք որակավորվում եք:
  - Առողջապահության սպառողների դաշինքից կարող եք իրավաբանական օգնություն խնդրել 1-888-804-3536 հեռախոսահամարով:
- Լրացրեք Ներկայացուցչի նշանակման ձևաթուղթը, եթե ցանկանում եք, որ փաստաբանը կամ մեկ ուրիշը հանդես գա որպես Ձեր ներկայացուցիչ: Այդ ձևաթուղթը անձին թույլ է տալիս գործել Ձեր անունից: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն էջի ներքևի համարներով և խնդրեք «Ներկայացուցչի նշանակում» ձևաթուղթը: Դուք կարող եք ստանալ ձևը՝ այցելելով www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/ cms1696.pdf կամ մեր կայք՝ www.MolinaHealthcare.com/Medicare հասցեով: Դուք մեզ պետք է տրամադրեք ձևի ստորագրված պատճենը:

E4. Այս գլխի ո՞ր բաժինը կարող է օգնել ձեզ

Գոյություն ունեն չորս տարբեր տեսակի իրավիճակներ, որոնք ներառում են փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ: Յուրաքանչյուր իրավիճակ ունի տարբեր կանոններ և վերջնաժամկետներ: Այս գլխի առանձին բաժնում մենք տալիս ենք մանրամասներ յուրաքանչյուրի համար: կարդացեք **բաժինը, որը կիրառվում է՝**

- **Բաժին F**, «Բժշկական խնամք»
- **Բաժին G**. «Medicare Մաս D դեղատոմսային դեղեր»
- **Բաժին H**. «Հիվանդանոցում երկար գտնվելու համար փոխհատուցում տրամադրելու խնդրանք»
- **Բաժին I**. «Խնդրում եք մեզ շարունակել ապահովագրել որոշակի բժշկական ծառայություններ (Այս բաժինը վերաբերում է միայն այս ծառայություններին՝ տնային առողջապահություն, հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամք և Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայություններ:)

Եթե վստահ չեք, թե որ բաժնից պետք է օգտվել, զանգեք Անդամների սպասարկում կենտրոն՝ էջի ներքևում գտնվող համարներով:

F. Բժշկական խնամք

Այս բաժինը բացատրում է, թե ինչ անել, եթե բժշկական օգնության համար ապահովագրություն ստանալու հետ կապված խնդիրներ ունեք, կամ եթե ցանկանում եք, որ մենք փոխհատուցենք Ձեր խնամքի համար:

Այս բաժինը վերաբերում է Ձեր արտոնություններին բժշկական օգնության և ծառայությունների համար, որոնք նկարագրված են Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 4-ում*: Այս բաժնի մնացած մասում մենք հիմնականում վերաբերում ենք «բժշկական խնամքի ծածկույթին» կամ «բժշկական խնամքին»: «Բժշկական օգնություն» տերմինը ներառում է բժշկական ծառայություններ և պարագաներ, ինչպես նաև Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղեր, որոնք սովորաբար Ձեր բժշկի կամ բուժաշխատողի կողմից տրամադրվող դեղեր են:

Տարբեր կանոններ կարող են կիրառվել Մաս B-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոցի նկատմամբ: Երբ նրանք դա անում են, մենք բացատրում ենք, թե ինչպես են Մաս B-ի դեղատոմսով դեղերի կանոնները տարբերվում բժշկական ծառայությունների և ապրանքների կանոններից:

F1. Այս բաժնից օգտվելը

Այս բաժինը նկարագրում է Ձեր հնարավոր գործողությունները հետևյալ իրավիճակների առաջացման դեպքում՝

1. Դուք կարծում եք, որ մենք ապահովագրում ենք ձեզ անհրաժեշտ բժշկական օգնությունը, սակայն չեք ստանում:

   Ինչ կարող եք անել.Դուք կարող եք մեզ խնդրել՝ ձեզ համար ապահովագրության որոշում կայացնել: Անցե՛ք **Բաժին F2**

2. Մենք չենք հաստատել այն բժշկական օգնությունը, որը ցանկանում է տրամադրել Ձեր բժիշկը կամ այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցող, և Դուք կարծում եք, որ մենք պետք է դա անենք:

   Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել ծրագրի՝ չվճարելու որոշումը: Անցե՛ք **Բաժին F3:**

3. Դուք ստացել եք ծառայություններ կամ պարագաներ, որոնք, Ձեր կարծիքով, մենք փոխհատուցում ենք, սակայն մենք չենք վճարում դրանց համար:

   Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել ծրագրի՝ չվճարելու որոշումը: Անցեք **Բաժին F5:**

4. Դուք ստացել եք բժշկական ծառայություններ կամ պարագաներ, որոնք, Ձեր կարծիքով, ապահովագրված էին և վճարել եք դրանց համար, և ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցենք ձեզ:

   Ինչ կարող եք անել.Կարող եք մեզ խնդրել հետ վճարել: Անցեք **Բաժին F5:**

5. Մենք կրճատել կամ դադարեցրել ենք Ձեր ապահովագրությունը որոշակի բժշկական օգնության համար, և Դուք կարծում եք, որ մեր որոշումը կարող է վնասել Ձեր առողջությանը:

6. Դուք խնամքի հետաձգումներ եք զգում կամ չեք կարողանում բժիշկ գտնել:

   Ինչ կարող եք անել.Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը նվազեցնել կամ դադարեցնել ծառայությունը: Անցե՛ք **Բաժին F4.**

   - 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: Անցե՛ք **Բաժին H-ը** կամ **Բաժին I-ն**՝ ավելին իմանալու համար:
   - Բոլոր այլ իրավիճակների համար, որոնք կապված են որոշակի բժշկական օգնության Ձեր ապահովագրության կրճատման կամ դադարեցման հետ, օգտագործեք այս բաժինը (**Բաժին F**) որպես Ձեր ուղեցույց:

F2. Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանք

> Երբ ապահովագրության որոշումը» ներառում է Ձեր բժշկական օգնությունը, այն կոչվում է «**ինտեգրված կազմակերպության որոշում**»:

Դուք, Ձեր բժիշկը կամ Ձեր ներկայացուցիչը կարող եք մեզանից ապահովագրության որոշում խնդրել հետևյալով՝

- Զանգահարեք (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, տեղական ժամանակով>:
- Ֆաքս՝ <(844) 834-2155>:
- Գրեք՝ <Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802>.

Մենք կորոշենք պլանային նախնական հաստատումները՝ որոշում կայացնելու համար անհրաժեշտ տեղեկությունները ստանալուց հետո 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում և ոչ ուշ, քան հայտը ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Ծածկույթի ստանդարտ որոշում

Երբ մենք ձեզ տալիս ենք մեր որոշումը, մենք օգտագործում ենք «ստանդարտ» ժամկետները, եթե մենք համաձայն չենք օգտագործել «արագ» ժամկետները: Ծածկույթի ստանդարտ որոշումը նշանակում է, որ մենք ձեզ պատասխանում ենք հետևյալի վերաբերյալ՝

- Բժշկական ծառայության կամ ապրանքի՝ որոշում կայացնելու համար անհրաժեշտ տեղեկությունները ստանալուց հետո 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում և ոչ ուշ, քան հայտը ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Medicare Մաս B դեղատոմսով դուրս գրվող դեղի՝ Ձեր հարցումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:

Բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար, ներառյալ արագ բողոքը, տես **Բաժին K-ը**:

Ծածկույթի արագ որոշում

> «Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնելու» համապատասխան իրավաբանական եզրույթն է «**արագացրած որոշումը**»:

Երբ Դուք խնդրում եք մեզ ապահովագրական որոշում կայացնել Ձեր բժշկական օգնության վերաբերյալ, և Ձեր առողջությունը պահանջում է արագ արձագանք, խնդրեք մեզ կայացնել «արագ ապահովագրման որոշում»: Ծածկույթի արագ որոշումը նշանակում է, որ մենք ձեզ պատասխան կտանք հետևյալի մասին.

- Բժշկական ծառայություն կամ ապրանք Ձեր հարցումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Medicare Մաս B դեղատոմսով դուրս գրվող դեղի՝ Ձեր հարցումը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:

Բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար, ներառյալ արագ բողոքը, տես **Բաժին K-ը**: Որոշումը կայացնելուն պես կզանգահարենք ձեզ:

Փոխհատուցման արագ որոշում ստանալու համար Դուք պետք է բավարարեք հետևյալ երկու պահանջները.

- Դուք ապահովագրություն եք խնդրում բժշկական օգնության համար, որը **չեք ստացել**: (Դուք չեք կարող խնդրել արագ ապահովագրության որոշում, եթե Ձեր պահանջը վերաբերում է Ձեր կողմից արդեն ստացված բուժսպասարկման կամ պարագայի վճարմանը):
- Ստանդարտ ժամկետների օգտագործումը **կարող է լուրջ վնաս հասցնել Ձեր առողջությանը** կամ վնասել Ձեր գործելու կարողությանը*:*

Կատարեք «արագ փոխհատուցման որոշում նախօրոք», եթե Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա: Եթե Դուք հայցում եք 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 կուղարկեքն: Նամակում ասվում է.

- Մենք ավտոմատ կերպով ձեզ արագ ապահովագրական որոշում ենք տալիս, եթե Ձեր բժիշկը խնդրի այդ մասին
- Նամակը ձեզ նաև կտեղեկացնի, թե ինչպես կարող եք ներկայացնել «արագ գանգատ»՝ մեր կողմից ձեզ ապահովագրության արագ որոշման փոխարեն ստանդարտ ապահովագրության որոշում տրամադրելու դեմ: Բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար, ներառյալ արագ բողոքը, տես **Բաժին K-ը**:

Եթե մենք ասում ենք Ոչ Ձեր խնդրանքի մի մասի կամ ամբողջության համար, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որտեղ բացատրում ենք պատճառները:

- Եթե ասենք **Ոչ**, ապա Դուք իրավունք ունեք բողոքարկել: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, բողոքարկումը մեզանից պահանջելու պաշտոնական միջոց է վերանայել մեր որոշումը և փոխել այն:
- Եթե որոշեք բողոքարկել որոշումը, դա կնշանակի, որ Դուք անցնում եք բողոքարկումների գործընթացի Մակարդակ 1-ին (լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք **Բաժին F3**-ը):

Սահմանափակ հանգամանքներում մենք կարող ենք մերժել ապահովագրության որոշման Ձեր հայցը, ինչը նշանակում է, որ մենք չենք վերանայելու հարցումը: Օրինակները, երբ հարցումը մերժվելու է, ներառում են՝

- Եթե հարցումը թերի է,
- Եթե ինչ-որ մեկը հարցում է անում Ձեր անունից, բայց իրավաբանորեն իրավասու չէ դա անել, կամ
- Եթե Դուք խնդրում եք հետ կանչել Ձեր հարցումը:

Եթե մենք մերժենք ապահովագրության որոշման հարցումը, մենք ձեզ ծանուցում կուղարկենք՝ բացատրելով, թե ինչու է հարցումը մերժվել և ինչպես խնդրել մերժման վերանայում: Այս վերանայումը կոչվում է բողոքարկում: Բողոքարկումները քննարկվում են հաջորդ բաժնում:

F3. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի բողոքարկում կատարել

Բողոքարկումը սկսելու համար Դուք, Ձեր բժիշկը, նշանակումն անող անձը կամ Ձեր ներկայացուցիչը պետք է կապվեք մեզ հետ: Զանգահարեք (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, տեղական ժամանակով>: Բողոքարկում ներկայացնելու նպատակով մեզ հետ կապվելու վերաբերյալ լրացուցիչ մանրամասներ իմանալու համար կարդացեք **Գլուխ 2-ում:**

Խնդրեք «ստանդարտ բողոքարկում» կամ «արագ բողոքարկում»: գրավոր կամ զանգահարելով մեզ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 7, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, տեղական ժամանակով>:

- Եթե Ձեր բժիշկը կամ այլ նշանակողը խնդրում է շարունակել ծառայությունը կամ ապրանքը, որը Դուք արդեն ստանում եք Ձեր բողոքարկման ընթացքում, Դուք կարող եք նրանց անվանել որպես Ձեր ներկայացուցիչ՝ Ձեր անունից հանդես գալու համար:
- Եթե Ձեր բժշկից բացի որևէ մեկը բողոքարկում է ձեզ համար, ներառեք Ներկայացուցչի նշանակման ձևաթուղթ, որը լիազորում է այս անձին ներկայացնել ձեզ: Ձևաթուղթը կարող եք ձեռք բերել այցելելով՝ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf կամ մեր կայք՝ www.MolinaHealthcare.com/Medicare հասցեով:
- Մենք կարող ենք ընդունել բողոքարկման հարցում առանց ձևի, բայց մենք չենք կարող սկսել կամ ավարտել մեր վերանայումը, մինչև չստանանք այն: Եթե մենք չստանանք ձևաթուղթը Ձեր բողոքարկման հարցումը ստանալուց հետո 44 օրացուցային օրվա ընթացքում՝
  - Մենք մերժում ենք Ձեր խնդրանքը և
  - Մենք ձեզ գրավոր ծանուցում ենք ուղարկում՝ բացատրելով Ձեր իրավունքը՝ խնդրելով Անկախ վերանայման կազմակերպությանը վերանայել Ձեր բողոքարկումը մերժելու մեր որոշումը:

Ձեր բողոքարկումը ներկայացնելուց հետո 5 օրացուցային օրվա ընթացքում դուք մեզնից կստանաք նամակ՝ բողոքարկման ստացումը հաստատելու համար:

Դուք պետք է բողոքարկում ներկայացնեք մեր որոշման նամակի վրա նշված ամսաթվից **60 օրացուցային օրվա** ընթացքում:

Եթե հարգելի պատճառներով բողոքարկումը չկատարեք նշված ժամկետներում, ապա մենք կարող եք դա անելու համար ձեզ լրացուցիչ ժամանակ տրամադրել: Լավ պատճառների օրինակներ են այնպիսի բաներն, ինչպիսիք են, օրինակ, Դուք լուրջ հիվանդություն եք ունեցել կամ մենք ձեզ սխալ տեղեկատվություն ենք տվել վերջնաժամկետի վերաբերյալ: Բացատրեք, թե ինչու է Ձեր բողոքարկումն ուշանում, երբ բողոքարկում եք:

Դուք մեզնից Ձեր բողոքարկմանը վերաբերող տեղեկատվության մեկ օրինակ պահանջելու իրավունք ունեք: Այո, Դուք և Ձեր բժիշկը կարող եք մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել Ձեր բողոքարկումը հիմնավորելու նպատակով:

Եթե Ձեր առողջությունը պահանջում է, ապա խնդրեք «արագ բողոքարկում»

> «Արագ բողոքարկման» համապատասխան իրավաբանական եզրույթն է **«արագացրած վերանայումը»**:

- Եթե Դուք բողոքարկում եք մեր կողմից ընդունված որոշումը խնամքի ապահովագրության մասին, որը Դուք չեք ստացել, Դուք և/կամ Ձեր բժիշկը որոշում եք, թե արդյոք ձեզ արագ բողոքարկման կարիք ունի:
- Արագ բողոքարկման գործընթացը նույնն է, ինչ արագ ապահովագրման որոշման դեպքում: Արագ բողոքարկում խնդրելու համար հետևեք **Բաժին F2** արագ ապահովագրման որոշում խնդրելու հրահանգներին:
- Եթե Ձեր բժիշկը մեզ ասի, որ Ձեր առողջությունը դա պահանջում է, մենք ձեզ արագ բողոքարկում կներկայացնենք:

Եթե մենք ձեզ ասենք, որ դադարեցնում կամ կրճատում ենք ծառայությունները կամ ապրանքները, որոնք Դուք արդեն ստանում եք, Դուք կարող եք շարունակել այդ ծառայությունները կամ տարրերը Ձեր բողոքարկման ընթացքում:

- Եթե մենք որոշենք փոփոխել կամ դադարեցնել ծառայության կամ պարագայի ապահովագրումը, որը ավելի վաղ հաստատվել է, ապա նախքան քայլեր ձեռնարկելը՝ մենք ձեզ կուղարկենք ծանուցում այդ մասին:
- Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել:
- Մենք շարունակում ենք ծածկել ծառայությունը կամ ապրանքը, եթե Դուք խնդրեք 1-ին մակարդակի բողոքարկում **10 օրացուցային օրվա ընթացքում**
- մեր նամակում նշված ամսաթվին կամ գործողության նախատեսվող ուժի մեջ մտնելու ամսաթվին, անկախ նրանից, թե որն է ավելի ուշ:
  - Եթե Դուք համապատասխանում եք այս վերջնաժամկետին, Դուք կստանաք ծառայությունը կամ ապրանքը առանց փոփոխության, քանի դեռ Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը սպասվում է:
  - Դուք նաև կստանաք բոլոր մյուս ծառայությունները կամ ապրանքները (որոնք Ձեր բողոքարկման առարկան չեն) առանց փոփոխության:

- Եթե Դուք չբողոքարկեք մինչև այս ժամկետները, ապա Ձեր ծառայությունը կամ դեղորայքը չեն շարունակվի մինչ սպասում եք Ձեր բողոքարկման որոշմանը:

Մենք դիտարկում ենք Ձեր բողոքը ֆ տալիս ենք մեր պատասխանը:

- Երբ մենք վերանայում ենք Ձեր բողոքարկումը, մենք ևս մեկ անգամ ուշադիր ուսումնասիրում ենք բժշկական օգնության փոխհատուցման Ձեր հայցի վերաբերյալ բոլոր տեղեկությունները:
- Մենք ստուգում ենք, թե արդյոք հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ **բացասական** պատասխան ենք տվել Ձեր հարցմանը:
- Մենք լրացուցիչ տեղեկություններ ենք հավաքում, եթե դրա կարիքն ունենք: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար մենք կարող ենք դիմել ձեզ, Ձեր բժշկին կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձի:

Կան արագ բողոքարկման ժամկետներ:

- Ստանդարտ վերջնաժամկետ օգտագործելու դեպքում մենք ձեզ պետք է Ձեր դիմումի ձևը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում տրամադրենք մեր պատասխանը**: Մենք կպատասխանենք ձեզ ավելի շուտ, եթե Ձեր առողջական վիճակը պահանջի:

72 ժամվա ընթացքում պատասխան չտրամադրելու դեպքում մենք Ձեր դիմումը կուղարկենք բողոարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ: Անկախ վերանայման կազմակերպությունը վերանայում է այն: Այս գլխում ավելի ուշ մենք ձեզ պատմում ենք այս կազմակերպության մասին և բացատրում 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացը:

- Եթե մենք Այո ասենք Ձեր հարցման մի մասի կամ ամբողջության համար, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք այն ծածկույթը, որը մենք համաձայնել ենք տրամադրել Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք «Ոչ» ասենք Ձեր խնդրանքի մի մասի կամ ամբողջությամբ, մենք Ձեր բողոքարկումն ուղարկում ենք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը՝ 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար:

Կան ստանդարտ բողոքարկման ժամկետներ:

- Երբ մենք օգտագործում ենք ստանդարտ ժամկետները, մենք պետք է ձեզ պատասխան տանք **30 օրացուցային օրվա ընթացքում** այն բանից հետո, երբ մենք կստանանք Ձեր չստացած ծառայությունների ապահովագրության Ձեր բողոքարկումը:
- Եթե Ձեր խնդրանքը վերաբերում է Medicare Part B-ի դեղատոմսով դեղորայքին, որը Դուք չեք ստացել, մենք ձեզ մեր պատասխանը կտանք **7 օրացուցային օրվա ընթացքում** Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո կամ ավելի շուտ, եթե Ձեր առողջությունը դա պահանջում է:

Սահմանված ժամկետներում պատասխան չտրամադրելու դեպքում մենք Ձեր դիմումը կուղարկենք բողոարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ: Անկախ վերանայման կազմակերպությունը վերանայում է այն: Այս գլխում ավելի ուշ մենք ձեզ պատմում ենք այս կազմակերպության մասին և բացատրում 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացը:

Եթե մենք «Այո» ասենք Ձեր խնդրանքի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք այն ապահովագրությունը, որը մենք պայմանավորվել ենք տրամադրել 30 օրացուցային օրվա ընթացքում, կամ**7 օրացուցային օրվա** ընթացքում, եթե Ձեր խնդրանքը վերաբերում է Medicare-ի Մաս B դեղատոմսով դեղորայքին, հետո: մենք ստանում ենք Ձեր բողոքարկումը:

Եթե մենք Ոչ ասենք Ձեր հարցման մի մասի կամ ամբողջության համար, Դուք ունեք բողոքարկման լրացուցիչ իրավունքներ.

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:

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: Ձեր նպաստներից շարունակ օգտվելու համար, դուք պետք է դիմեք դրա համար ոչ ուշ քան՝

- Մեր ծանուցումը ուղարկելու օրվանից 10 օրվա ընթացքում, կամ
- Ուժի մեջ մտնելու նախատեսվող ամսաթվից:

Մինչև տվյալ վերջնաժամկետը դիմելու դեպքում, դուք կարող եք շարունակել ստանալ վիճելի իրը կամ ծառայությունը, քանի դեռ ձեր դիմումը մշակվում է:

F4. Ինչպե՞ս կարող եմ մակարդակ 2-ի բողոքարկում կատարել

Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը ամբողջությամբ կամ մասամբ **բացասական** պատասխան տալու դեպքում մենք ձեզ նամակ կուղարկենք: Այս նամակը ձեզ ասում է, թե Medicare-ը կամ Medi-Cal-ը, կամ երկուսն էլ սովորաբար ծածկում են ծառայությունը կամ ապրանքը:

- 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 կապված է ծառայության կամ ապրանքի հետ, ապա այդ **Medi-Cal** սովորաբար ծածկում է, կարող եք ինքներդ 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել: Նամակում կնշվի, թե ինչպես դա կարելի է անել: Մենք նաև լրացուցիչ տեղեկություններ ենք ներառում այս գլխում ավելի ուշ: Medi-Cal-ի ծառայությունների կամ ապրանքների համար մենք ավտոմատ կերպով 2-րդ մակարդակի բողոքարկում չենք ներկայացնում ձեզ համար:
- Եթե Ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ ապրանքի հետ, որը **երկուսն էլ Medicare-ը և Medi-Cal-ը** կարող են ծածկել, Դուք ավտոմատ կերպով ստանում եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում Անկախ վերանայման կազմակերպությունից: Կարող եք նաև նահանգից խնդրել Արդարացի լսումներ:

Եթե Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը ներկայացնելիս Դուք որակավորվել եք նպաստները շարունակելու համար, ապա բողոքարկվող ծառայության, ապրանքի կամ դեղի Ձեր նպաստները կարող են շարունակվել նաև 2-րդ մակարդակի ընթացքում: 1-ին մակարդակի բողոքարկումների ընթացքում ձեր նպաստները շարունակելու մասին տեղեկությունների համար տես **Բաժին F3-ը**:

- 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 ծառայությանը, որը սովորաբար փոխհատուցվում է միայն Medi-Cal-ի կողմից, ապա այդ ծառայության Ձեր նպաստները կշարունակվեն, եթե Դուք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնեք մեր որոշման նամակը ստանալուց հետո 10 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Երբ Ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ ապրանքի հետ, որը սովորաբար ապահովագրում է Medicare-ը

Անկախ վերանայման կազմակերպությունը վերանայում է Ձեր բողոքարկումը: Դա Medicare-ի կողմից վարձված անկախ վերանայման կազմակերպություն է:

> «Անկախ վերանայման կազմակերպության» պաշտոնական անվանումն է «**Անկախ վերանայման կազմակերպություն**», որը երբեմն կոչվում է «**IRE**»:

- Այս կազմակերպությունը մեզ հետ կապված չէ և պետական մարմին չէ: Medicare-ն ընտրել է ընկերությունը որպես Անկախ վերանայման կազմակերպություն, և Medicare-ը վերահսկում է նրանց աշխատանքը:
- Մենք Ձեր բողոքարկման մասին տեղեկությունները (Ձեր «գործի ֆայլը») ուղարկում ենք այս կազմակերպությանը: Դուք իրավունք ունեք անվճար պատճենել Ձեր գործի ֆայլերը:
- Դուք կարող եք IRE-ին լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել՝ Ձեր բողոքարկումը հիմնավորելու նպատակով:
- IRE-ի մասնագետները մանրակրկիտ ուսումնասիրելու են Ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:

Եթե 1-ին Մակարդակում Դուք արագ բողոքարկում եք կատարել, ապա 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը նույնպես ինքնաբերաբար կլինի արագ:

- Եթե 1-ին Մակարդակում Դուք արագ բողոքարկում եք կատարել, ապա 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը նույնպես ինքնաբերաբար կլինի արագ: Անկախ վերանայման կազմակերպությունը պետք է ձեզ պատասխան տա Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը **Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա** ընթացքում:

Եթե 1-ին Մակարդակում Դուք ստանդարտ բողոքարկում» եք կատարել, ապա 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը նույնպես ինքնաբերաբար ստանդարտ կլինի:

- Եթե Դուք ստանդարտ բողոքարկում եք ունեցել մեզ 1-ին մակարդակում, Դուք ավտոմատ կերպով ստանդարտ բողոքարկում եք ստանում -ով Մակարդակ 2.
- Եթե Ձեր խնդրանքը վերաբերում է բժշկական ապրանքին կամ ծառայությանը, Անկախ վերանայման կազմակերպությունը պետք է ձեզ պատասխան տա Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը **Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:**
- Եթե Ձեր խնդրանքը վերաբերում է Medicare Part B-ի դեղատոմսով դեղորայքի, Անկախ վերանայման կազմակերպությունը պետք է ձեզ պատասխան տա Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **7 օրացուցային օրվա ընթացքում:**

Անկախ վերանայման կազմակերպությունը ձեզ տալիս է նրանց գրավոր պատասխանը և բացատրում պատճառները:

- **Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունը Այո է ասում բժշկական ապրանքի կամ ծառայության խնդրանքի մասնակի կամ ամբողջությամբ,** մենք պետք է անհապաղ կատարենք որոշումը.
  - Լիազորեք բժշկական օգնության ապահովագրությունը **72 ժամվա ընթացքում** կամ
  - Ծառայությունը մատուցեք **14 օրացուցային օրվա ընթացքում** այն բանից հետո, երբ մենք կստանանք Անկախ վերանայման կազմակերպության որոշումը **ստանդարտ հարցումների վերաբերյալ**կամ
  - Ծառայությունը մատուցեք **72 ժամվա ընթացքում** այն օրվանից, երբ մենք կստանանք Անկախ վերանայման կազմակերպության որոշումը **արագացված հարցումների համար**:
- Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Այո** Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղամիջոցի մի մասի կամ ամբողջությամբ, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք Medicare Մաս B դեղատոմսով վիճարկվող դեղը.
  - Սա նշանակում է՝ Ձեր դիմումը ստանալուց **72 ժամվա** ընթացքում Անկախ վերանայող կազմակերպությունների որոշումը **ստանդարտ հարցումների համար**կամ
  - Անկախ վերանայող կազմակերպությունների որոշումը ստանդարտ ստանալուց **24 ժամվա ընթացքում**
  - **արագ որոշումներ**
- Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկման մի մասի կամ ամբողջության համար, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են, որ մենք չպետք է հաստատենք Ձեր խնդրանքը (կամ Ձեր խնդրանքի մի մասը) բժշկական օգնության ապահովագրման համար: Սա կոչվում է «որոշման պահպանում» կամ «մերժել Ձեր բողոքարկումը»:

Եթե Ձեր գործը համապատասխանում է պահանջներին, Դուք ընտրում եք, թե արդյոք Դուք պետք է լինեք

Բողոքարկման գործընթացում 2-րդ մակարդակից հետո կա երեք լրացուցիչ մակարդակ՝ ընդհանուր հինգ մակարդակների համար:

Եթե Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը մերժվում է, և Դուք բավարարում եք բողոքարկման գործընթացը շարունակելու պահանջները, Դուք պետք է որոշեք՝ անցնել 3-րդ մակարդակ և երրորդ բողոքարկում կատարել: Մանրամասները, թե ինչպես դա անել, ներկայացված են գրավոր ծանուցման մեջ, որը Դուք ստանում եք Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումից հետո:

Վարչական իրավունքի դատավորը կամ փաստաբան դատավորը զբաղվում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումներով: Անցե՛ք **Բաժին J-ը** 3-րդ, 4-րդ, 5-րդ մակարդակների մասին տեղեկությունների համար:

Երբ Ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ ապրանքի հետ, որը սովորաբար ապահովագրում է Medi-Cal-ը

Medi-Cal-ի ծառայությունների և կետերի համար 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու երկու եղանակ կա. (1) Բողոք ներկայացնելը կամ Անկախ բժշկական վերանայումը կամ (2) Նահանգային լսումները:

(1) Անկախ բժշկական ստուգում

Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել կամ Անկախ բժշկական վերանայում (IMR) պահանջել California-ի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքի (DMHC) Օգնության կենտրոնից: Հայց

ներկայացնելով՝ DMHC-ը կվերանայի մեր որոշումը և վերջնական որոշում կկայացնի: IMR-ն հասանելի է Medi-Cal կողմից ցանկացած փոխհատուցվող 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:

Կարող եք գանգատ ներկայացնել կամ դիմել IMR-ի համար, եթե մեր ծրագիրը.

- Մերժում, փոփոխում կամ հետաձգում է Medi-Cal ծառայության կամ բուժօգնության տրամադրումը, քանի որ մեր ծրագիրը այն բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ չի համարում:
- Չի ապահովագրում Medi-Cal փորձնական կամ հետազոտական բուժում լուրջ բժշկական վիճակի դեպքում:
- 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 բողոքարկումնրի 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 կարող եք IMR և Նահանգային լսում պահանջել, սակայն եթե Նահանգային լսումը տեղի չի ունեցել միևնույն խնդրի շուրջ:

Դեպքերից շատերում, IMR պահանջելուց առաջ Դուք պետք է բողոքարկում ներկայացնեք մեզ: 1-ին մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին կարող եք տեղեկանալ էջ 175-ում: Եթե Դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել DMHC-ին կամ խնդրել DMHC-ի Օգնության կենտրոնից Անկան մժշկական 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 նախևառաջ անցնելու մեր բողոքարկման գործընթացով:

Դուք պետք է դիմեք **IMR-ի**՝ Ձեր բողոքարկման վերաբերյալ մեր որոշման նամակից հետո 6 ամսվա ընթացքում: 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 ստուգում իրականացնելու, կամ Դուք մեզնից չեք ստացել համապատասխան ծանուցում անկախ բժշկական փորձաքննության գործընթացի վերաբերյալ:

Անկախ բժշկական ստուգում պահանջելու համար՝

- Լրացրեք անկախ բժշկական ստուգման դիմումի ձևը/բողոքարկման ձևը, որը հասանելի է www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx էջում կամ զանգահարեք DMHC-ի Տեղեկատվական բաժին՝ 1-888-466-2219: TTY օգտագործողները 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՝ www.dmhc.ca.gov/FileaCompliant/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx, կամ զանգահարեք DMHC-ի Տեղեկատվական բաժին՝ 1-888-466-2219: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-688-9891 հեռախոսահամարով:
- Ձևաթղթերը և դրանց կցորդներն ուղարկեք փոստով կամ ֆաքսով՝

Օգնության կենտրոն
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
ՖԱՔՍ՝ 916-255-5241

Եթե Դուք իրավունք ունեք անկախ բժշկական ստուգում 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 ծրագրից հիմնավորող փաստաթղթերը ստանալուց հետո, IMR-ի վերաբերյալ որոշումը կկայացվի 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Դուք պետք է ստանաք IMR որոշումն ամբողջական դիմումը ներկայացնելուց հետո 45 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե Ձեր գործը հրատապ է և Դուք իրավունք ունեք անկախ բժշկական ստուգում 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 ծրագրից 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:

IMR-ն կարող է ավելի երկար տևել, եթե DMHC-ը ձեզանից կամ ձեզ բուժող բժիշկից չի ստանում անհրաժեշտ բժշկական փաստաթղթերը: Եթե Դուք այցելում եք Ձեր առողջական ծրագրում չընդգրկված բժիշկի, ստացեք նրանից բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը և ուղարկեք մեզ: Ձեր առողջապահական ծրագիրը պարտավորված է ստանալ Ձեր բժշկական արձանագրությունների պատճենները Ձեր բժիշկներից, որոնք ցանցում են:

Եթե DMHC-ը որոշում է, որ Ձեր գործը իրավունք չունի անցնել անկախ բժշկական ստուգում, 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

Կարող եք Նահանգային լսում պահանջել Medi-Cal-ի ապահովագրված ծառայությունների ու պարագաների համար: 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:

Շատ դեպքերում **Դուք ունեք 120 օր՝ Նահանգային լսում պահանջելու համար** ձեզ ուղարկված «Լսման Ձեր իրավունքները» ծանուցագիրը ստանալուց հետո:

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՝ կարդացեք «Արդյո՞ք իմ նպաստները կշարունակվեն Մակարդակ 2-ի բողոքարկման քննարկման ընթացքում», էջ 175:

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 պահանջվող բոլոր տեղեկությունները, ինչպես օրինակ՝ Ձեր լրիվ անունը, հասցեն, հեռախոսը, Ձեր դեմ գործողության ձեռնարկած ծրագրի կամ վարչաշրջանի անունը, վեճի թեմա դարձած օգնության ծրագիր(ներ)ը, ինչպես նաև լսում պահանջելու մանրամասն պատճառը: Այնուհետև կարող եք ուղարկել Ձեր հայցը հետևյալ տարբերակներից մեկով՝

- Վարչաշրջանի բարեկեցության բաժին՝ ծանուցման վրա նշված հասցեով:
- California-ի Սոցիալական ծառայությունների բաժանմունք այս հասցեով՝
  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 կամ 916-651-2789 ֆաքսի համարով:

2. Կարող եք զանգահարել California-ի Սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտ 1-800-952-5253 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-952-8349 համարով: Եթե որոշեք նահանգային լսման պահանջը իրականացնել հեռախոսով, ապա պետք է հաշվի առնեք, որ հեռախոսագծերը չափազանց ծանրաբեռնված են:

Արդար լսումների գրասենյակը ձեզ տալիս է իր որոշումը գրավոր և բացատրում պատճառները:

- Եթե Արդար լսումների գրասենյակն ասում է **Այո** ժշկական ապրանքի կամ ծառայության խնդրանքի մասնակի կամ ամբողջությամբ, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք ծառայությունը կամ ապրանքը **72 ժամվա ընթացքում՝** նրանց որոշումը ստանալուց հետո:
- Եթե Արդար լսումների գրասենյակն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկման մի մասի կամ ամբողջության համար, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են, որ մենք չպետք է հաստատենք Ձեր խնդրանքը (կամ Ձեր խնդրանքի մի մասը) բժշկական օգնության ապահովագրման համար: Սա կոչվում է «որոշման պահպանում» կամ «մերժել Ձեր բողոքարկումը»:

Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպության կամ Արդար լսումների գրասենյակի որոշումը **Ոչ** Ձեր հարցման ամբողջ կամ մի մասի համար, Դուք ունեք բողոքարկման լրացուցիչ իրավունքներ:

Եթե Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումն ուղարկվել է **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: Վարչական իրավունքի դատավորը կամ փաստաբան դատավորը զբաղվում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումներով: **IRE-ից ստացված նամակից կարող եք տեղեկանալ բողոքարկման**

լրացուցիչ իրավունքների մասին, որոնք կարող եք ունենալ:

Նամակը, որը Դուք ստանում եք Արդար լսումների գրասենյակից, նկարագրում է բողոքարկման հաջորդ տարբերակը:

Անցեք **Բաժին J**՝ 2-րդ մակարդակից հետո Ձեր բողոքարկման իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

F5. Վճարման հետ կապված խնդիրներ

Մենք չենք թույլատրում մեր մատակարարներին ձեզնից գումար գանձել փոխհատուցվող ծառայությունների կամ իրերի համար: Սա է իրականությունը նույնիսկ, եթե մենք մատակարարին ավելի քիչ ենք վճարում, քան նա գանձում է փոխհատուցվող ծառայությունների կամ իրերի համար: Դուք երբեք չպետք է վճարեք որևէ հաշվի հաշվեկշռի համար: Միակ գումարը, որը դուք պետք է վճարեք, դա այն դեղերի կատեգորիաների համավճարն է, որոնց համար պահանջվում է ծախսերի բաշխում:

Եթե Դուք հաշիվստանաք փոխհատուցվող ծառայությունների կամ իրերի համար, ուղարկեք հաշիվը մեզ: **Դուք չպետք է ինքներդ վճարեք այդ հաշիվը:** Մենք կկապվենք անմիջապես մատակարարի հետ և կզբաղվենք խնդրի լուծմամբ: Սակայն, եթե Դուք վճարել եք այդ հաշվի գումարը, ապա կստանաք փոխհատուցում՝ հետևելով ծառայություններ և իրեր ստանալու կանոններին:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 7-ը*: Այն նկարագրում է իրավիճակներ, երբ Դուք կարող եք պահանջել մեզ հետ վերադարձնել կամ վճարել այն հաշիվը, որը ստացել եք մատակարարից: Այն նաև նկարագրում է, թե ինչպես մեզ ուղարկել վճարում պահանջելու համար անհրաժեշտ փաստաթղթերը:

Փոխհատուցում պահանջելու դեպքում Դուք խնդրում եք ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ որոշում կայացնել: Մենք կստուգենք՝ ներառված է արդյոք, այն փոխհատուցվող ծառայությունը կամ պարագան, որի համար Դուք վճարել եք, ինչպես նաև կստուգենք, հետևել եք 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 Ձեր մատակարարին ծառայության կամ իրի համար կատարված վճարման գումարը նման պահանջ ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում: Այնուհետև, Ձեր մատակարարը կուղարկի վճարումը ձեզ:
- 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:

Եթե համաձայն չեք մեր՝ չվճարելու որոշման հետ, ապա **կարող եք բողոքարկում կատարել:** Հետևեք **Բաժին F3**-ում նկարագրված բողոքարկումների գործընթացին: Այս հրահանգներին հետևելիս խնդրում ենք հաշվի առնել, որ՝

- Փոխհատուցման պահանջ ներկայացնելու դեպքում մենք պատասխանը ձեզ կտրամադրենք նման պահանջը ստանալու պահից 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

- Եթե Դուք խնդրում եք փոխհատուցել բժշկական խնամքի համար, որն արդեն ստացել եք, և որի համար արդեն վճարել եք, ապա Դուք չեք կարող արագ բողոքարկում պահանջել:

Եթե Ձեր բողոքարկման մեր պատասխանը **Ոչ** է, և **Medicare** -ը սովորաբար ծածկում է ծառայությունը կամ ապրանքը, մենք Ձեր գործը կուղարկենք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը: Դրա մասին մենք ձեզ կծանուցենք նամակի միջոցով:

- Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությանը փոխի մեր որոշումը և պահանջի, որպեսզի մենք վճարում կատարենք, ապա մենք պարտավոր կլինենք փոխանցել վճարման գումարը ձեզ կամ մատակարարին 30 օրացուցային 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 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են, որ մենք չպետք է հաստատենք Ձեր խնդրանքը: Սա կոչվում է «որոշման պահպանում» կամ «մերժել Ձեր բողոքարկումը»: Դուք կստանաք նամակ, որտեղ կբացատրվեն բողոքարկման լրացուցիչ իրավունքները, որոնք Դուք կարող եք ունենալ: Կարդացե՛ք **Բաժին J-ը** բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների մասին ավելին իմանալու համար:

Եթե Ձեր բողոքարկմանը մեր պատասխանը**Ոչ** է, և **Medi-Cal** -ը սովորաբար ծածկում է ծառայությունը կամ ապրանքը, Դուք կարող եք ինքներդ 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել (Մենք ձեզ համար 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ինքնաբերաբար չենք ներկայացնում: Լրացուցիչ տեղեկության համար անց՛ք **Բաժին F4:**

G. Medicare Մաս D դեղատոմսային դեղեր

Ձեր՝ որպես մեր ծրագրի անդամի նպաստները ներառում են շատ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրություն: Այս դեղերի մեծ մասը Medicare-ի «Մաս D դեղերն են»: Կան մի քանի դեղեր, որոնք Medicare Մաս D-ը չի ծածկում, որոնք Medi-Cal-ը կարող է ծածկել: **Այս բաժնի դրույթները կիրառվում են միայն Մաս D-ի դեղերին վերաբերող բողոքարկումների նկատմամբ:**

Փոխհատուցվելու համար Ձեր դեղը պետք է օգտագործվի բժշկական տեսանկյունից ընդունված ցուցման նպատակով: Դա նշանակում է, որ դեղը հաստատված է Սննդի և դեղերի վարչության կողմից (FDA) կամ աջակցվում է որոշակի բժշկական հղումներով: կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 5-ը* բժշկականորեն ընդունված ցուցումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

G1. Մաս D փոխհատուցումներ ֊ բողոքարկումներ

Ստորև բերված են փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների օրինակները, որոնց կայացման խնդրանքով Դուք դիմել եք մեզ Մաս D դեղեր.

- Դուք մեզ խնդրում եք բացառություն անել, ներառյալ՝
  - Փոխհատուցում տրամադրել Մաս D-ի դեղի համար, որը չի պարունակվում մեր Դեղերի ցուցակում կամ
  - Անտեսեք մեր ծրագրի 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 ցուցակում,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, ինչպես գրված է, դեղատունը Ձեզ ծանուցում կուղարկի, որը նկարագրում է, թե ինչպես դիմել մեզ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով:

> Ձեր Մաս D դեղերի վերաբերյալ ապահովագրական որոշման սկզբնաղբյուրը կոչվում է «**ապահովման որոշում**»:

- 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:

Օգտագործեք ստորև բերված աղյուսակը՝ ձեզ օգնելու համար:

Այս իրավիճակներից ո՞րն է ձերը:			
Ձեզ անհրաժեշտ է դեղ, որն ընդգրկված չէ մեր Դեղերի ցուցակում կամ Դուք ցանկանում եք, որպեսզի մենք անտեսենք ապահովագրական ծածկույթում ներառված որևէ դեղի նկատմամբ կիրառվող կանոնը կամ սահմանափակումը: **Դուք կարող եք խնդրել մեզ բացառություն անել:** (Դա փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների տեսակներից մեկն է:) Սկսեք **Բաժին G2-ից**, ապա անցեք **Բաժիններ G3 ֊ G4**	Արդյոք Դուք ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցում տրամադրենք Դեղերի ցուցակում ընդգրկված դեղի համար և կարծում եք, որ պահպանել եք ձեզ անհրաժեշտ դեղի նկատմամբ ծրագրի կողմից կիրառվող բոլոր կանոնները և սահմանափակումները (օրինակ՝ նախօրոք համաձայնություն ստանալու պահանջը): **Դուք կարող եք մեզ խնդրել ապահովագրության որոշում կայացնել:** Տե՛ս **Բաժին G4**	Դուք ցանկանում եք մեզնից փոխհատուցում խնդրել դեղի համար, որն արդեն ստացել կան գնել եք: **Կարող եք մեզ խնդրել ձեզ հետ վճարել:** (Դա փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների տեսակներից մեկն է:) Տե՛ս **Բաժին G4**	Մենք ձեզ ասել ենք, որ մենք չենք ապահովագրելու կամ վճարելու դեղի համար այնպես, ինչպես Դուք եք ցանկանում: **Դուք կարող եք բողոքարկում ներկայացնել:** (Դա նշանակում է, որ Դուք խնդրում եք վերանայել որոշումը:) Տե՛ս **Բաժին G5**

G2. Մաս D բացառություններ

Եթե մենք դեղը չենք ապահովագրում այնպես, ինչպես Դուք կցանկանաք, կարող եք խնդրել մեզ «բացառություն» անել: Եթե մենք մերժենք բացառության Ձեր խնդրանքը, Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

Բացառություն անելու խնդրանքով դիմելիս, Ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը պետք է բացատրի բացառություն անելու անհրաժեշտության բժշկական պատճառները:

> Մեր Դեղերի ցուցակում չընդգրկված դեղամիջոցի ապահովագրման խնդրանքը կամ դեղամիջոցի սահմանափակումը վերացնելու համար երբեմն կոչվում է **«դեղացանկի բացառություն»** խնդրել:

Ստորև նշված են այնպիսի բացառությունների օրինակներ, որոնց կատարման խնդրանքով Դուք կամ Ձեր բժիշկը կամ նշանակում անող մեկ այլ անձը կարող եք դիմել մեզ՝

1. **Դեղերի ծածկում, որը մեր Դեղերի ցուցակում չէ:**
   - Եթե մենք համաձայնում ենք բացառություն անել և ապահովագրել դեղը, որը մեր Դեղերի ցուցակում չէ, Դուք վճարում եք համավճարը, որը վերաբերում է Աստիճան 4-ի դեղերին:
   - Դուք չեք կարող բացառություն ստանալ դեղամիջոցի համար պահանջվող համավճարի չափից:
2. **Ապահովագրված դեղամիջոցի սահմանափակումի վերացում**:
   - Մեր Դեղերի ցուցակում ներառված որոշ դեղերի նկատմամբ կիրառվում են լրացուցիչ կանոններ կամ սահմանափակումներ (լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 5-ը*):
   - Որոշ դեղերի համար տրամադրվող լրացուցիչ կանոններն ու սահմանափակումները ներառում են հետևյալը՝
     - Ապրանքանիշային անվանումով դեղի փոխարեն այդ դեղի ջեներիկ տարբերակը կիրառելու պահանջ:
     - Ծրագրի 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 առկա են դեղի քանակի սահմանափակներ, որը Դուք կարող եք ստանալ:
   - Եթե մենք համաձայնում ենք ձեզ համար բացառության և սահմանափակում ենք դնում, կարող եք բացառություն խնդրել համավճարի գումարից, որը Դուք պետք է վճարեք:
3. **Դեղերի ծածկույթը փոխելով ավելի ցածր ծախսերի բաշխման մակարդակի**: Մեր Դեղերի ցուցակում եղած յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է ծախսերի երեք Ծախսերի բաշխման աստիճաններից մեկում: Ընդհանուր առմամբ, որքան ցածր է ծախսերի բաշխման մակարդակի համարը, այնքան քիչ է Ձեր պահանջվող համավճարի գումարը:

Ապահովագրված չնախընտրելի դեղամիջոցի համար ավելի ցածր գին վճարելու խնդրանքը երբեմն կոչվում է **«դեղացանկի բացառություն»** խնդրել:

- Մեր Դեղերի ցուցակը սովորաբար կոնկրետ հիվանդությունը բուժելու համար նախատեսված մեկից ավելի դեղ է պարունակում: Սրանք կոչվում են «այլընտրանքային» դեղեր:
- Եթե Ձեր բժշկական վիճակի համար այլընտրանքային դեղամիջոցը գտնվում է ծախսերի բաշխման ավելի ցածր մակարդակում, քան Ձեր ընդունած դեղը, կարող եք խնդրել մեզ վճարել այլընտրանքային դեղամիջոցի համար ծախսերի բաշխման գումարով: Սա կնվազեցնի Ձեր համավճարի չափը դեղամիջոցի համար:
- Եթե մենք հաստատում ենք Ձեր մակարդակի բացառության հայտը, և կա մեկից ավելի ցածր ծախսերի բաշխման մակարդակ այլընտրանքային դեղերի հետ, որոնք Դուք չեք կարող ընդունել, Դուք սովորաբար վճարում եք նվազագույն գումարը:

G3. 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: Ավելի արագ որոշում կայացնելու համար ներառեք այս բժշկական տեղեկատվությունը Ձեր բժշկի կամ այլ նշանակողից, երբ Դուք բացառություն եք խնդրում:

Մեր Դեղերի ցուցակը սովորաբար կոնկրետ հիվանդությունը բուժելու համար նախատեսված մեկից ավելի դեղ է պարունակում: Սրանք կոչվում են «այլընտրանքային» դեղեր: Եթե այլընտրանքային դեղամիջոցը նույնքան արդյունավետ է, որքան Ձեր խնդրած դեղը և չի առաջացնի ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններ կամ առողջական այլ խնդիրներ, մենք սովորաբար չենք հաստատում Ձեր բացառության խնդրանքը:

Մենք կարող ենք Այո կամ Ոչ ասել Ձեր խնդրանքին

- Բացառություն անելու վերաբերյալ Ձեր պահանջին **դրական** պատասխան տալու դեպքում այդ բացառությունը սովորաբար ուժի մեջ է մնում մինչև օրացուցային տարվա ավարտը: Այս պայմանը կիրառելի է այնքան ժամանակ, քանի դեռ Ձեր բժիշկը նշանակում է այդ դեղը ձեզ, և դեղը շարունակում է լինել ապահով և արդյունավետ Ձեր վիճակի բուժման համար:
- Եթե մենք ասենք **Ոչ** Ձեր բացառության խնդրանքին, Դուք կարող եք բողոքարկել: Անցե՛ք **Բաժին G5՝** բողոքարկում ներկայացնելու մասին տեղեկությունների համար, եթե ասենք **Ոչ**:

Հաջորդ բաժինը նկարագրում է փոխհատուցման (այդ թվում նաև բացառությունների) վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով դիմելու կարգը:

G4. Ապահովագրության որոշում՝ ներառյալ բացառությունը

- Հարցրեք ապահովագրության որոշման տեսակը, որը ցանկանում եք՝ զանգահարելով (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, տեղական ժամանակով, մեզ գրավոր կամ ֆաքսով դիմելու համար: Դուք, Ձեր ներկայացուցիչը կամ Ձեր բժիշկը (կամ մեկ այլ դեղատոմս դուրս գրող) կարող են անել սա: Դուք, Ձեր ներկայացուցիչը կամ Ձեր բժիշկը (կամ մեկ

այլ դեղատոմս դուրս գրող) կարող են անել սա: Ներառեք Ձեր անունը, կոնտակտային տվյալները և հայցի վերաբերյալ տեղեկությունները:

- 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: Դուք կարող եք նաև փաստաբան վարձել՝ Ձեր անունից հանդես գալու համար:
- Այցե՛ք **Բաժին E3՝** պարզելու, թե ինչպես կարելի է որևէ մեկին անվանել Ձեր ներկայացուցիչ:
- Ձեզ հարկավոր չէ գրավոր թույլտվություն տալ Ձեր բժշկին կամ այլ նշանակողին՝ Ձեր անունից ապահովագրական որոշում խնդրելու համար:
- Եթե ցանկանում եք մեզնից փոխհատուցում խնդրել արդեն իսկ գնված դեղի համար, կարդացեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 7-ը*:
- Եթե Դուք բացառություն եք խնդրում, տվեք մեզ «աջակցող հայտարարություն»: Աջակցող հայտարարությունը բացառության համար ներառում է Ձեր բժշկի կամ այլ նշանակողի բժշկական պատճառները:
- Ձեր բժիշկը կամ այլ նշանակող կարող է ֆաքսով կամ փոստով ուղարկել մեզ օժանդակ հայտարարությունը: Նրանք կարող են մեզ հայտնել հեռախոսով, իսկ հետո քաղվածքը ֆաքսով կամ փոստով ուղարկել:

Կատարեք «արագ փոխհատուցման որոշում նախօրոք», եթե Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա

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:

> «Արագ ապահովագրության որոշումը» կոչվում է **«արագացված ապահովագրության վճիռ»**:

Դուք կարող եք արագ ապահովագրման որոշում ստանալ, եթե՝

- Դա դեղամիջոցի համար է, որը Դուք չեք ստացել: Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում չեք կարող ստանալ, եթե խնդրում եք փոխհատուցում տրամադրել այնպիսի դեղի համար, որն արդեն գնել եք:
- Ձեր առողջությունը կամ գործելու կարողությունը լրջորեն կվնասվի, եթե մենք օգտագործենք ստանդարտ ժամկետները:

Եթե Ձեր բժիշկը կամ այլ նշանակող մեզ ասի, որ Ձեր առողջությունը պահանջում է արագ ապահովագրման որոշում, մենք համաձայնում ենք և տալիս ենք այն: Մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որը ձեզ ասում է.

- Եթե Դուք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում եք հայցում Ձեր բժշկից կամ նշանակողից, ապա այն տրամադրելու կամ չտրամադրելու որոշումը կկայացվի մեր կողմից:
- Եթե մենք գտնենք, որ Ձեր առողջական վիճակը չի առաջացնում փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնելու անհրաժեշտություն, փոխարենը, կօգտագործենք ստանդարտ ժամկետները:

- Մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որը ձեզ ասում է. Նամակը նաև պատմում է ձեզ, թե ինչպես բողոքարկել Ձեր որոշումը:
- Դուք կարող եք արագ բողոքարկում կատարել և ստանալ Ձեր բողոքի պատասխան-որոշումը 24 ժամվա ընթացքում: Բողոքներ՝ այդ թվում նաև արագ բողոքներ, ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար կարդացե՛ք **Բաժին K-ում:**

Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնելու վերջնաժամկետը

- Ստանդարտ վերջնաժամկետ օգտագործելու դեպքում մենք ձեզ պետք է Ձեր դիմումնաձևը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում տրամադրենք մեր պատասխանը: Եթե բացառություն եք խնդրում, մենք ձեզ մեր պատասխանը կտանք Ձեր բժշկի աջակցող հայտարարությունը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Մենք կպատասխանենք ձեզ ավելի շուտ, եթե Ձեր առողջական վիճակը պահանջի:
- Եթե մենք չկատարենք այս վերջնաժամկետը, մենք Ձեր հարցումն ուղարկում ենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ՝ Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից վերանայման համար: Անցե՛ք **Բաժին G6-ը՝** 2-րդ մակարդակի մասին լրացուցիչ տեղեկության համար:
- Եթե մենք ասենք **Այո** Ձեր խնդրանքի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք ձեզ ապահովագրում ենք Ձեր հարցումը կամ Ձեր բժշկի աջակցող հայտարարությունը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:
- Ձեր բողոքարկմանը ամբողջությամբ կամ մասամբ **բացասական** պատասխան տալու դեպքում մենք ձեզ նամակ կուղարկենք: Նամակը նաև պատմում է ձեզ, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:

Ձեր կողմից չստացված դեղի փոխհատուցման վերաբերյալ ստանդարտ ժամկետներում կայացվող որոշման վերջնաժամկետ

- Ստանդարտ վերջնաժամկետ օգտագործելու դեպքում մենք ձեզ պետք է Ձեր դիմումնաձևը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում տրամադրենք մեր պատասխանը: Եթե բացառություն եք խնդրում, մենք ձեզ մեր պատասխանը կտանք Ձեր բժշկի աջակցող հայտարարությունը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Մենք պատասխանը կտրամադրենք ավելի շուտ, եթե դա պահանջում է Ձեր առողջական վիճակը:
- Եթե մենք չկատարենք այս վերջնաժամկետը, մենք Ձեր հարցումն ուղարկում ենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ՝ Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից վերանայման համար:
- Եթե մենք ասենք **Այո** Ձեր խնդրանքի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք ձեզ ապահովագրություն ենք տրամադրում Ձեր հարցումը կամ Ձեր բժշկի կողմից բացառության դեպքում աջակցող հայտարարությունը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք ասում ենք **Ոչ** Ձեր խնդրանքի մի մասի կամ ամբողջության համար, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որտեղ բացատրում ենք պատճառները: Նամակը նաև պատմում է ձեզ, թե ինչպես բողոքարկել:

Ձեր կողմից արդեն գնված դեղի փոխհատուցման վերաբերյալ ստանդարտ ժամկետներում կայացվող որոշման վերջնաժամկետ

- Մենք ձեզ պետք է տրամադրենք պատասխանը Ձեր խնդրանքը ստանալու պահից 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե մենք չկատարենք այս վերջնաժամկետը, մենք Ձեր հարցումն ուղարկում ենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ՝ Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից վերանայման համար:

- Եթե մենք ասենք **Այո** Ձեր խնդրանքի մի մասի կամ ամբողջության համար մենք ձեզ հետ ենք վճարում 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե մենք ասում ենք **Ոչ** Ձեր խնդրանքի մի մասի կամ ամբողջության համար, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որտեղ բացատրում ենք պատճառները: Նամակը նաև պատմում է ձեզ, թե ինչպես բողոքարկել:

G5. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի բողոքարկում կատարել

Մաս D դեղի ապահովագրության որոշման վերաբերյալ ծրագրին արվող բողոքարկումը կոչվում է ծրագրի **«վերասահմանում»:**

- Սկսեք Ձեր **ստանդարտ կամ արագ բողոքարկումը**՝ զանգահարելով (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր,
ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, տեղական ժամանակով, մեզ գրավոր կամ ֆաքսով դիմելու համար: Դուք, Ձեր ներկայացուցիչը կամ Ձեր բժիշկը (կամ մեկ այլ դեղատոմս դուրս գրող) կարող են անել սա: Ներառեք Ձեր անունը, կոնտակտային տվյալները և Ձեր հայցի վերաբերյալ տեղեկությունները:
- Դուք պետք է բողոքարկում ներկայացնեք մեր որոշման նամակի վրա նշված ամսաթվից 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե հարգելի պատճառներով բողոքարկումը չկատարեք նշված ժամկետներում, ապա մենք կարող եք դա անելու համար ձեզ լրացուցիչ ժամանակ տրամադրել: Լավ պատճառների օրինակներ են այնպիսի բաներն, ինչպիսիք են, օրինակ, Դուք լուրջ հիվանդություն եք ունեցել կամ մենք ձեզ սխալ տեղեկատվություն ենք տվել վերջնաժամկետի վերաբերյալ: Բացատրեք, թե ինչու է Ձեր բողոքարկումն ուշանում, երբ բողոքարկում եք:
- Դուք մեզնից Ձեր բողոքարկմանը վերաբերող տեղեկատվության մեկ օրինակ պահանջելու իրավունք ունեք: Այո, Դուք և Ձեր բժիշկը կարող եք մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել Ձեր բողոքարկումը հիմնավորելու նպատակով:

Եթե Ձեր առողջությունը պահանջում է, ապա խնդրեք «արագ բողոքարկում»

Արագ բողոքարկումը կոչվում է նաև **«արագացված վերաորոշում»:**

- Եթե Դուք բողոքարկում եք որոշումը, որը մենք կայացրել ենք 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» պահանջները նույնն են, ինչ
ծածկույթի արագ որոշում: Լրացուցիչ տեղեկության համար անցե՛ք **Բաժին G4:**

Մենք դիտարկում ենք Ձեր բողոքը և տալիս ենք մեր պատասխանը:

- Մենք վերանայել ենք Ձեր բողոքարկումը 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:

1-րդ մակարդակի արագ բողոքարկման վերջնաժամկետ

- Ստանդարտ վերջնաժամկետ օգտագործելու դեպքում մենք ձեզ պետք է Ձեր դիմումնաձևը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում** տրամադրենք մեր պատասխանը:
- 72 ժամվա ընթացքում պատասխան չտրամադրելու դեպքում մենք Ձեր դիմումը կուղարկենք բողոարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ: Այնուհետև Անկախ վերանայման կազմակերպությունը վերանայում է այն: Անցե՛ք **Բաժին G6-ը** վերանայման կազմակերպության և 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին տեղեկությունների համար:
- Եթե մենք ասենք **Այո** Ձեր խնդրանքի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է տրամադրենք ծածկույթը, որը մենք համաձայնել ենք տրամադրել Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք ասենք **Ոչ** Ձեր խնդրանքի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որը բացատրում է պատճառները և պատմում ձեզ, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:

1-րդ մակարդակի ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետ

- Եթե մենք օգտագործում ենք ստանդարտ ժամկետները, մենք պետք է ձեզ պատասխան տանք **7 օրացուցային օրվա ընթացքում** այն բանից հետո, երբ մենք կստանանք Ձեր բողոքարկումը դեղի համար, որը Դուք չեք ստացել: խնդրեք «արագ բողոքարկում»:
- Մենք ձեզ ավելի շուտ ենք որոշում կայացնում, եթե Դուք չեք ստացել դեղը, և Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա,

7 աշխատանքային օրվա ընթացքում պատասխան չտրամադրելու դեպքում մենք Ձեր դիմումը կուղարկենք բողոարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ: Այնուհետև Անկախ վերանայման կազմակերպությունը վերանայում է այն: Անցե՛ք **Բաժին G6-ը** վերանայման կազմակերպության և 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին տեղեկությունների համար:

Ձեր հարցումներին ամբողջությամբ կամ դրանց մի մասին դրական պատասխանտալու դեպքում՝

- Պարտավոր ենք **տրամադրել Ձեզ փոխհատուցման գումարն** այնքան արագ, որքան պահանջում է Ձեր առողջական վիճակը, սակայն Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **ոչ ուշ, քան 7 օրացուցային օրվա** ընթացքում:
- Մենք պետք է վճարենք ձեզ **Ձեր գնած դեղի համար 30 օրացուցային օրվա ընթացքում** Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

Եթե մեր պատասխանը Ոչ է Ձեր հարցման մի մասի կամ ամբողջի համար՝

- Մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որը բացատրում է պատճառները և պատմում, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:
- Մենք պետք է ձեզ պատասխան տանք Ձեր գնած դեղի համար ձեզ հետ վճարելու մասին **14 օրացուցային օրվա** ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

14 աշխատանքային օրվա ընթացքում պատասխան չտրամադրելու դեպքում մենք Ձեր դիմումը կուղարկենք բողոարկման գործընթացի 2-րդ Մակարդակ: Այնուհետև Անկախ վերանայման կազմակերպությունը վերանայում է այն: Անցե՛ք **Բաժին G6-ը** վերանայման կազմակերպության և 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին տեղեկությունների համար:

- Եթե մենք ասենք **Այո** Ձեր հարցումը մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է վճարենք ձեզ Ձեր հարցումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

- Եթե մենք ասենք **Ոչ** Ձեր խնդրանքի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որը բացատրում է պատճառները և պատմում ձեզ, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:

G6. Ինչպե՞ս կարող եմ մակարդակ 2-ի բողոքարկում կատարել

Եթե մենք ասենք **Ոչ** ձեզ 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը, Դուք կարող եք ընդունել մեր որոշումը կամ այլ բողոքարկել: Եթե որոշեք մեկ այլ բողոքարկում ներկայացնել, Դուք օգտագործում եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացը: Երբ Անկախ վերահսկիչ **հանձնաժողովը** վերանայում է մեր որոշումը, որում մենք ասել ենք **Ոչ** Ձեր առաջին բողոքարկմանը: Այս կազմակերպությունն է որոշում, թե արդյոք մենք պետք է փոխենք մեր որոշումը:

«Անկախ վերանայման կազմակերպության» պաշտոնական անվանումն է « **Անկախ վերանայման կազմակերպություն**», որը երբեմն կոչվում է «**IR»:**

2-րդ մակարդակի բողոքարկում անելու համար Դուք, Ձեր ներկայացուցիչը կամ Ձեր բժիշկը կամ այլ նշանակող պետք է գրավոր դիմեք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը և խնդրեք վերանայել Ձեր գործը:

- Եթե մենք ասենք **Ոչ** Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը, նամակը, որը մենք ուղարկում ենք ձեզ, ներառում է **ցուցումներ այն մասին, թե ինչպես կարելի է 2-րդ մակարդակի բողոքարկում** ներկայացնել Անկախ վերանայման կազմակերպությանը: Հրահանգները ցույց են տալիս, թե ով կարող է 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել, ինչ ժամկետներ պետք է հետևել և ինչպես կապ հաստատել կազմակերպության հետ:
- Երբ Դուք բողոքարկում եք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը, մենք Ձեր բողոքարկման մասին մեր ունեցած տեղեկությունները ուղարկում ենք կազմակերպությանը: Այս տեղեկատվությունը կոչվում է Ձեր «գործի ֆայլը»: **Դուք իրավունք ունեք անվճար պատճենելու Ձեր գործի նյութերը:**
- Դուք կարող եք IRE-ին լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել՝ Ձեր բողոքարկումը հիմնավորելու նպատակով:

Անկախ վերանայման կազմակերպությունը վերանայում է Ձեր Մաս D-ի 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը և գրավոր պատասխան է տալիս ձեզ: Անցե՛ք **Բաժին F4** Անկախ վերանայման կազմակերպության մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

2-րդ մակարդակի արագ բողոքարկման վերջնաժամկետ

- Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովին (IRE) դիմեք արագ բողոքարկման խնդրանքով, եթե Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա:
- Եթե նրանք համաձայն են արագ բողոքարկմանը, նրանք պետք է պատասխան տան ձեզ **72 ժամվա ընթացքում՝** Ձեր բողոքարկման հարցումը ստանալուց հետո:
- Եթե նրանք ասեն **Այո** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է տրամադրենք հաստատված դեղի ծածկույթը **Անկախ վերանայման կազմակերպության որոշումից հետո 24 ժամվա ընթացքում:**

2-րդ մակարդակի ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետ

Եթե Դուք ունեք ստանդարտ բողոքարկում 2-րդ մակարդակում, Անկախ վերանայման կազմակերպությունը պետք է ձեզ պատասխան տա:

- **7 օրացուցային օրվա ընթացքում** այն բանից հետո, երբ նրանք կստանան Ձեր բողոքարկումը դեղի համար, որը չեք ստացել:
- **14 օրացուցային օրվա ընթացքում** Ձեր գնած դեղի մարման համար Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Այո** Ձեր հարցման մի մասի կամ ամբողջի համար.

- Մենք պետք է տրամադրենք դեղերի հաստատված ծածկույթը Ձեր դիմումը Անկախ վերանայող կազմակերպությունների որոշումը ստանդարտ հարցումների համար ստանալուց **72 ժամվա ընթացքում** :
- Մենք պետք է ձեզ փոխհատուցենք Ձեր գնած դեղի համար Անկախ վերանայման կազմակերպության որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե IRE-ն **մերժում** է Ձեր բողոքը, ապա դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են Ձեր պահանջը չբավարարելու վերաբերյալ մեր որոշման հետ: Սա կոչվում է «որոշման պահպանում» կամ «մերժել Ձեր բողոքարկումը»:

Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասի **Ոչ** Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը, Դուք իրավունք ունեք 3-րդ մակարդակի բողոքարկման, եթե Ձեր կողմից խնդրվող դեղի ծածկույթի դոլարային արժեքը համապատասխանում է նվազագույն դոլարային արժեքին: Եթե Ձեր կողմից պահանջվող դեղերի ապահովագրության դոլարային արժեքը պակաս է պահանջվող նվազագույնից, Դուք չեք կարող այլ բողոքարկում ներկայացնել: Այդ դեպքում 2-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշումը վերջնական է: Անկախ վերանայման կազմակերպությունը ձեզ նամակ է ուղարկում, որը հայտնում է ձեզ 3-րդ մակարդակի բողոքարկումը շարունակելու համար անհրաժեշտ դոլարի նվազագույն արժեքը:

Եթե Ձեր հարցման դոլարային արժեքը համապատասխանում է պահանջին, Դուք ընտրում եք, թե արդյոք ցանկանում եք շարունակել Ձեր բողոքարկումը:

- Բողոքարկման գործընթացում 2-րդ մակարդակից հետո կա երեք լրացուցիչ մակարդակ:
- Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասի **Ոչ** Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը և Դուք բավարարում եք բողոքարկման գործընթացը շարունակելու պահանջը, դուք՝
  - Որոշեք, թե արդյոք ցանկանում եք 3-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել:
  - 2-րդ մակարդակից հետո 3-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու վերաբերյալ մանրամասների համար տես Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից ուղարկված նամակը:

Վարչական իրավունքի դատավորը կամ փաստաբան դատավորը զբաղվում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումներով: Անցե՛ք **Բաժին J-ը** 3-րդ, 4-րդ, 5-րդ մակարդակնարի մասին տեղեկությունների համար:

H. Հիվանդանոցում ավելի երկար մնալու խնդրանքի ապահովագրության հայց

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: Մեր ծրագրի հիվանդանոցային ծածկույթի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 4-ը**:

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:

- Հիվանդանոցից դուրս գրման օրը կոչվում է «դուրսգրման ամսաթիվ»:
- Ձեր բժիշկը կամ հիվանդանոցի անձնակազմը կտեղեկացնի՝ որն է Ձեր դուրսգրման օրը:

Եթե կարծում եք, որ ձեզ շատ շուտ են խնդրում հեռանալ հիվանդանոցից կամ մտահոգված եք հիվանդանոցից դուրս գալուց հետո Ձեր խնամքի համար, կարող եք խնդրել ավելի երկար մնալ հիվանդանոցում: Այս բաժինը նկարագրում է, թե ինչպես դա կարելի է անել:

H1. Medicare-ի շրջանակներում Ձեր իրավունքների մասին տեղեկանալը

Հիվանդանոց ընդունվելուց հետո երկու օրվա ընթացքում հիվանդանոցում ինչ-որ մեկը, օրինակ՝ բուժքույրը կամ գործի աշխատողը, ձեզ գրավոր ծանուցում կտա, որը կոչվում է «Կարևոր հաղորդագրություն Medicare-ից Ձեր իրավունքների մասին»: Medicare ունեցող յուրաքանչյուր ոք ստանում է այս ծանուցման պատճենը հիվանդանոց ընդունվելիս:

- **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 փոխհատուցվող ծառայությունները ստանալու: Դուք իրավունք ունեք տեղեկացված լինել այն մասին, թե որոնք են այդ ծառայությունները, ով է վճարելու դրանց համար, և որտեղ կարող եք ստանալ դրանք:
  - Հիվանդանոցում գտնվելու տևողության վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու գործընթացում մասնակցելու:
  - Հիվանդանոցում տրամադրվող բուժօգնության որակի վերաբերյալ մտահոգությունների առկայության դեպքում, դրանց վերաբերյալ զեկուցելու հաստատությունների մասին իմանալու:
  - Բողոքարկում կատարեք, եթե կարծում եք, որ հիվանդանոցից ձեզ ժամանակից շուտ են դուրս գրում:
- Դուք պետք է **ստորագրեք ծանուցումը**, որպեսզի հաստատեք, որ այն ձեզ տրվել է և Դուք հասկանում եք Ձեր իրավունքները:
  - Դուք կամ Ձեր անունից գործող որևէ մեկը կարող եք ստորագրել ծանուցումը:
  - Ծանուցումը ստորագրելը **միայն** ցույց է տալիս, որ Դուք ստացել եք Ձեր իրավունքների մասին տեղեկատվությունը: Ստորագրելը **չի** նշանակում է, որ Դուք համաձայն եք դուրս գրման ամսաթվին, որը կարող է ձեզ ասել Ձեր բժիշկը կամ հիվանդանոցի անձնակազմը:
- **Պահպանեք ստորագրված ծանուցման Ձեր օրինակը** , որպեսզի միշտ ձեռքի տակ ունենաք անհրաժեշտ տեղեկությունները:

Դուք կարող եք նախօրոք ստանալ այս ծանուցման պատճենը, եթե դուք՝

- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն էջի ներքևում գտնվող համարներով:
- Զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Այցելեք www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices:

H2. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի բողոքարկում կատարել

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:

Որակի բարելավման կազմակերպությունը բժիշկների և առողջապահության այլ մասնագետների խումբ է, որը վճարվում է դաշնային կառավարության կողմից: Այս փորձագետները ստուգում և օգնում են բարելավել Medicare-ում գրանցվածների որակը: Նրանք մեր ծրագրի անդամ չեն հանդիսանում:

California նահանգում՝ Որակի բարելավման կազմակերպությունը անվանվում է Livanta: Զանգահարեք նրանց՝ (877) 588-1123; TTY՝ (855) 887-6668: Կոնտակտային տվյալները նաև նշված են ծանուցման մեջ՝ «Կարևոր հաղորդագրություն Medicare-ից Ձեր իրավունքների մասին» և **Գլուխ 2**-ում:

Զանգահարեք Որակի բարելավման կազմակերպությանը հիվանդանոցից դուրս գրվելուց առաջ ֆ նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից ոչ ուշ:

- **Եթե զանգահարում եք նախքան հեռանալը,** կարող եք մնալ հիվանդանոցում Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվից հետո՝ առանց դրա համար վճարելու, մինչ Դուք սպասում եք Որակի բարելավման կազմակերպության որոշմանը Ձեր բողոքարկման 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 ծրագրին: Անցե՛ք **Բաժին G4-ը**բողոքարկում ներկայացնելու մասին տեղեկությունների համար:
- 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 ստուգում վարելու համար: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար այն մասին, թե ինչպես դիմել DMHC-ին՝ անկախ բժշկական ստուգում անցկացնելու համար, անցեք Բաժին F4, էջ 162:

Անհրաժեշտության դեպքում դիմեք օգնության: Եթե հարցեր ունեք կամ Ձեզ ցանկացած ժամանակ օգնություն է հարկավոր

- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն էջի ներքևում գտնվող համարներով:
- Զանգահարեք Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի ներկայացուցիչներին (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով:

Արագ փորձաքննության խնդրանք Գործեք արագ և կապվեք Որակի բարելավման կազմակերպության հետ՝ խնդրելու արագ վերանայել Ձեր հիվանդանոցից դուրսգրումը:

> **«Արագ վերանայման»** իրավական տերմինն է **«անհապաղ վերանայումը»** կամ **«արագացված վերանայումը»**

Ի՞նչ է տեղի ունենում արագ փորձաքննության 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: Ձեզանից չի պահանջվում հայտարարություն գրել, բայց կարող եք:
- Վերանայողները կնայեն Ձեր բժշկական տեղեկությունները, զրուցում Ձեր բժշկի հետ և վերանայում այն տեղեկատվությունը, որը նրանց տվել է հիվանդանոցը կամ մեր ծրագիրը:
- Մինչ կեսօր վերանայողների կողմից Ձեր բողոքարկման մասին մեր ծրագրին տեղեկացնելուց հետո, Դուք կստանաք ևս մեկ ծանուցում, որը կբացատրի, թե ինչու Ձեր բժիշկը, հիվանդանոցը և մենք կարծում ենք, որ դա ճիշտ դուրս գրման ամսաթիվն է, որը համապատասխանում է ձեզ բժշկական տեսանկյունից:

> **Այս գրավոր բացատրության իրավական տերմինը** «**Դուրսգրման մանրամասն ծանուցումն է**»: Դուք կարող եք նմուշ ստանալ՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման կենտրոնի ներքևում գտնվող համարներով կամ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք նաև ծանուցման պատճենն առցանց դիտել այս հղումով՝ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices:

Որակի բարելավման կազմակերպությունն իրեն անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները ստանալուց հետո մեկ ամբողջ օրվա ընթացքում տալիս է Ձեր բողոքարկման պատասխանը:

Եթե Որակի բարելավման կազմակերպություններն ասում են **Այո** Ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք կշարունակենք հիվանդանոցային ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայություններն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Եթե Որակի բարելավման կազմակերպություններն ասում են **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը.

- Նրանք համոզված են, որ Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթիվը բժշկական տեսանկյունից համապատասխան է:
- Ձեր հիվանդանոցային ստացիոնար ծառայությունների մեր ապահովագրությունն ավարտվում է Որակի բարելավման կազմակերպության կողմից Ձեր բողոքարկմանը տրված պատասխանին հաջորդող օրվա կեսօրին:
- Հնարավոր է, որ ստիպված լինեք վճարել հիվանդանոցային խնամքի ամբողջ արժեքը, որը Դուք ստանում եք կեսօրից հետո, այն օրվանից, երբ Որակի բարելավման կազմակերպությունը ձեզ կպատասխանի Ձեր բողոքարկմանը:
- Դուք կարող եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել, եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը մերժի Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը, և մնաք հիվանդանոցում Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվից հետո:

H3. Ինչպե՞ս կարող եմ մակարդակ 2-ի բողոքարկում կատարել

2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացի համար կարող եք խնդրել, որպեսզի Որակի բարելավման կազմակերպությունը ևս մեկ անգամ պետք է ուսումնասիրի 1-ին մակարդակի վրա կայացված որոշումը: Զանգահարեք նրանց՝ (877) 588-1123; TTY: (855) 887-6668:

Այս վերանայումն անհրաժեշտ է հայցել **60 օրացուցային 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:

Որակի բարելավման կազմակերպության վերանայողները

- Եվս մեկ անգամ ուշադիր կուսումնասիրեն Ձեր բողոքարկմանը վերաբերող բոլոր տեղեկությունները:
- Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման մասին իրենց որոշումը կհայտնեն ձեզ երկրորդ վերանայման հարցումն ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Երբ Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովը ասում է **Այո** Ձեր բողոքարկմանը:

- Մենք պետք է ձեզ փոխհատուցենք հիվանդանոցային խնամքի մեր բաժինը, որը Դուք ստացել եք այն օրվանից, երբ Որակի բարելավման կազմակերպությունը մերժել է Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը կեսօրից հետո:
- Մենք կշարունակենք հիվանդանոցային ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայություններն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Երբ Անկախ վերահսկիչ հանձնաժողովը ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը:

- Նրանք համաձայն են Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ իրենց որոշման հետ և չեն փոխի այն:
- Նրանք ձեզ նամակ են տալիս, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և կատարել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում:
- Հնարավոր է, որ Դուք նաև կարողանաք գանգատ ներկայացնել կամ DMHC-ից խնդրել Անկախ բժշկական վերանայում՝ Ձեր հիվանդանոցային այցը շարունակելու համար: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես բողոք ներկայացնել և խնդրել DMHC-ին Անկախ բժշկական ստուգում իրականացնել խնդրում ենք այցելել Բաժին F4, էջ՝ 162:

Վարչական իրավունքի դատավորը կամ փաստաբան դատավորը զբաղվում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումներով: Անցե՛ք **Բաժին J-ը** 3-րդ, 4-րդ, 5-րդ մակարդակնարի մասին տեղեկությունների համար:

H4. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի այլընտրանքային Բողոքարկում կատարել

1-ին մակարդակի բողոքարկման համար Որակի բարելավման կազմակերպության հետ կապվելու վերջնաժամկետը 60 օրվա ընթացքում է կամ ոչ ուշ, քան հիվանդանոցից Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթիվը: Եթե բաց եք թողնում 1-ին մակարդակի բողոքարկման վերջնաժամկետը, կարող եք օգտագործել «Այլընտրանքային բողոքարկման» գործընթացը:

Կապվեք Անդամների սպասարկման կենտրոնի հետ էջի ներքևի համարներով և խնդրեք մեզ «արագ վերանայում» Ձեր հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթվի վերաբերյալ:

«Արագ վերանայման» կամ «արագ բողոքարկման» իրավական տերմինն է **«արագացված բողոքարկում»:**

- Մենք ուսումնասիրում ենք Ձեր հիվանդանոցում գտնվելու մասին բոլոր տեղեկությունները:
- Մենք ստուգում ենք, որ եթե առաջին որոշումը եղել է արդար և հետևել կանոններին:
- Մենք օգտագործում ենք արագ վերջնաժամկետներ ստանդարտ ժամկետների փոխարեն և տալիս ենք մեր որոշումը 72 ժամվա ընթացքում, երբ Դուք արագ վերանայում եք խնդրել:

Եթե մենք ասենք **Այո** Ձեր արագ բողոքարկմանը.

- Մենք համաձայն ենք, որ Դուք պետք է հիվանդանոցում լինեք դուրս գրման օրվանից հետո:
- Մենք կշարունակենք հիվանդանոցային ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:
- Մենք պարտավոր կլինենք ձեզ փոխհատուցելծախսերի մեր մասնաբաժինը բուժսպասարկման այն ծառայությունների համար, որոնք ձեզ մատուցվել են փոխհատուցման տրամադրումը դադարեցնելու մասին ձեզ տեղեկացնելու ամսաթվից հետո:

Եթե մենք ասենք **Ոչ** Ձեր արագ բողոքարկմանը.

- Մենք համաձայն ենք, որ Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթիվը բժշկական տեսանկյունից համապատասխան էր:
- Ձեր ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունների մեր ապահովագրումն ավարտվում է այն ամսաթվից, երբ մենք ձեզ ասացինք:
- Այս ամսաթվից հետո մենք չենք վճարի ծախսերի որևէ բաշխում:
- Մենք Ձեր բողոքարկումն ուղարկում ենք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը՝ համոզվելու, որ մենք հետևել ենք բոլոր կանոններին: Երբ մենք դա անում ենք, Ձեր գործն ավտոմատ կերպով անցնում է 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթաց:

H5. Ինչպե՞ս կարող եմ 2-րդ մակարդակի Այլընտրանքային բողոքարկում կատարել

մենք ուղարկում ենք ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման տեղեկատվությունը Անկախ բժշկական վերանայման կազմակերպությանը 24 ժամվա ընթացքում՝ ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը **Մերժելուց** հետո: Մենք դա անում ենք ավտոմատ կերպով: որևէ բան անելու կարիք չկա:

Եթե, ձեր կարծիքով, մենք չենք պահպանում այս կամ այլ վերջնաժամկետները, ապա դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: Բողոքներ ներկայացնելու մասին տեղեկությունների համար տե՛ս Բաժին J-ն:

Անկախ վերանայման կազմակերպությանը կիրականացնի ձեր բողոքարկման «արագ վերանայում»: Նրանք ուշադիր ուսումնասիրում են հիվանդանոցից դուրս գրվելու մասին ձեր բոլոր տեղեկությունները և սովորաբար պատասխանում են ձեզ 72 ժամվա ընթացքում:

Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Այո** Ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք պարտավոր կլինենք ձեզ փոխհատուցելծախսերի մեր մասնաբաժինը բուժսպասարկման այն ծառայությունների համար, որոնք ձեզ մատուցվել են փոխհատուցման տրամադրումը դադարեցնելու մասին ձեզ տեղեկացնելու ամսաթվից հետո:
- Մենք կշարունակենք հիվանդանոցային ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայություններն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք համաձայն ենք, որ Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթիվը բժշկական տեսանկյունից համապատասխան էր:
- Նրանք ձեզ նամակ են տալիս, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և կատարել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում:

Վարչական իրավունքի դատավորը կամ փաստաբան դատավորը զբաղվում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումներով: Անցե՛ք **Բաժին J-ը** 3-րդ, 4-րդ, 5-րդ մակարդակնարի մասին տեղեկությունների համար:

Դուք կարող եք նաև դիմել DMHC-ին անկախ բժշկական ստուգում վարելու համար՝ հիվանդանոցում մնալ շարունակելու խնդրանքով: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես բողոք ներկայացնել և խնդրել DMHC-ին Անկախ բժշկական ստուգում իրականացնել խնդրում ենք այցելել Բաժին F4, էջ՝ 162: Ի լրումն կամ ի փոխարեն բողոքարկման մակարդակ 3-րդ, դուք կարող եք դիմել անկախ բժշկական ստուգում ստանալու համար:

I. Դիմում՝ որոշակի բժշկական ծառայությունների ապահովագրությունը շարունակելու համար

Այս բաժինը միայն երեք տեսակի ծառայությունների մասին է, որոնք կարող եք ստանալ.

- 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 փոխհատուցվող 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:

I1. Նախնական ծանուցում նախքան Ձեր ծածկույթի ավարտը

Մենք ձեզ գրավոր ծանուցում կուղարկենք, որը դուք կստանաք ձեր բուժ. խնամքի համար վճարումը դադարեցնելուց առնվազն երկու օր առաջ: Սա կոչվում է «Ծանուցում Medicare-ի ծածկույթից դուրս ծառայությունների վերաբերյալ»: Գրավոր ծանուցումը կտեղեկացնի Ձեզ այն ամսաթվի մասին, երբ մենք կավարտենք Ձեր բուժսպասարկման ապահովագրական ծածկույթը և թե ինչպես բողոքարկել այս որոշումը:

Դուք կամ Ձեր ներկայացուցիչը պետք է ստորագրեք գրավոր ծանուցումը՝ հաստատելու, որ Դուք այն ստացել եք: Ծանուցումը ստորագրելը **միայն** ցույց է տալիս, որ Դուք ստացել եք տեղեկատվությունը: Ստորագրելը **չի** նշանակում, որ Դուք համաձայն եք մեր որոշման հետ:

I2. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի բողոքարկում կատարել

Եթե Դուք կարծում եք, որ բուժսպասարկման ապահովագրական ծածկույթն ավարտվում է շատ վաղ, ապա կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժինը ձեզ պատմում է 1-ին մակարդակի բողոքարկման գործընթացի և անելիքների մասին:

- **Պահպանեք վերջնաժամկետները:** Վերջնաժամկետները շատ կարևոր են: Հասկացեք և հետևեք վերջնաժամկետներին, որոնք վերաբերում են այն գործերին, որոնք Դուք պետք է անեք: Մեր ծրագիրը նույնպես պետք է հետևի ժամկետներին: (Եթե, Ձեր կարծիքով, մենք չենք պահպանում մեր վերջնաժամկետները, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել: Բողոքների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք **Բաժին K**
- **Անհրաժեշտության դեպքում դիմեք օգնության:** Եթե հարցեր ունեք կամ Ձեզ ցանկացած ժամանակ օգնություն է հարկավոր
  - Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն էջի ներքևում գտնվող համարներով:
  - Զանգահարեք Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի ներկայացուցիչներին (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով:
- **Կապվեք Որակի բարելավման կազմակերպության հետ**
  - Անցեք Ձեր ***Անդամի ձեռնարկի*** **Բաժին H2-ը** կամ **Գլուխ 2-ը՝** Որակի բարելավման կազմակերպության մասին ավելին իմանալու համար և տեղեկանալու թե ինչպես կապ հաստատել նրանց հետ:
  - Խնդրեք նրանց վերանայել Ձեր բողոքարկումը և որոշել՝ փոխե՞լ մեր ծրագրի որոշումը, թե ոչ:
- **Գործեք արագ ֊ խնդրեք արագ վերանայում:** Հարցրեք Որակի բարելավման կազմակերպությանը, թե արդյոք բժշկական տեսանկյունից մեր կողմից տեղին է դադարեցնել Ձեր բժշկական ծառայությունների ծածկույթը:

Խնդրեք նրանց «արագ բողոքարկում»: Սա անկախ վերանայում է՝ պարզելու արդյոք բժշկական տեսակետից արդարացված է, որ մենք դադարեցնենք Ձեր ծառայությունների ապահովագրությունը:

Ո՞րն է այդ կազմակերպության հետ կապվելու Ձեր վերջնաժամկետը

- Դուք պետք է դիմեք Որակի բարելավման կազմակերպությանը, որպեսզի սկսեք Ձեր բողոքարկումը մինչև մեր կողմից ուղարկված Medicare-ի չապահովագրման ծանուցման ուժի մեջ մտնելու օրվան նախորդող օրվա կեսօրը:
- Եթե սահմանված ժամկետներում չկապվեք Որակի բարելավման կազմակերպության հետ բողոքարկում ներկայացնելու նպատակով, ապա փոխարենը կարող եք Ձեր բողոքարկումը ներկայացնել անմիջապես մեզ: Մանրամասների համար, թե ինչպես դա անել, տես**Բաժին I4**:
- 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 ստուգում խնդրել: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես բողոք ներկայացնել և խնդրել DMHC-ին Անկախ բժշկական ստուգում իրականացնել խնդրում ենք այցելել Բաժին F4, էջ՝ 162:

Գրավոր ծանուցման իրավական տերմինն է «Ծանուցում Medicare-ի չապահովագրման մասին»: Նմուշ օրինակ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն էջի ներքևի համարներով կամ զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1):-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Կամ դիտեք առցանց օրինակը՝www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices:

Ինչ է տեղի ունենում արագ ուղու բողոքարկման ժամանակ

- Որակի բարելավման կազմակերպության մասնագետները կարող են ձեզ կամ Ձեր ներկայացուցչին հարցնել, թե ինչու եք Դուք կարծում, որ փոխհատուցման տրամադրումը պետք է շարունակվի: Ձեզանից չի պահանջվում հայտարարություն գրել, բայց կարող եք:
- Վերանայողները նայում են Ձեր բժշկական տեղեկությունները, զրուցում Ձեր բժշկի հետ և վերանայում այն տեղեկատվությունը, որը նրանց տվել է մեր ծրագիրը:
- Մեր ծրագիրը նաև ձեզ գրավոր ծանուցում է ուղարկում, որը բացատրում է Ձեր ծառայությունների ծածկույթը դադարեցնելու մեր պատճառները: Դուք ծանուցումը ստանում եք մինչև օրվա վերջ, երբ վերանայողները կտեղեկացնեն մեզ Ձեր բողոքարկման մասին:

Ծանուցման բացատրության իրավական տերմինն է «**Չապահովագրման մանրամասն բացատրություն**»:

- Վերանայողները ձեզ ասում են իրենց որոշումը մեկ ամբողջ օրվա ընթացքում՝ իրենց անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները ստանալուց հետո:

Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Այո** Ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք կտրամադրենք Ձեր ապահովագրված ծառայությունները այնքան ժամանակ, որքան դրանք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ կլինեն:

Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը.

- Ձեր ծածկույթն ավարտվում է այն ամսաթվով, որը մենք ձեզ ասել ենք:
- Մենք դադարում ենք վճարել այս խնամքի ծախսերի մեր բաշխումը ծանուցման ամսաթվին:
- Եթե որոշում եք շարունակել ստանալ տնային առողջության խնամք, հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամք կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայություններ Ձեր ապահովագրման ժամկետի ավարտից հետո, ապա Դուք ստիպված կլինեք վճարել այս խնամքի լրիվ արժեքն ինքնուրույն:
- Դուք որոշում եք, թե արդյոք ցանկանում եք շարունակել այս ծառայությունները և 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել:

I3. Ինչպե՞ս կարող եմ մակարդակ 2-ի բողոքարկում կատարել

2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացի համար կարող եք խնդրել, որպեսզի Որակի բարելավման կազմակերպությունը ևս մեկ անգամ պետք է ուսումնասիրի 1-ին մակարդակի վրա կայացված որոշումը: Զանգահարեք նրանց՝ (877) 588-1123; TTY: (855) 887-6668:

Այս վերանայումն անհրաժեշտ է հայցել **60 օրացուցային 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 բուժսպասարկան ծառայությունների ստացումը դրանց ապահովագրական ծածկույթի ժամկետի ավարտից հետո:

Որակի բարելավման կազմակերպության վերանայողները

- Եվս մեկ անգամ ուշադիր կուսումնասիրեն Ձեր բողոքարկմանը վերաբերող բոլոր տեղեկությունները:
- Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման մասին իրենց որոշումը կհայտնեն ձեզ երկրորդ վերանայման հարցումն ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Այո** Ձեր բողոքարկմանը.

- 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:

Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը.

- Նրանք համաձայն են Ձեր խնամքը դադարեցնելու մեր որոշման հետ և չեն փոխի այն:
- They give you a letter that tells you what you can do if you want to continue with the appeal process and make a Level 3 Appeal.
- Դուք նաև կարող եք գանգատ ներկայացնել և DMHC-ից խնդրել Անկախ բժշկական վերանայում առողջապահական խնամքի ծառայությունների ապահովագրությունը շարունակելու համար: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես դիմել DMHC-ին անկախ բժշկական ստուգում վարելու համար, խնդրում ենք այցելել Բաժին F4, էջ 162: Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել և Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել DMHC-ից՝ ի լրումն 3-րդ մակարդակի բողոքարկմանը կամ դրա փոխարեն:

Վարչական իրավունքի դատավորը կամ փաստաբան դատավորը զբաղվում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումներով: Անցե՛ք **Բաժին J-ը** 3-րդ, 4-րդ, 5-րդ մակարդակնարի մասին տեղեկությունների 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:

I4. Ինչպե՞ս կարող եմ 1-ին մակարդակի այլընտրանքային Բողոքարկում կատարել

Ինչպես բացատրված է **Բաժին I2**-ում Դուք պետք է արագ գործեք և կապվեք Որակի բարելավման կազմակերպության հետ՝ Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը սկսելու համար: Եթե բաց եք թողնում վերջնաժամկետը, կարող եք օգտագործել «Այլընտրանքային բողոքարկման» գործընթացը:

Կապվեք Անդամների սպասարկման կենտրոնի հետ էջի ներքևում գտնվող համարներով և խնդրեք մեզ «արագ վերանայում»:

> «Արագ վերանայման» կամ «արագ բողոքարկման» իրավական տերմինն է **«արագացված բողոքարկում»:**

- Մենք ուսումնասիրում ենք Ձեր գործի մասին բոլոր տեղեկությունները:
- Մենք ստուգում ենք, որ առաջին որոշումը արդար է եղել և հետևել է բոլոր կանոններին, երբ սահմանել ենք Ձեր ծառայությունների ծածկույթի ավարտի ամսաթիվը:
- Մենք օգտագործում ենք արագ ժամկետներ՝ ստանդարտ վերջնաժամկետների փոխարեն, և մեր որոշումը տալիս ենք ձեզ արագ վերանայման հայտ ներկայացնելուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:

Եթե մենք ասենք **Այո** Ձեր արագ բողոքարկմանը.

- Մենք համաձայն ենք, որ Դուք ավելի երկար ծառայությունների կարիք ունեք:
- Մենք պարտավոր կլինենք ձեզ փոխհատուցելծախսերի մեր մասնաբաժինը բուժսպասարկման այն ծառայությունների համար, որոնք ձեզ մատուցվել են փոխհատուցման տրամադրումը դադարեցնելու մասին ձեզ տեղեկացնելու ամսաթվից հետո:

Եթե մենք ասենք **Ոչ** Ձեր արագ բողոքարկմանը.

- Այս ծառայությունների մեր ծածկույթն ավարտվում է այն ամսաթվից, երբ մենք ձեզ տեղեկացրել ենք:
- Այս ամսաթվից հետո մենք չենք վճարի ծախսերի որևէ բաշխում:
- Դուք վճարում եք այս ծառայությունների ամբողջ արժեքը, եթե շարունակեք դրանք ստանալ այն ամսաթվից հետո, երբ մենք Ձեզ տեղեկացրել ենք, որ ապահովագրությունն ավարտվել է:
- Մենք Ձեր բողոքարկումն ուղարկում ենք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը՝ համոզվելու, որ մենք հետևել ենք բոլոր կանոններին: Երբ մենք դա անում ենք, Ձեր գործն ավտոմատ կերպով անցնում է 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթաց:

I5. Ինչպե՞ս կարող եմ 2-րդ մակարդակի Այլընտրանքային բողոքարկում կատարել

2-րդ մակարդակի բողոքարկման ժամանակ մենք ուղարկում ենք ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման տեղեկատվությունը Անկախ բժշկական վերանայման կազմակերպությանը 24 ժամվա ընթացքում՝ ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը մերժելուց հետո: Մենք դա անում ենք ավտոմատ կերպով: որևէ բան անելու կարիք չկա:

Եթե, ձեր կարծիքով, մենք չենք պահպանում այս կամ այլ վերջնաժամկետները, ապա դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: Բողոքներ ներկայացնելու մասին տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին K-ն**:

Անկախ վերանայման կազմակերպությանը կիրականացնի ձեր բողոքարկման «արագ վերանայում»: Նրանք ուշադիր ուսումնասիրում են հիվանդանոցից դուրս գրվելու մասին ձեր բոլոր տեղեկությունները և սովորաբար պատասխանում են ձեզ 72 ժամվա ընթացքում:

Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Այո** Ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք պարտավոր կլինենք ձեզ փոխհատուցելծախսերի մեր մասնաբաժինը բուժսպասարկման այն ծառայությունների համար, որոնք ձեզ մատուցվել են փոխհատուցման տրամադրումը դադարեցնելու մասին ձեզ տեղեկացնելուց ամսաթվից հետո:
- Մենք կշարունակենք հիվանդանոցային ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայություններն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը.

- Նրանք համաձայն են Ձեր խնամքը դադարեցնելու մեր որոշման հետ և չեն փոխի այն:
- Նրանք ձեզ նամակ են տալիս, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և կատարել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում:
- Դուք նաև կարող եք գանգատ ներկայացնել և DMHC-ից խնդրել Անկախ բժշկական վերանայում առողջապահական խնամքի ծառայությունների ապահովագրությունը շարունակելու համար: Ավելի մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես դիմել DMHC-ին անկախ բժշկական ստուգում վարելու համար, խնդրում ենք այցելել Բաժին F4, էջ 162: Ի լրումն կամ ի փոխարեն բողոքարկման մակարդակ 3-րդ, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել և դիմել անկախ բժշկական ստուգում ստանալու համար:

Վարչական իրավունքի դատավորը կամ փաստաբան դատավորը զբաղվում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումներով: Անցե՛ք **Բաժին J-ը** 3-րդ, 4-րդ, 5-րդ մակարդակնարի մասին տեղեկությունների համար:

J. Ձեր բողոքարկումը 2-րդ մակարդակից վեր տեղափոխելը

J1. Հաջորդ քայլերը Medicare ծառայությունների ֆ 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:

Եթե Ձեր բողոքարկած Medicare ծառայության կամ ապրանքի դոլարային արժեքը չի համապատասխանում որոշակի նվազագույն դոլարի գումարին, Դուք այլևս չեք կարող բողոքարկել: Եթե դոլարային արժեքը բավականին բարձր է, ապա կարող եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը: Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման Անկախ վերանայման կազմակերպությունից

ստացված նամակը բացատրում է, թե ում հետ կապվել և ինչ անել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում խնդրելու համար:

Մակարդակ 3 Բողոքարկում

Բողոքարկման գործընթացի 3-րդ մակարդակն իրականացվում է Վարչական Գործերով Դատավորի (ALJ) լսումների միջոցով: Որոշում կայացնողը ALJ կամ փաստաբան դատավոր է, ով աշխատում է դաշնային կառավարությունում:

Եթե վարչական գործերով դատավորը կամ փաստաբանն ասի **Այո** Ձեր բողոքարկմանը, մենք իրավունք ունենք բողոքարկելու 3-րդ մակարդակի որոշումը, որը ձեռնտու է ձեզ:

- Եթե մենք որոշենք **բողոքարկել** որոշումը, մենք ձեզ ուղարկում ենք 4-րդ մակարդակի բողոքարկման հայտի պատճենը ուղեկցող փաստաթղթերով: Մենք կարող ենք սպասել 4-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշմանը, նախքան վիճելի ծառայությունը լիազորելը կամ տրամադրելը:
- Եթե մենք որոշենք **չբողոքարկել** որոշումը, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք ձեզ ծառայությունը ALJ-ի կամ փաստաբան դատավորի որոշումը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե վարչական գործերով դատավորը կամ փաստաբանն ասի **Ոչ** կամ մերժի վերանայման մեր խնդրանքը, բողոքարկման գործընթացը կարող է ավարտված չլինել:

- Եթե որոշեք **ընդունել** այս որոշումը, որը մերժում է Ձեր բողոքարկումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված կլինի:
- Եթե որոշեք **չընդունել** այս որոշումը, որը մերժում է Ձեր բողոքարկումը, ապա կարող եք շարունակել վերանայման գործընթացի հաջորդ մակարդակը: Ձեր ստացած ծանուցումը ձեզ կասի, թե ինչ անել 4-րդ մակարդակի բողոքարկման համար:

Մակարդակ 4 Բողոքարկում

Medicare-ի բողոքարկման խորհուրդը վերանայում է Ձեր բողոքարկումը և տալիս ձեզ պատասխան: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մի մասն է:

Եթե Խորհուրդն ասում է **Այո** Ձեր 4-րդ մակարդակի բողոքարկմանը կամ մերժում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշումը վերանայելու Ձեր ձեռնտու որոշումը, մենք իրավունք ունենք բողոքարկել 5-րդ Մակարդակ:

- Եթե մենք որոշենք **բողոքարկել** որոշումը, մենք ձեզ գրավոր կհայտնենք:
- Եթե մենք որոշենք **չբողոքարկել** որոշումը, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք ձեզ ծառայությունը Խորհրդի որոշումը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե Խորհուրդն ասի **Ոչ** կամ մերժի վերանայման մեր խնդրանքը, բողոքարկման գործընթացը կարող է ավարտված չլինել:

- Եթե որոշեք **ընդունել** այս որոշումը, որը մերժում է Ձեր բողոքարկումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված կլինի:
- Եթե որոշեք **չընդունել** այս որոշումը, որը մերժում է Ձեր բողոքարկումը, ապա կարող եք շարունակել վերանայման գործընթացի հաջորդ մակարդակը: Ձեր ստացած ծանուցումը ձեզ կասի, թե արդյոք կարող եք շարունակել 5-րդ մակարդակի բողոքարկումը և ինչ անել:

Մակարդակ 5 բողոքարկում

Դաշնային շրջանային դատարանի դատավորը կուսումնասիրի Ձեր բողոքարկումը և ամբողջ տեղեկատվությունը և կորոշի **Այո** կամ **Ոչ**: Սա վերջնական որոշումն է: Դաշնային շրջանային դատարանից դուրս բողոքարկման այլ մակարդակներ չկան:

J2. Medi-Cal-ի լրացուցիչ բողոքարկումներ

Դուք նաև բողոքարկման այլ իրավունքներ ունեք, եթե Ձեր բողոքարկումը վերաբերում է ծառայություններին կամ ապրանքներին, որոնք սովորաբար փոխհատուցում է Medi-Cal-ը: Նամակը, որը Դուք ստանալու եք Անկախ բժշկական փորձաքննության կողմից, կտեղեկացնի հետագա քայլերի մասին, որոնք Դուք պետք է ձեռնարկեք, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը:

Եթե դուք համաձայն չեք նահանգային լսումների արդյունքում կայացրած որոշման հետ և ցանկանում եք, որ մեկ այլ դատավոր վերանայի այն, դուք կարող եք պահանջել կրկնական լսումներ և/կամ դիմել դատական վերանայման: Կրկնակի լսում պահանջելու համար գրավոր դիմում (նամակ) ներկայացրեք հետևյալ հասցեով՝

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Այդ նամակը պետք է ուղարկվի որոշումը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում: Այս վերջնաժամկետը կարող է երկարաձգվել մինչև 180 օր, եթե ուշացման հարգելի 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:

J3. Բողոքարկել 3-րդ, 4-րդ ֆ 5-րդ մակարդակները՝ Մաս D-ի դեղերի հարցումների համար

Այս բաժինը կարող է օգտակար լինել ձեզ համար, եթե դուք կատարել եք 1-ին և 2-րդ մակարդակի բողոքարկում, և ձեր երկու բողոքարկումները մերժվել են:

Եթե ձեր բողոքարկման դեղամիջոցի արժեքը համապատասխանում է որոշակի դոլլարային գումարի չափին, դուք կարող եք անցնել բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների: 2-րդ մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ ձեր ստացված նամակը բացատրում է, թե ում հետ կապվել և ինչ անել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում խնդրելու համար:

Մակարդակ 3 Բողոքարկում
Բողոքարկման գործընթացի 3-րդ մակարդակն իրականացվում է Վարչական Գործերով Դատավորի (ALJ) լսումների միջոցով: Որոշում կայացնողը ALJ կամ փաստաբան դատավոր է, ով աշխատում է դաշնային կառավարությունում:

Եթե վարչական գործերով դատավորը կամ փաստաբանն **Այո** ասի ձեր բողոքարկմանը՝

- Բողոքարկման գործընթացն ավարտված է:
- Մենք պետք է թույլատրենք կամ տրամադրենք դեղի հաստատված փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում (կամ 24 ժամվա ընթացքում՝ արագացված բողոքարկման համար) կամ վճարում կատարենք ոչ ուշ, քան որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե վարչական գործերով դատավորը կամ փաստաբանն ասի **Ոչ** կամ մերժի վերանայման մեր խնդրանքը, բողոքարկման գործընթացը կարող է ավարտված չլինել:

- Եթե որոշեք **ընդունել** այս որոշումը, որը մերժում է Ձեր բողոքարկումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված կլինի:
- Եթե որոշեք **չընդունել** այս որոշումը, որը մերժում է Ձեր բողոքարկումը, ապա կարող եք շարունակել վերանայման գործընթացի հաջորդ մակարդակը: Ձեր ստացած ծանուցումը ձեզ կասի, թե ինչ անել 4-րդ մակարդակի բողոքարկման համար:

Մակարդակ 4 Բողոքարկում

Medicare-ի բողոքարկման խորհուրդը վերանայում է Ձեր բողոքարկումը և տալիս ձեզ պատասխան: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մի մասն է:

Եթե Խորհուրդը **Այո** ասի ձեր բողոքարկմանը՝

- Բողոքարկման գործընթացն ավարտված է:
- Մենք պետք է թույլատրենք կամ տրամադրենք դեղի հաստատված փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում (կամ 24 ժամվա ընթացքում՝ արագացված բողոքարկման համար) կամ վճարում կատարենք ոչ ուշ, քան որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե Խորհուրդն ասի **Ոչ** կամ մերժի վերանայման մեր խնդրանքը, բողոքարկման գործընթացը կարող է ավարտված չլինել:

- Եթե որոշեք **ընդունել** այս որոշումը, որը մերժում է Ձեր բողոքարկումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված կլինի:
- Եթե որոշեք **չընդունել** այս որոշումը, որը մերժում է Ձեր բողոքարկումը, ապա կարող եք շարունակել վերանայման գործընթացի հաջորդ մակարդակը: Ձեր ստացած ծանուցումը ձեզ կասի, թե արդյոք կարող եք շարունակել 5-րդ մակարդակի բողոքարկումը և ինչ անել:

Մակարդակ 5 բողոքարկում

Դաշնային շրջանային դատարանի դատավորը կուսումնասիրի Ձեր բողոքարկումը և ամբողջ տեղեկատվությունը և կորոշի **Այո** կամ **Ոչ**: Սա վերջնական որոշումն է: Դաշնային շրջանային դատարանից դուրս բողոքարկման այլ մակարդակներ չկան:

K. Ինչպե՞ս ներկայացնել բողոք

K1. Ինչպիսի խնդիրների համար է գանգատ ներկայացվում

Բողոք ներկայացնելու գործընթացն օգտագործվում է միայն որոշ տեսակի խնդիրների համար, ինչպիսիք են բուժսպասարկման որակի, սպասելու ժամանակի և Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հետ կապված խնդիրները: Ստորև, որպես օրինակ, բերված են խնդիրների որոշ տեսակներ, որոնք լուծվում են բողոքների ներկայացման գործընթացի միջոցով:

Բողոք	Օրինակ՝
Ձեր բժշկական օգնության որակը	• Դուք դժգոհ եք բուժսպասարկման (օրինակ՝ հիվանդանոցում Ձեր տրամադրված բուժօգնության) որակից:
Պաշտպանում ենք Ձեր գաղտնիությունը	• Դուք կարծում եք, ինչ-որ մեկը չի պահպանել Ձեր գաղտնիության իրավունքը կամ տարածել է Ձեր մասին գաղտնի տեղեկություն:
Անհարգալից վերաբերմունք, հաճախորդների վատ սպասարկում կամ այլ բացասական վարքագիծ	• Բուժօգնության մատակարարը կամ բուժհաստատության անձնակազմը կոպիտ կամ անհարգալից վերաբերմունք է ցուցադրել Ձեր անձի նկատմամբ: • Մեր անձնակազմը ձեզ վատ է վերաբերվել: • Դուք կարծում եք, որ ձեզ դուրս են մղում ծրագրից:
Հասանելիություն ֆ լեզվական օգնություն	• Բժշկի կամ մատակարարի գրասենյակում առողջապահական ծառայությունների և բուժսպասարկման պարագաների ֆիզիկական հասանելիությունը բացակայում է: • Ձեր բժիշկը կամ մատակարարը թարգմանիչ չի տրամադրում այն ոչ անգլերեն լեզվի համար, որը Դուք խոսում եք (օրինակ՝ ամերիկյան ժեստերի լեզուն կամ իսպաներենը): • Ձեր մատակարարը ձեզ չի տալիս այլ ողջամիտ հարմարություններ, որոնց կարիքն ունեք և խնդրում եք:
Սպասելաժամանակ	• Դու ունեք բժշկի հետ այցելության վերաբերյալ պայմանավորվելու կամ դրան շատ երկար սպասելու հետ կապված խնդիրներ: • Բժիշկները, դեղագործները, այլ առողջապահական մասնագետները, Անդամների սպասարկման կենտրոնը կամ ծրագրի այլ աշխատակիցներ ստիպել են ձեզ չափից երկար սպասել:
Մաքրություն	• Դուք կարծում եք, որ կլինիկան, հիվանդանոցը կամ բժշկի սենյակը մաքուր չէ:

Բողոք	Օրինակ՝
Մեզնից ստացած տեղեկատվություն	• Կարծում եք, որ մենք Ձեզ չենք ուղարկել ծանուցագիր կամ նամակ, որը պետք է ստանայիք:
	• Դուք կարծում եք, որ ձեզ տրամադրված գրավոր տեղեկությունները դժվար ընկալելի են:
Ապահովագրության որոշումների կամ բողոքներ վերաբերյալ մեր գործողությունների ժամանակին իրականացման պահպանում	• 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 չեք կարծում, որ մենք Ձեր գործը ժամանակին ուղարկել ենք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը:

Կան տարբեր տեսակի բողոքներ: Դուք կարող եք ներքին և/կամ արտաքին գանգատ ներկայացնել: Ներքին բողոքը ներկայացվում և քննարկվում է մեր ծրագրի կողմից: Արտաքին բողոքը ներկայացվում և քննարկվում է մի կազմակերպության կողմից, որը կապված չէ մեր ծրագրի հետ: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն ներքին և/ կամ արտաքին բողոքարկման համար, ապա կարող եք զանգահարել ծրագիր՝(855) 665-4627, TTY: 711, 7 օր շաբաթական, ժամը՝ 8 a.m. 8 p.m.-ը, տեղական ժամանակով>:

> «Բողոքի» **համապատասխան իրավաբանական տերմինն** է «**հայցը**»:
>
> «Բողոք ներկայացնելու» **համապատասխան պաշտոնական իրավաբանական եզրույթն** է «**հայց ներկայացնելը**»:

K2. Ներքին բողոքներ

Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ <(855) 665-4627, TTY: 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-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 Անդամների սպասարկման կենտրոնի ներկայացուցիչները ձեզ կտեղեկացնեն այդ մասին:
- Կարող եք նաև գրի առնել ձեզ գանգատը և ուղարկել մեզ: Եթե Դուք ներկայացնեք Ձեր բողոքը գրավոր նամակով, մենք նույնպես կպատասխանենք ձեզ գրավոր ձևով:
- Մենք կպատասխանենք ձեր բողոքին հնարավորինս արագ՝ որքան արաջ պահանջվում է ձեր առողջության պահպանման համար, ոչ ուշ, քան բողոքը ստանալու օրվանից 30 օր հետո: Ձեր բողոքարկումը ներկայացնելուց հետո 5 օրացուցային օրվա ընթացքում դուք մեզնից կստանաք նամակ՝ բողոքարկման ստացումը հաստատելու համար: Եթե զանգահարեք մեզ ձեր բողոքը

ներկայացնելու համար, մենք կզանգահարենք ձեզ կամ նամակ կուղարկենք մեր պատասխանով: Եթե գրեք մեզ, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք մեր պատասխանով: Խնդրում ենք զանգահարեք (800) 665-0898, TTY՝ 711, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը տեղական ժամանակով, կամ գրեք մեզ Molina Medicare Complete Care Plus Բողոքարկումներ և Բողոքներ, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Ֆաքս՝ (562) 499-0610:

> «Արագացված բողոքի» **համապատասխան իրավաբանական եզրույթն** է «**արագ բողոքը**»:

Հնարավորության դեպքում մենք Ձեզ անմիջապես կպատասխանենք: 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:

- Մենք պատասխանում ենք գանգատների մեծ մասին 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե մենք չենք կարողանում որոշում կայացնել 30 օրացուցային օրվա ընթացքում ոչ բավարար տեղեկություններ ունենալու պատճառով, 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:
- Եթե մենք ամբողջովին կամ մասամբ **չհամաձայնավենք** Ձեր բողոքի հետ, ապա մենք ձեզ կտեղեկացնենք դրա մասին և կտրամադրենք համապատասխան հիմնավորումը: Մենք կպատասխանենք ձեզ անկախ Ձեր բողոքի հետ համաձայնի լինելու կամ չլինելու փաստից:

K3. Արտաքին բողոք

Medicare

Դուք կարող եք տեղեկացնել Medicare-ին Ձեր բողոքի մասին կամ ուղարկել այն Medicare-ին: Medicare-ի բողոքարկման ձևը հասանելի է հետևյալ հասցեով՝ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx:

Դուք կարիք չունեք բողոք ներկայացնել Molina Medicare Complete Care Plus-ում նախքան Medicare-ին բողոք ներկայացնելը:

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 ծրագիրը խնդիրներին լուծում չի տալիս, կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները կարող են զանգահարել 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

Medi-Cal

Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել California-ի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքի (DMHC) Medi-Cal Կառավարվող խնամքի օմբուդսմենին զանգահարելով՝ 1-888-452-8609: TTY- ի օգտվողները կարող են զանգահարել 711: Զանգահարե՛ք՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5:00 p.m.-ը:

Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել California-ի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքի (DMHC) Օգնությանկենտրոն: DMHC-ն պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերը կարգավորելու համար: Կարող եք զանգահարել DMHC Օգնության կենտրոն Medi-Cal ծառայությունների գանգատների հետ կապված օգնության համար: 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: 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 վեբկայքը (www.dmhc.ca.gov):

Office for Civil Rights

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 օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 համարով: Լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալու համար կարող եք նաև այցելել www.hhs.gov/ocr կայքը:

Կարող եք նաև կապվել տեղային Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի հետ հետևյալ հասցեով՝
<(877) 588-1123>:
Երկուշաբթի-ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը (տեղական ժամանակով), հասանելի է 24 ժամ ձայնային փոստ:
TTY:< (855) 887-6668>
https://www.livantaqio.com/en/states/california

Դուք կարող եք իրավունքներ ունենալ նաև «Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների մասին» օրենքի և նահանգի ցանկացած այլ կիրառելի օրենքի շրջանակներում: Կարող եք կապ հաստատել:

Որակի բարելավման կազմակերպություն

Եթե Ձեր բողոքը վերաբերում է բուժսպասարկման որակին, ապա Դուք ունեք նաև հետևյալ երկու ընտրանքը՝

- Դուք կարող եք Ձեր բողոքը ներկայացնել խնամքի որակի վերաբերյալ անմիջապես Որակի բարելավման կազմակերպությանը:
- Դուք կարող եք Ձեր բողոքը ներկայացնել Որակի բարելավման կազմակերպությանը և մեր ծրագրին: Եթե Դուք Ձեր բողոքը ներկայացնեք Որակի բարելավման 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 մասին ավելին իմանալու համար տեսեք **Բաժին H2** կամ տեսեք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 2-ը*:

California նահանգում՝ Որակի բարելավման կազմակերպությունը անվանվում է Livanta: Livanta-ի հեռախոսահամարն է՝ <(877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668>:

Գլուխ 10: Մեր ծրագրին Ձեր անդամակցության ավարտը

Ներածություն

Այս գլուխը բացատրում է Ձեր ծրագրի անդամագրության դադարեցման կարգը և դրանից հետո մատչելի բժշկական ապահովագրության տարբերակները: Եթե Դուք դուրս գաք մեր ծրագրից, Դուք դեռևս կշարունակեք օգտվվել Medicare և Medi-Cal ծրագրերից այնքան ժամանակ, որքան որ իրավասու եք: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները հայտնվում են այբբենական կարգով Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Երբ Դուք կարող եք դադարեցնել մեր Cal MediConnect ծրագրի անդամագրությունը 221
B. Ինչպես ավարտել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրում 222
C. Ինչպե՞ս ստանալ Medicare և Medi-Cal ծառայություններ 222
C1. Ձեր Medicare ծառայությունները 222
C2. Ձեր Medi-Cal ծառայությունները 224
D. Ինչպես ստանալ Ձեր բժշկական ծառայությունները և դեղերը, մինչև մեր ծրագրին Ձեր անդամակցության ավարտը 225
E. Այլ իրավիճակներ, երբ Ձեր անդամակցումը մեր ծրագրին ավարտվում է 225
F. Մենք չենք կարող խնդրել ձեզ դուրս գալ մեր ծրագրից՝ Ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով 226
G. Գանգատ ներկայացնելու Ձեր իրավունքը, եթե մենք դադարեցնում ենք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին 226

A. Երբ Դուք կարող եք դադարեցնել մեր Cal MediConnect ծրագրի անդամագրությունը

Medicare-ում գրանցված մարդկանց մեծամասնությունը կարող է դադարեցնել իրենց անդամակցությունը ծրագրին տարվա որոշակի ժամանակահատվածում: Քանի որ Դուք ունեք Medi-Cal և կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին կամ անցնել մեկ այլ պլանի՝ հետևյալ **Գրանցման հատուկ ժամանակաշրջաններից** յուրաքանչյուրի ընթացքում մեկ անգամ:

- Հունվարից մարտ
- Ապրիլից հունիս
- Հուլիսից սեպտեմբեր

Ի հավելումն այս երեք Գրանցման հատուկ ժամանակաշրջանների՝ Դուք կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին հետևյալ ժամանակահատվածներում.

- Տարեկան **ընդունելության ժամկետը,** որը տևում է հոկտեմբերի 15-ից դեկտեմբերի 7-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր ծրագիր, ապա Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին կավարտվի դեկտեմբերի 31-ին, իսկ Ձեր անդամակցությունը նոր ծրագրին կսկսվի հունվարի 1-ից:
- Medicare **Advantage Open Enrollment Period-ը,** որը տևում է հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր ծրագիր, ապա նոր ծրագրին Ձեր անդամակցությունը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

Կարող են լինել այլ իրավիճակներ, երբ Դուք իրավասու եք կատարել գրանցման փոփոխություն: Օրինակ, երբ՝

- Եթե Դուք դուրս եք գալիս մեր սպասարկման տարածքից:
- Medi-Cal-ի կամ Հավելյալ օգնության Ձեր իրավասությունը փոխվել է, կամ
- Եթե Դուք վերջերս եք տեղափոխվել, ներկայումս խնամք եք ստանում կամ պարզապես տեղափոխվել եք ծերանոցից կամ երկարատև խնամքի հիվանդանոցից:

Ձեր անդամագրությունը կավարտվի այն ամսվա վերջին օրը, որի ընթացքում մենք կստանանք ծրագիրը փոխելու վերաբերյալ Ձեր դիմումը: Օրինակ, եթե մենք ստանանք Ձեր դիմումը հունվարի 18-ին, ապա մեր ծրագրի շրջանակներում Ձեր ապահովագրական ծածկույթը կավարտվի հունվարի 31-ին: Ձեր նոր ապահովագրական ծածկույթը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրվանից (Փետրվարի 1, այս օրինակում):

Եթե Դուք դուրս եք գալիս մեր ծրագրից, ապա կարող եք տեղեկատվություն ստանալ հետևյալի մասին՝

- Medicare-ի տարբերակները **Բաժին C1**-ի աղյուսակում
- Medi-Cal ծառայությունները **Բաժին C**-ում

Ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք ստանալ զանգահարելով՝

- Անդամների սպասարկման կենտրոն էջի ներքևում գտնվող համարներում:
- Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Զանգահարե՛ք California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում տեղային HICAP գտնելու համար խնդրում ենք այցելել www.aging.ca.gov/HICAP/կայքը:

- Health Care Options-ին՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 6 p.m.-ը ֆTTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-8000-430-7077 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman-ին՝ 1-888-452-8609 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից -5 p.m.-ը կամ էլ. փոստ՝ MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ՆՇՈՒՄ.Եթե Դուք ընդգրված եք դեների կառավարման ծրագրում, Դուք չեք կարող ծրագիրը փոխել: Հավելյալ տեղեկությունների համար անցե՛ք Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 5-ը*:

B. Ինչպես ավարտել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրում

Դուք ունեք հետևյալ տարբերակները, եթե ցանկանում եք լքել մեր ծրագիրը.

- Զանգահարե՛ք՝ Health Care Options-ին՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից մինչև 5 p.m.-ը TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով, ԿԱՄ
- Զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), որն աշխատում է շուրջօրյա, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները (խուլ, ինչպես նաև լսելու կամ խոսելու խնդիրներ ունեցող անձինք) պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Երբ զանգում ես
- 1-800-MEDICARE հեռախոսահամարով զանգահարելու դեպքում կարող եք գրանցվել նաև Medicare-ի մեկ այլ բժշկական կամ դեղերի ապահովագրական ծրագրում: Մեր պլանից դուրս գալուց հետո ձեր Medicare ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկատվություն կարող եք ստանալ ստորև ներկայացված գծապատկերից:
- Ստորև բերված C բաժինը ներառում է քայլեր, որոնք կարող եք ձեռնարկել այլ ծրագրում գրանցվելու համար, ինչը նույնպես կավարտի Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին:
- Եթե չեք տեղափոխվել Ձեր վարչաշրջանից դուրս, Ձեր Medi-Cal անդամակցությունը կշարունակվի Molina Medicare Complete Care Plus-ով:

C. Ինչպե՞ս ստանալ Medicare ֆ Medi-Cal ծառայություններ

Դուք ունեք Ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունները ստանալու ընտրություն, եթե որոշեք լքել մեր ծրագիրը:

C1. Ձեր Medicare ծառայությունները

Դուք ունեք Ձեր Medicare ծառայությունները ստանալու երեք ընտրանքներ, որոնք նշված են ներքևում: Այդ ընտրանքներից մեկն ընտրելու դեպքում Դուք ինքնաբերաբար կդադարեցնեք մեր ծրագրի Ձեր անդամագրությունը:

1. Դուք կարող եք անցնել՝	**Ինչ է հարկավոր անել՝**
Medicare-ի մեկ այլ բժշկական ապահովագրության ծրագիր	Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, Օրը 24 ժամ, շաբաթական 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: PACE-ի վերաբերյալ հարցումներ կատարելու համար, զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223):

	Եթե Ձեզ օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություն է հարկավոր. • Զանգահարե՛ք California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում տեղային HICAP գտնելու համար խնդրում ենք այցելել www.aging.ca.gov/HICAP/ կայքը: **ԿԱՄ** Գրանցվել Medicare-ի նոր՝ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ծրագրում: Մեր Medicare ծրագրում Ձեր անդամագրությունն ինքնաբերաբար դադարեցվում է այն պահին, երբ սկսվում է նոր ծրագրի ապահովագրությունը: Ձեր Medi-Cal ծրագիրը կարող է փոխվել.
2. Դուք կարող եք անցնել՝ **Original Medicare-ին՝ Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի առանձին պլանով**	**Ինչ է հարկավոր անել՝** Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, Օրը **24 ժամ,** շաբաթական 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Եթե Ձեզ օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություն է հարկավոր. • Զանգահարե՛ք California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում տեղային HICAP գտնելու համար խնդրում ենք այցելել www.aging.ca.gov/HICAP/կայքը: **ԿԱՄ** Գրանցվել Medicare-ի նոր՝ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի պլանում: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր պլանից, երբ ձեր Original Medicare պլանը կսկսի գործել: Ձեր Medi-Cal ծրագիրը չի փոխվի:

3. Դուք կարող եք անցնել՝	Ինչ է հարկավոր անել՝
Original Medicare-ին՝ առանց Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի առանձին ծրագրի **ՆՄՈՒՇ**:Եթե Դուք անցնեք Original Medicare-ին և չմիանաք Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի առանձին ծրագրին, ապա Medicare-ը կարող է ձեզ ներառել դեղերի որևէ այլ ծրագրում՝ եթե Medicare-ին չտեղեկացնեք, քանի դեռ Medicare-ին չեք տեղեկացրել, որ չեք ցանկանում միանալ: Դուք պետք է հրաժարվեք դեղատոմսային դեղերի ծրագրից, միայն եթե դեղերի ապահովագրություն եք ստանում մեկ այլ աղբյուրից, ինչպես օրինակ՝ Ձեր գործատուն կամ միավորումը: Եթե հարցեր ունեք այն մասին, թե արդյոք ձեզ անհրաժեշտ է դեղերի ապահովագրություն, կամ զանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջապահական Ապահովագրության Խորհրդատվության և Շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից մինչև 5 p.m.-ը Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում տեղային HICAP գտնելու համար խնդրում ենք այցելել www.aging.ca.gov/HICAP/ կայքը:	Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, 24 ժամ օրական, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Եթե Ձեզ օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություն է հարկավոր. • Զանգահարե՛ք California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում տեղային HICAP գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP/ կայքը: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր պլանից, երբ ձեր Original Medicare պլանը կսկսի գործել: Ձեր Medi-Cal ծրագիրը չի փոխվի:

C2. Ձեր Medi-Cal ծառայությունները

Հարցերի համար այն մասին, թե ինչպես ստանալ Ձեր Medi-Cal ծառայությունները մեր ծրագրից դուրս գալուց հետո, զանգահարեք Health Care Options (Առողջապահական խնամքի տարբերակների տեղեկատվական կենտրոն)՝ 1-844-580-7272 համարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 6 p.m.-ը TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 համարով: Հարցրեք, թե ինչպես է մեկ այլ ծրագրի միանալը կամ Original Medicare-ին վերադառնալը ազդում Ձեր Medi-Cal փոխհատուցումները ստանալու վրա:

D. Ինչպես ստանալ Ձեր բժշկական ծառայությունները ֆ դեղերը, մինչֆ մեր ծրագրին Ձեր անդամակցության ավարտը

Մեր ծրագրից դուրս գալու դեպքում, մինչև Ձեր անդամագրության դադարեցումը և նոր Medicare և Medi-Cal ապահովագրական ծածկույթի սկիզբը կարող է որոշ ժամանակ անցնել: Այս ընթացքում Դուք շարունակում եք ստանալ Ձեր դեղատոմսով դեղերը և առողջապահական խնամքը մեր ծրագրի միջոցով մինչև Ձեր նոր ծրագրի սկիզբը:

- Օգտագործեք մեր ցանցային դեղատները,այդ թվում մեր դեղատների փոստով պատվիրելու ծառայությունները՝ ձեր դեղատոմսերով դեղերը ստանալու համար:
- Եթե Դուք հոսպիտալացվել եք Molina Medicare Complete Care Plus-ին Ձեր անդամակցության ավարտի օրը, մեր ծրագիրը կփոխհատուցի Ձեր հիվանդանոցում մնալը մինչև դուրս գրվելը:

E. Այլ իրավիճակներ, երբ Ձեր անդամակցումը մեր ծրագրին ավարտվում է

Սրանք այն դեպքերն են, երբ մենք պետք է դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին.

- Եթե Ձեր Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի ապահովագրական ծածկույթը ժամանակավորապես դադարեցվում է:
- Եթե այլևս իրավասու չեք Medi-Cal-ի համար: Մեր ծրագիրը նախատեսված է միայն այն մարդկանց համար, ովքեր համապատասխանում են և՛ Medicare-ին, և՛ Medi-Cal-ին:
- 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 Անդամների սպասարկման կենտրոն 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:
  - Դուք պետք է ԱՄՆ քաղաքացի լինեք կամ օրինական կերպով գտնվեք Միացյալ Նահանգներում, որպեսզի մեր ծրագրի անդամ լինեք:
  - 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:

Մենք կարող ենք դադարեցնել Ձեր անդամագրությունը հետևյալ պատճառներով միայն այն դեպքում, եթե ստանանք Medicare-ի և Medi-Cal-ի նախնական հաստատումը՝

- Եթե ծրագրին անդամագրվելիս Դուք մեզ դիտմամբ սխալ տվյալներ տրամադրեք և այդ տվյալներն ազդեն մեր ծրագրին անդամագրվելու Ձեր իրավունքի վրա:
- Եթե Ձեր վարքը շարունակաբար ապակայունացնող է և դժվարացնում է մեր կողմից ձեզ և մեր ծրագրի այլ անդամներին բուժօգնության տրամադրումը:

- Եթե թույլ տաք որևէ այլ անձին օգտագործել Ձեր ID անդամաքարտը՝ բուժօգնություն ստանալու նպատակով: (Medicare-ը կարող է խնդրել Գլխավոր տեսուչին հետաքննել Ձեր գործը, եթե մենք դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունն այս պատճառով:)

F. Մենք չենք կարող խնդրել ձեզ դուրս գալ մեր ծրագրից՝ Ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով

Մենք չենք կարող ձեզ խնդրել լքել մեր ծրագիրը Ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով: Կարծում եք Ձեզնից պահանջում են դուրս գալ մեր ծրագրից առողջական վիճակի հետ կապված որևէ պատճառով, ապա **զանգահարեք Medicare** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

G. Գանգատ ներկայացնելու Ձեր իրավունքը, եթե մենք դադարեցնում ենք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին

Եթե մենք դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրում, մենք պետք է գրավոր տեղեկացնենք ձեզ անդամակցությունը դադարեցնելու 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 Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 9-ից*:

Գլուխ 11: Իրավական ծանուցումներ

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է իրավական ծանուցումներ, որոնք վերաբերում են Ձեր անդամակցությանը մեր ծրագրին: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները հայտնվում են այբբենական կարգով Ձեր Անդամի ձեռնարկի վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Ծանուցում օրենքների մասին 228
B. Ծանուցագիր ոչ-խտրականության մասին 228
C. Ծանուցագիր Medicare-ի՝ որպես երկրորդ վճարողի և Medi-Cal-ի՝ որպես վերջին վճարողի մասին 229

A. Ծանուցում օրենքների մասին

Այս *Անդամի ձեռնարկին* շատ օրենքներ են վերաբերում: Այդ օրենքները կարող են ազդել Ձեր իրավունքների և պատասխանատվության վրա, նույնիսկ եթե *Անդամի ձեռնարկն* 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. Ծանուցագիր ոչ-խտրականության մասին

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: Բացի այդ, մենք ապօրինի խտրականություն չենք դնում, չենք բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չենք վերաբերվում նրանց՝ ծագման, էթնիկ խմբի նույնականացման, գենդերային ինքնության, ամուսնական կարգավիճակի կամ միջին վիճակի պատճառով:

Եթե ցանկանում եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ կամ մտավախություններ ունեք խտրականության կամ անարդար վերաբերմունքի վերաբերյալ՝

- Զանգահարեք Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները կարող են զանգահարել 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալու համար կարող եք նաև այցելել www.hhs.gov/ocr կայքը:
- Զանգահարեք Առողջապահության և սոցիալական ապահովության դեպարտամենտ, քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY- ի օգտվողները կարող են զանգահարել 711 (Հեռահաղորդակցության ռելեի ծառայություն)::
- Էլ.փոստ ուղարկեք՝ CivilRights@dhcs.ca.gov:
- Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք՝

  Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի փոխտնօրեն
  Department of Health Care Services
  Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են այստեղ՝

  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Եթե կարծում եք, որ խտրականության եք ենթարկվել և ցանկանում եք խտրականության վերաբերյալ բողոք ներկայացնել, դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ 855) 665-4627 TTY՝ 711:

Եթե Ձեր բողոքը վերաբերում է Medi-Cal ծրագրի խտրականությանը, կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.

- Հեռախոսով. Զանգահարեք 916-440-7370 հեռախոսահամարին: Եթե չեք կարող լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել 711 (Հեռակապի ծառայություն):
- Գրավոր՝ Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք՝

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի փոխտնօրեն
Department of Health Care Services
Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Բողոքի ձևերը հասանելի են՝ dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx:

- Էլեկտրոնային՝ Էլ.նամակ ուղարկեք CivilRights@dhcs.ca.gov էլ.հասցեին

Եթե Դուք հաշմանդամություն ունեք և ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն մատակարարին հասնելու համար, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Եթե Դուք բողոք ունեք, օրինակ կապված անվասայլակով մուտքի հետ, ձեզ կարող է օգնել Անդամների սպասարկման կենտրոնը:

C. Ծանուցագիր Medicare-ի՝ որպես երկրորդ վճարողի և Medi-Cal-ի՝ որպես վերջին վճարողի մասին

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 Աշխատակիցներին փոխհատուցման կողմից:

Մենք ունենք իրավունք և կրում ենք պատասխանատվություն՝ պահանջելու վճարում Medicare-ի փոխհատուցվող ծառայությունների համար, որոնց համար առաջին վճարող Medicare-ը չի հանդիսանում:

Մենք համապատասխանում ենք 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 *Անդամի 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 Անդամների սպասարկման կենտրոն:

Առօրյա կյանքի գործունեություն (ADL): Բաներ, որոնք մարդիկ անում են առօրյայում, ինչպես օրինակ՝ սնվել, օգտվել սանհանգույցից, հագնվել, լողանալ կամ ատամ մաքրել:

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: Դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխել ապահովագրության որոշումը՝ ներկայացնելով բողոքարկում: 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:Դեղատոմսային դեղ, որն արտադրվում և վաճառվում է ընկերության կողմից, որն ի սկզբանե մշակել է տվյալ դեղը: Ապրանքանիշային անվանումով դեղերն ու դեղերի ջեներիկ տարբերակներն ունեն միևնույն բաղադրությունը: Դեղերի ջեներիկ տարբերակներն արտադրվում և վաճառվում են այլ ընկերությունների կողմից:

Բուժսպասարկման ծրագիր: Անցե՛ք «Անհատականացված բժշկական սպասարկման ծրագիր»:

Բուժսպասարկման ծրագրի կամընտիր ծառայություններ (CPO ծառայություններ): Լրացուցիչ ծառայություններ, որոնք կամընտիր են Ձեր Անհատական բուժսպասարկման ծրագրի (ICP) շրջանակներում: Այդ ծառայությունները չեն փոխարինում երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունները և օժանդակումը, որոնք դուք իրավունք ունեք ստանալու Medi-Cal-ի շրջանակներում:

Բուժսպասարկման թիմ:Անցե՛ք «Բազմապրոֆիլային բուժսպասարկման թիմ»:

Գործի կառավարիչ Molina-ի աշխատակիցն, ով աշխատում է Ձեր, առողջապահական ծրագրի և Ձեր խնամքի մատակարարների հետ՝ համոզվելու համար, որ Դուք ստանում եք ձեզ անհրաժեշտ խնամքը:

Ինքնուրույն վճարվող ծախսերի սահմանաչափի գերազանցման փոխհատուցման փուլ: Մաս D դեղերի նպաստի փուլ, որի ընթացքում ծրագիրը վճարում է Ձեր դեղերի լրիվ արժեքը մինչև տարվա վերջ: Դուք սկսում եք այս փուլը, երբ հասնում եք Ձեր դեղատոմսային դեղերի $7,400.00 սահմանաչափին:

Medicare & Medicaid ծառայությունների կենտրոններ (CMS): Medicare-ի համար պատասխանատու դաշնային գործակալություն: Ձեր *Անդամի ձեռնարկի*Գլուխ 2-ը բացատրում է, թե ինչպես կապվել CMS-ի հետ:

Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ (CBAS): Ամբուլատոր, հիվանդանոցային սպասարկման ծրագիր, որը մատուցում է որակավորված բուժքույրական խնամք, սոցիալական ապահովության ծառայություններ, բուժումներ, անձնական խնամք, ընտանիքի անդամի/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 փոխհատուցվող 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: «Գանգատ ներկայացնելը» պաշտոնապես կոչվում է «բողոք հարուցել»:

Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություն (CORF): Հաստատություն, որը հիմնականում տրամադրում է վերականգնողական ծառայություններ հիվանդությունից, վնասվածքից կամ լուրջ 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 այն մասին, թե որ նպաստներն ենք մենք ապահովագրում: Սա 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 *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ում:**

Ծածկված դեղեր: Տերմին, որը մենք օգտագործում ենք մեր ծրագրով ապահովագրվող բոլոր դեղատոմսով և ոչ դեղատոմսով (OTC) դեղերը նշելու համար:

Փոխհատուցվող ծառայություններ: Տերմին, որը մենք օգտագործում ենք մեր ծրագրի 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:

Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վարչություն (DHCS): California-ի նահանգային վարչությունը, որը ղեկավարում է Medicaid ծրագիրը, որը հայտնի է որպես Medi-Cal:

Կառավարվող առողջապահական խնամքի վարչություն (DMHC): Նահանգային բաժանմունք California-ում, որը պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերը կանոնակարգելու համար: Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտը DMHC ծրագրի անդամներին օգնում է Medi-Cal ծառայությունների հետ կապված բողոքարկումների և բողոքների ներկայացման և ուսումնասիրության հարցում: Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտն իրականացնում է նաև Անկախ բժշկական ստուգումներ (IMR):

Անդամակցության դադարեցում . Մեր ծրագրին Ձեր անդամագրության դադարեցման գործընթաց: Անդամագրության դադարեցումը կարող է լինել կամավոր (Ձեր սեփական որոշմամբ) կամ ոչ կամավոր (երբ դադարեցման որոշումը Դուք չեք կայացնում):

Դեղերի աստիճաններ: Դեղերի խմբեր մեր Դեղերի ցուցակում: Ձեներիկ, բրենդային անվանմամբ կամ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղերը դեղամիջոցների աստիճանների օրինակներն են: Դեղերի ցուցակում եղած յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է ծախսերի հինգ (5) աստիճաններից մեկում:

Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME): Որոշակի պարագաներ, որոնք պատվիրվում են Ձեր բժշկի կողմից՝ տանն օգտագործելու համար: Այդ իրերի օրինակներն են՝ մատակարարի կողմից պատվիրված տնային պայմաններում օգտագործելու նպատակով՝ շարժասայլակներ, հենակներ, փչովի ներքնակներ, պարագաներ շաքարախտի համար, հիվանդանոցային մահճակալներ, IV ներարկման պոմպեր, խոսքի խթանման սարքեր, թթվածնային սարքավորումներ և պարագաներ, նեբուլայզերներ և քայլակներ:

Արտակարգ իրավիճակ: Բժշկական արտակարգ իրավիճակն այն է, երբ Դուք կամ առողջության ու բժշկության մասին միջին գիտելիքներ ունեցող որևէ այլ անձ կարծում է, որ Դուք բժշկական ախտանիշներ ունեք, որոնք պահանջում են անհապաղ բժշկական միջամտություն՝ կյանքի, վերջույթի կորուստը կամ մարմնի գործառույթի կորուստը կամ լուրջ խանգարումը (իսկ եթե հղի կին եք, չծնված երեխայի կորուստը) կանխելու համար: Բժշկական ախտանիշները կարող են լինել լուրջ վնասվածքներ կամ սաստիկ ցավ:

Շտապ օգնություն: Փոխհատուցվող 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 (Extra Help). Medicare-ի ծրագիրը, որն աջակցում է սահմանափակ եկամուտ և աղբյուրներ ունեցող անձանց՝ նվազեցնելու դեղատոմսով դեղերի ծախսերը համաձայն Medicare-ի Մաս D-ի, ինչպիսիք են՝ ապահովագրավճարները, նվազեցումները և համավճարները: Լրացուցիչ օգնությունը նաև կոչվում է «Ցածր եկամտի լրավճար» կամ «LIS»:

Ձեներիկ դեղ: Դեղատոմսով դեղ, որը հաստատվել է դաշնային կառավարության կողմից՝ ապրանքանիշային անվանումով դեղի փոխարեն օգտագործելու համար: Ձեներիկ դեղը և ապրանքանիշային անվանումով դեղն ունեն միևնույն բաղադրությունը: Այն սովորաբար ավելի էժան է և տալիս է նույն արդյունքը, ինչ ապրանքանիշային անվանումով դեղը:

Բողոք.Բողոք, որը Դուք ներկայացնում եք մեր կամ մեր ցանցային մատակարարներից կամ դեղատներից մեկի դեմ: Սա ներառում է գանգատ Ձեր խնամքի որակի մասին կամ Ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից տրամադրված ծառայության որակի մասին:

Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության ֆ շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP): Ծրագիր, որն անվճար և անկողմնակալ տեղեկատվություն և խորհրդատվություն է տրամադրում Medicare-ի մասին: Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 2-ը** բացատրում է, թե ինչպես կապվել HICAP-ի հետ:

Առողջապահական ծրագիր: Կազմակերպություն, որը կազմված է բժիշկներից, հիվանդանոցներից, դեղատներից, մատակարարներից
երկարաժամկետ ծառայություններ և այլ մատակարարներ: Այն ունի նաև գործերը վարող անձ, 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: Ձեր բժշկական պատմության և ընթացիկ վիճակի վերանայում: Դրա նպատակն է տեղեկանալ հիվանդի ներկայիս վիճակի և հետագայում դրա փոփոխման միտումների մասին:

Տնային առողջության օգնական: Անձ, որը տրամադրում է այնպիսի ծառայություններ, որոնք արտոնագրված բուժքրոջ կամ թերապևտի հմտություններ չեն պահանջում (ինչպիսիք են՝ լոգանք ընդունելը, զուգարանից օգտվելը, հագնվելը կամ նշանակված վարժությունները կատարելը): 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:

- Ծրագրի այն անդամ, 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:
- Մեզանից պահանջվում է, որ ձեզ տրամադրենք Ձեր աշխարհագրական տարածքում գտնվող հոսպիսների ցանկը:

Սխալ/անհամապատասխան վճարային հաշիվ: Սա դուրս է գրվում, երբ մատակարարի (օրինակ՝ բժշկի կամ հիվանդանոցի) կողմից ձեզ համար վճարմանը ներկայացված հաշվի գումարը գերազանցում է ծրագրի ծախսերի մասնաբաժինն այդ ծառայությունների համար: Վճարման ենթակա անհասկանալի հաշիվներ ստանալու դեպքում զանգահարեք անդամների սպասարկման բաժին:

Քանի որ մենք վճարում ենք ձեզ մատուցված ծառայությունների ամբողջ արժեքը, Դուք որևէ ծախսերի մասնաբաժին պարտք չեք: Այս ծառայությունների համար մատակարարները չպետք է կատարեն ձեզնից գանձում:

Անկախ բժշկական վերանայում (IMR): Եթե մենք մերժում ենք բժշկական ծառայությունները կամ բուժման Ձեր խնդրանքը, Դուք կարող եք բողոքարկում ներկայացնել մեզ: 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 ստուգում անցկացնելու խնդրանքով: IMR-ն իրենից ներկայացնում է Ձեր գործի ուսումնասիրություն մեր ծրագրի անդամ չհանդիսացող բժիշկների կողմից: Եթե IMR-ը որոշում կայացնի Ձեր օգտին, ապա մենք պարտավոր կլինենք ձեզ տրամադրել պահանջվող ծառայությունը կամ բուժումը: Դուք IMR-ի համար ոչինչ չեք վճարում:

Անկախ բժշկական ասոցիացիա. IPA-ն ընկերություն է, որն ունի պայմանագիր Molina Medicare Complete Care Plus (HMOD-SNP)-ի հետ և որը կազմակերպում է մի խումբ բժիշկների, մասնագետների և այլ բժշկական ծառայությունների մատակարարների տեսակցությունը Molina

Medicare Complete Care Plus-ի անդամներին: 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:

Ահատականացված բուժսպասարկման ծրագիր (ICP կամ Care Plan):Բուժսպասարկման ծրագիրը ներառում է Ձեր հիմնական առողջապահական մտահոգությունը, նպատակները, կարիքները և ծառայությունները, որոնք ձեզ համար կարող են անհրաժեշտ լինել: Ձեր ծրագիրը կարող է ներառել բժշկական ծառայություններ, վարքագծային առողջության ծառայություններ և երկարատև ծառայություններ ու աջակցություն:

Ստացիոնար: 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 բուժսպասարկման թիմ (ICT կամ Բուժսպասարկման թիմ): Բուժսպասարկման թիմը կարող է ներառել Ձեր առաջնային խնամքի բժիշկը, գործի վարման պատասխանատու անձը, կարող է ներառել այլ մասնագիտացված խնամքի ծառայություններ տրամադրողներ: Բուժսպասարկման թիմում կարող են ներառված լինել բժիշկներ, բուժքույրեր, խորհրդատուներ կամ առողջապահության ոլորտի այլ մասնագետներ, որոնք կօգնեն ձեզ ստանալ անհրաժեշտ բուժսպասարկումը: Ձեր բուժսպասարկման թիմը կկազմի կամ կթարմացնի Ձեր բուժսպասարկման ծրագիրը:

Փոխհատուցվող դեղերի ցուցակ (Դեղերի ցուցակ): Մեր ապահովագրված դեղատոմսային դեղերի և առանց դեղատոմսի վաճառվող (OTC) դեղերի ցուցակ: Մենք այդ ցանկի դեղերն ընտրում ենք բժիշկների և դեղագործների օգնությամբ: Դեղերի ցուցակը տեղեկացնում է ձեզ՝ արդյոք կան որևէ կանոններ, որոնց Դուք պետք է հետևեք Ձեր դեղերը ստանալու համար: Դեղերի ցուցակը երբեմն կոչվում է «դեղացանկ»:

Երկարաժամկետ խնամքի ֆ օժանդակման ծառայություններ (Long-Term Services and Supports, LTSS). Երկարատև ծառայություններն ու աջակցությունը ծառայություններ են, որոնք օգնում են բարելավել երկարատև բժշկական վիճակը: Այդ ծառայություններից շատերն օգնում են ձեզ մնալ տանը՝ բուժքույրական խնամքի հաստատություն այցելելու կամ հոսպիտալացվելու փոխարեն: LTSS-ները ներառում են Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայությունների ծրագիրը (CBAS) և Բուժքույրական խնամքի հաստատությունները (NF):

Ցածր եկամտի լրավճար (LIS). Տե՛ս «Հավելյալ օգնություն»:

Փոստային-պատվերի ծրագրեր. Մենք առաջարկում ենք փոստով պատվեր իրականացնելու ծրագիր, որը թույլ է տալիս ստանալ ուղիղ Ձեր տուն ուղարկվող դեղատոմսով դեղերի մինչև 3 ամսվա պաշար: Սա կարող է լինել ծախսարդյունավետ և հարմար միջոց՝ Ձեր կանոնավոր ընդունած դեղատոմսերը լրացնելու համար:

Medi-Cal. Սա California նահանգում գործող 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 ստանալու համար անց՛ք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 2-ը**:

Medi-Cal ծրագրեր: Ծրագրեր, 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 առումով 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 անդամները կարող են ստանալ իրենց Medicare-ի բժշկական ապահովագրությունը Original Medicare-ի կամ կարգավորվող բժշկական սպասարկման ծրագրի միջոցով (անցե՛ք «Բժշկական ապահովագրության ծրագիր»):

Medicare Advantage: Medicare ծրագիրը, նաև հայտնի որպես «Medicare Մաս C» կամ «MA ծրագրեր», առաջարկում է MA ծրագրեր մասնավոր ընկերությունների միջոցով: Medicare-ը վճարում է այս ընկերություններին Ձեր Medicare-ի նպաստները փոխհատուցելու համար:

Medicare-ի կողմից ապահովագրված ծառայություններ: Ծառայություններ, որոնք ապահովագրված են Medicare Մաս A-ով և Մաս B-ով: Medicare-ի բոլոր առողջապահական ծրագրերը, ներառյալ մեր ծրագիրը, պետք է ծածկեն Medicare Մաս A-ով և B-ով փոխհատուցվող բոլոր ծառայությունները:

Medicare-Medi-Cal անդամագրված: Անձ, որն իրավունք ունի ներառվել ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում: Medicare-Medi-Cal դիմորդը նաև կոչվում է «երկակի իրավասու անհատ»:

Medicare Մաս A: Medicare ծրագիր, որը ներառում է բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ հիվանդանոցային, որակավորված բուժքույրական հաստատությունների, տնային խնամքի և անբուժելի հիվանդների բուժսպասարկման ծառայություններից շատերը:

Medicare 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 Մաս C: Medicare ծրագիրը, որը նաև հայտնի է որպես «Medicare Advantage» կամ «MA», որը թույլ է տալիս մասնավոր առողջապահական ապահովագրական ընկերություններին Medicare-ի նպաստներ տրամադրել Medicare Advantage Plan-ի միջոցով:

Medicare Մաս D: Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի նպաստի ծրագիր: (Մենք այս ծրագիրը հակիրճ անվանում ենք
«Մաս D»:) Մաս D-ն ընդգրկում է ամբուլատոր դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերը, պատվաստանյութերը և որոշ պարագաներ, որոնք չեն ապահովագրվում Medicare Մաս A-ով կամ Մաս B-ով կամ Medi-Cal-ով: Մեր ծրագիրը ներառում է Medicare Մաս D-ն:

Medicare Մաս D դեղեր: Medicare Մաս D-ում ընդգրկված դեղեր: Կոնգրեսը մասնավորապես բացառում է դեղերի որոշ կատեգորիաներ Մաս D-ի ծածկույթից: Այդ դեղերից որոշները կարող են ներառվել Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում:

Դեղորայքային թերապիայի կառավարում.Առողջապահական ծառայություններ մատուցողների, ներառյալ դեղագործների կողմից մատուցվող ծառայությունների առանձին խումբ կամ ծառայությունների խումբ՝ հիվանդների համար լավագույն թերապևտիկ արդյունքներ ապահովելու համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Ձեր Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 5-ը:

Անդամ (մեր ծրագրի անդամ կամ ծրագրի անդամ): Medicare և Medi-Cal ծրագրերի անդամ, որն իրավունք ունի ստանալ փոխհատուցվող ծառայությունները, անդամագրվել է մեր ծրագրին, և որի անդամագրությունը հաստատվել է Medicare և Medicaid սպասարկման կենտրոնների և նահանգի կողմից:

Անդամի ձեռնարկ ֊ բացահայտման մասին տեղեկություններ: Այս փաստաթուղթը, ինչպես նաև Ձեր գրանցման ձևը և ցանկացած այլ կցորդ կամ լրացուցիչ հոդվածներ, որոնք բացատրում են Ձեր ծածկույթը, այն, ինչ մենք պետք է անենք, Ձեր իրավունքները և ինչ պետք է անեք Դուք՝ որպես մեր ծրագրի անդամ:

Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագրի ստորաբաժանում, որը պատասխանատու է անդամագրության, նպաստների, հայցերի և բողոքարկումների վերաբերյալ Ձեր հարցերին պատասխանելու համար: Անցեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 2-ը**՝ Անդամների ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Ցանցային դեղատներ: Դեղատուն (դեղի վաճառքի խանութներ), որոնք համաձայնել են մեր ծրագրի անդամների համար դեղ տրամադրել ըստ դեղատոմսերի: Մենք դրանց անվանում եք «ցանցային դեղատներ», քանի որ դրանք համաձայնվել են համագործակցել մեր ծրագրի հետ: Դեպքերի մեծամասնությունում մենք փոխհատուցում ենք դեղատոմսով դեղերի համար միայն, եթե դրանք բաց են թողնվում մեր ցանցային որևէ դեղատնից:

Ցանցի 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 ենք «ցանցային մատակարարներ», երբ նրանք համաձայնվում են համագործակցել մեր ապահովագրության ծրագրի հետ, ընդունում են մեր վճարումը և մեր անդամներից լրացուցիչ գումարներ չեն գանձում:
- Քանի դեռ Դուք մեր ծրագրի անդամ եք, ապահովագրված ծառայություններ ստանալու համար Դուք պետք է օգտվեք ցանցի մատակարարներից: Ցանցի մատակարարները նաև կոչվում են «ծրագրի մատակարարներ»:

Ծերանոց կամ բուժքույրական 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: Խնդրի կամ գանգատի դեպքում նրանք կարող են պատասխանել հարցերին և կարող են օգնել ձեզ հասկանալ, թե ինչ եք անում: Իրավապաշտպանի ծառայություններն անվճար են: Դուք կարող եք գտնել լրացուցիչ տեղեկություն Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխներ 2-ում և 9-ում:*

Կազմակերպության սահմանում: Դա այն որոշումն է, որը ծրագիրը կամ դրա մատակարարներից մեկը կայացնում է ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրման կամ փոխհատուցվող ծառայությունների ծախսերի Ձեր մասնաբաժնի վերաբերյալ: Կազմակերպության վճիռները կոչվում են «ապահովագրության որոշումներ»: Ձեր *Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 9-ը* բացատրում է փոխհատուցման որոշումները:

Original Medicare (ավանդական Medicare կամ վճարովի Medicare).
Կառավարությունն առաջարկում է Original Medicare: Original Medicare-ի շրջանակներում 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-ն ունի երկու մաս. Մաս A (հիվանդանոցային ապահովագրություն) և Մաս B (բժշկական ապահովագրություն):
- Original Medicare-ը մատչելի է ԱՄՆ-ի ամբողջ տարածքում:
- Եթե Դուք չեք ցանկանում լինել մեր ծրագրում, ապա կարող եք ընտրել Original Medicare-ը:

Ցանցից դուրս դեղատուն:Դեղատուն, որը չի համաձայնել աշխատել մեր ծրագրի հետ՝ մեր ծրագրի անդամներին ապահովագրված դեղեր տրամադրելու կամ համակարգելու համար: Մեր ծրագիրը չի ներառում դեղերի մեծ մասը, որոնք ստանում եք ցանցից դուրս գտնվող դեղատներից, եթե որոշակի պայմաններ չեն կիրառվում:

Ոչ ցանցային մատակարար կամ ոչ ցանցային հաստատություն: Մատակարար կամ հաստատություն, որը ծառայություններ չի մատուցում մեր ծրագրին, դրա սեփականությունը չի հանդիսանում և չի կառավարվում դրա կողմից, ինչպես նաև դրա հետ պայմանագիր չի կնքել՝ մեր ծրագրի անդամմներին փոխհատուցվող ծառայություններ տրամադրելու համար: Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 3-ը** բացատրում է ոչ-ցանցային մատակարարների և հաստատությունների մասին:

Առանց դեղատոմսի վաճառվող (OTC) դեղեր : Առանց դեղատոմսի դեղերը վերաբերում են ցանկացած դեղի կամ դեղի, որ անձը կարող է գնել առանց առողջապահական խնամքի մասնագետի կողմից տրված դեղատոմսի:

Մաս A. կարդացեք «Medicare-ի Մաս A»

Մաս B. կարդացեք «Medicare-ի Մաս B»:

Մաս C. կարդացեք «Medicare-ի Մաս C»:

Մաս D: կարդացեք «Medicare-ի Մաս D»

Մաս D դեղեր. կարդացեք «Medicare-ի Մաս D դեղեր»:

Անձնական առողջության մասին տեղեկատվություն (նաև կոչվում է Պաշտպանված առողջական տեղեկատվություն) (PHI): Տեղեկություններ Ձեր և Ձեր առողջության մասին, ինչպես օրինակ՝ Ձեր անունը, հասցեն, սոցիալական ապահովագրության համարը, այցելություններ բժշկին և բժշկական պատմությունը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե ինչպես ենք մենք պաշտպանում, օգտագործում և փոխանցում Ձեր PHI տվյալները, ինչպես նաև Ձեր PHI տվյալների վերաբերյալ Ձեր իրավունքների մասին, կարդացեք մեր Անձնական տեղեկության օգտագործման կարգի վերաբերյալ ծանուցումը:

Առաջնային բուժօգնության մատակարար (PCP): Բժիշկը կամ այլ մատակարար, որին առողջական խնդիրներից շատերի առաջացման դեպքում այցելում եք առաջին հերթին: Նրանք համոզվում են, որ Դուք ստանում եք այն անհրաժեշտ խնամքը, որն անհրաժեշտ է Ձեր առողջ մնալու համար:

- Նրանք նաև կարող են բուժօգնության վերաբերյալ խորհրդակցել այլ բժիշկների կամ առողջապահական ծառայությունների մատակարարների հետ և ուղղորդել Ձեզ նրանց մոտ:
- Medicare բժշկական ապահովագրության ծրագրերից շատերը պահանջում են, որպեսզի ցանկացած այլ առողջապահական ծառայությունների մատակարարին այցելելուց առաջ, Դուք նախ խորհրդակցեք Ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարի հետ:
- Առաջնային բուժօգնության մատակարարների ծառայություններից օգտվելու մասին տեղեկատվություն գտնելու համար անցեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 3-ը:**

Նախնական հաստատում: Ծառայության հայց, որը ներկայացվում է Ձեր PCP-ի կողմից՝ որոշակի ծառայության կամ դեղամիջոցների համար հաստատում կամ թույլտվություն ստանալու կամ ցանցից դուրս մատակարար տրամադրելու համար: Մեր ծրագիրը չի կարող ծածկել ծառայությունը կամ դեղը, եթե նախ հաստատում չստանաք:

Մեր ծրագիրն ընդգրկում է որոշ ցանցային բժշկական ծառայություններ միայն այն դեպքում, եթե Ձեր բժիշկը կամ ցանցի այլ մատակարարը նախնական հաստատում ստանա մեզանից:

- Փոխհատուցվող ծառայությունները, որոնց համար նախնական հաստատում է հարկավոր մեր ծրագրից, նշված են Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 4-ում* :

Մեր ծրագիրն ընդգրկում է որոշ դեղեր միայն այն դեպքում, եթե Դուք մեզանից նախնական հաստատում ստանաք:

- Մեր ծրագրից նախնական հաստատում պահանջող փոխհատուցվող դեղերը նշված են Փոխհատուցվող դեղերի ցուցակում:

Ծրագիր տարեցների համընդհանուր խնամքի համար (PACE): Ծրագիր, որն ապահովագրում է Medicare և Medi-Cal նպաստները 55 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի մարդկանց համար, որոնց ավելի բարձր մակարդակի խնամք է հարկավոր տանը բնակվելու համար:

Պրոթեզավորում ֊ 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 այլ առողջական խնամքի մասնագետների խումբ, որն օգնում է բարելավել Medicare ունեցող մարդկանց խնամքի որակը: Դաշնային կառավարությունը վճարում է QIO-ին՝ հիվանդներին տրվող խնամքը ստուգելու և բարելավելու համար: Անցեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 2-ը**՝ QIO-ի մասին տեղեկությունների համար:

Քանակի սահմանափակումներ: Ձեր կողմից ստացվող դեղի քանակի սահմանափակում: Սահմանափակումները կարող ենք վերագրել մեկ դեղատոմսով փոխհատուցվող դեղին:

Ուղեգիր.Ուղեգիրը Ձեր Առաջնային բուժօգնության մատակարար (PCP) հաստատումն է, որը կարող է օգտագործել այլ մատակարար, քան Ձեր PCP-ն: Եթե Դուք նախ չստանաք հավանություն, մենք հնարավոր է չփոխհատուցենք ծառայությունները: Որոշ մասնագետների, ինչպիսիք են օրինակ՝ կանանց առողջական հարցերով զբաղվող մասնագետների հետ հանդիպելու համար, Ձեզ անհրաժեշտ չէ ուղեգիր: Դուք կարող եք գտնել լրացուցիչ տեղեկություն Ձեր **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխներ 3-ում և 4-ում:*

Վերականգնողական ծառայություններ: Բուժում, որը Դուք ստանում եք հիվանդությունից, վթարից կամ ծանր վիրահատությունից հետո վերականգնվելու նպատակով: կարդացեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 4-ը: վերականգնողական ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Ձգայուն ծառայություններ. Ծառայություններ՝ կապված հոգեկան կամ վարքային առողջության, սեռական և վերարտադրողական առողջության, ընտանիքի պլանավորման, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STI), ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, սեռական ոտնձգությունների և աբորտների, թմրամիջոցների օգտագործման խանգարման, սեռը հաստատող խնամքի և գործընկերոջ ինտիմ բռնության հետ:

Սպասարկման տարածք: Աշխարհագրական տարածք, որի սահմաններում բժշկական ապահովագրության ծրագիրը ընդունում է անդամներին այն դեպքում, երբ անդամագրությունը սահմանափակվում է ըստ բնակության վայրի: Այն ծրագրերի 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: Միայն մեր սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ կարող են ստանալ այն:

Ծախսերի բաշխում. Ձեր բուժօգնության ծախսերի մի մասը, որը Դուք պետք է վճարեք ամեն ամիս՝ մինչ֊ի նպաստների ուժի մեջ կմտնելը: Ձեր ծախսերի մասնաբաժնի չափը տարբերվում է՝ կախված ձեր եկամուտներից և ռեսուրսներից:

Հմուտ բուժքույրական հաստատություն (SNF): Բուժքույրական հաստատություն, որի անձնակազմն ու սարքավորումը հմուտ բուժքույրական խնամք է տրամադրում, և շատ դեպքերում, հմուտ վերականգնողական ծառայություններ ու այլ առնչվող առողջապահական ծառայություններ:

Հմուտ բուժքույրական խնամքի հաստատություն (SNF): Հմուտ բուժքույրական խնամք և վերականգնողական ծառայություններ, որոնք շարունակաբար, յուրաքանչյուր օր տրամադրվում են

հմուտ բուժքույրական հաստատությունում: Որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության կողմից տրամադրվող բուժսպասարկման օրինակներն են ֆիզիոթերապիան կամ 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:

Մասնագիտացված դեղատուն: Մասնագիտացված դեղատների մասին ավելին իմանալու համար: կարդացեք Ձեր Անդամի ձեռնարկի **Գլուխ 5-ը**:

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:

Քայլային թերապիա: Փոխհատուցման կանոն, որը պահանջում է, որպեսզի Ձեր կողմից պահանջվող դեղի համար փոխհատուցում տրամադրելուց առաջ Դուք նախ փորձեք մեկ այլ դեղ:

Հավելյալ ապահովության եկամուտ (SSI): Սոցիալական ապահովության կողմից վճարվող ամսական նպաստ սահմանափակ եկամուտ ու ռեսուրսներ ունեցող այն անձանց համար, ովքեր հաշմանդամ են, կույր կամ 65 տարեկան ու ավելի բարձր տարիքի են: Սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտի նպաստները նույնը չեն, ինչ սոցիալական ապահովության նպաստները: SSI-ն ավտոմատ կերպով ապահովում է Medi-Cal-ի ծածկույթը:

Շտապ օգնություն: Այն բուժօգնությունն է, որը Դուք ստանում եք անսպասելի հիվանդության, վնասվածքի 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:

ՈՉ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

Molina Healthcare-ը համապատասխանում է դաշնային օրենսդրությամբ սահմանված բոլոր քաղաքացիական իրավունքներին և թույլ չի տալիս խտրականություն՝ ելնելով սեռից, ռասայից, մաշկի գույնից, կրոնից, ծագումից, ազգային պատկանելությունից, էթնիկ խմբի նույնականացումից, տարիքից, մտավոր հաշմանդամությունից, ֆիզիկական հաշմանդամությունից, առողջական վիճակից, գենետիկ տվյալներից, ամուսնական կարգավիճակից, գենդերից, գենդերային ինքնությունից կամ սեռական կողմնորոշումից:

Եթե կարծում եք, որ Molina Healthcare-ը խտրականություն է կիրառել՝ ելնելով սեռից, ռասայից, մաշկի գույնից, կրոնից, ծագումից, ազգային պատկանելությունից, էթնիկ խմբի նույնականացումից, տարիքից, մտավոր հաշմանդամությունից, ֆիզիկական հաշմանդամությունից, առողջական վիճակից, գենետիկ տվյալներից, ամուսնական կարգավիճակից, գենդերից, գենդերային ինքնությունից կամ սեռական կողմնորոշումից, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել՝:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

Զանգահարեք (866) 606-3889, երկուշաբթի - ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը՝ տեղական ժամանակով,
TTY: 711
Ֆաքս՝ (562) 499-0610
Էլ.նամակ՝ civil.rights@MolinaHealthcare.com

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել անձամբ կամ փոստով, ֆաքսով կամ էլեկտրոնային փոստով: Եթե բողոք ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք, Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողը հասանելի է ձեզ օգնելու համար:

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների վերաբերյալ բողոք ներկայացնել California Department of Health Care Services-ին, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակին հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի փոխտնօրեն
Department of Health Care Services
Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

916-440-7370 (or 711 for Telecommunications Relay Service)
CivilRights@dhcs.ca.gov

Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են՝ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Եթե կարծում եք, որ Molina-ն դրսևորվել է խտրական մոտեցում՝ ելնելով ռասայից, մաշկի գույնից, ազգային պատկանելությունից, տարիքից, հաշմանդամությունից կամ սեռից, կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների վերաբերյալ բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների հարցերով գրասենյակ

էլեկտրոնային եղանակով Քաղաքացիական իրավունքների հարցերով գրասենյակի բողոքարկման պորտալի միջոցով, որը հասանելի է հետևյալ հասցեով՝ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf կամ հեռախոսով կամ փոստով՝

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201

1–800–868–1019 կամ 800–537–7697 (TDD)

Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են՝ http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Form Approved
OMB# 0938-1421

MOLINA HEALTHCARE

Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters, written translations, and written information in alternative formats, are available to you. Call 1–855-665-4627 (TTY: 711).

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-665-4627. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-665-4627. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们： 1-855-665-4627。说普通話 的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese: 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 1-855-665-4627 聯絡我們。能說 广东话 的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-855-665-4627. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Vietnamese: Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Korean: 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Language Assistance Services

Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русский язык. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. وللحصول على مترجم فوري، تفضل بالاتصال بنا على الرقم 1-855-665-4627. ويمكن لشخص يتحدّث اللغة مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

Hindi: हमारे हेल्थ या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का ज़वाब देने के लिए हमारे पास मुफ़्त इंटरप्रेटर सेवाएं हैं. इंटरप्रेटर से बात करने के लिए, बस हमें 1-855-665-4627 पर कॉल करें. हिन्दी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ़्त सेवा है.

Japanese: 弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-855-665-4627 までお電話ください。日本語 の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Armenian: Մենք ունենք անվճար թարգմանչ ական ծառայ ություններ՝ մեր առողջ ության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկաց ած հարցին պատաս խանելու համար: Թարգմանիչ ստանալ ու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-855-665-4627 հեռախո սահամար ով: Ինչ -որ մեկն, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայ ություն է:

Cambodian: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Persian (Farsi): برای پاسخگویی به سؤالاتی که ممکن است درباره طرح های سلامت یا دارویی ما داشته باشید می توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره 1-855-665-4627 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj.Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-855-665-4627.Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj.Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

Form Approved
OMB# 0938-1421

MOLINA HEALTHCARE

Language Assistance Services

Laotian: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Mien: Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih,haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv.Oix duqv taux taengx meih mbienv wac,kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-855-665-4627.Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih.Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Thai:
เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-855-665-4627 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian: У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-665-4627. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-665-4627. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

MOLINA HEALTHCARE

Language Assistance Services

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-665-4627. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-665-4627. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.

Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) Անդամի ձեռնարկ

Մեթոդ	Կոնտակտային տվյալներ
ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	(855) 665-4627 Զանգերն այս համարին անվճար են: 7 օր շաբաթական, ժամը՝ 8 a.m. 8 p.m.-ը տեղական ժամանակով Անդամների ծառայությունների բաժինն ունի նաև անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք մատչելի են անգլերեն չխոսողների համար: Մենք ունենք թարգմանչի անվճար ծառայություն անգլերեն լեզվով չխոսող մարդկանց համար:
TTY	711 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են:
ՖԱՔՍ	Բժշկական ծառայությունների համար՝ Attn: Medicare Member Services 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/Medicare