



# خبرنامه اعلامیه های سالانه 2025

## نحوه تماس با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

اگر سوالی دارید یا به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید، یا از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر به آدرس 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 به دفتر ما مراجعه کنید.

### مشاوره بعد از ساعت کاری:

- برای مشاوره پزشکی بعد از ساعات کاری، ابتدا با مطب پزشک خدمات اولیه (PCP) خود تماس بگیرید.
- اگر نمی توانید با پزشک خود تماس بگیرید، می توانید از طریق تلفن با یک پرستار صحبت کنید برای دریافت کمک با مشاوره پرستار CalOptima Health با شماره رایگان 1-844-447-8441 (TTY 1-844-514-3774) تماس بگیرید.
- خط مشاوره پرستار در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته بدون هیچ هزینه ای برای اعضای CalOptima Health باز است. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند.

### فوریت های پزشکی:

- برای موارد اورژانسی پزشکی با 911 تماس بگیرید یا به نزدیکترین مرکز اورژانس مراجعه کنید.
- شما می توانید از تماس های آینده در زمینه مسائل مربوط به طرح بیمه انصراف دهید. برای انصراف از تماس های آینده از CalOptima Health OneCare، لطف با خدمات مشتری OneCare به شماره (TTY 711) 1-877-412-2734، ا در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

### اطلاعات را به زبان ها یا قالبهای دیگر دریافت کنید

اطلاعات و مطالب CalOptima Health بدون هیچ هزینه ای در قالبهای چاپ بزرگ، خط بریل، سی دی داده یا به صورت صوتی در دسترس است. مطالب مربوط به این طرح به زبان های انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره ای، چینی، عربی و روسی موجود است. می توانید برای دریافت مطالب طرح به زبان های موجود یا فرمت های دیگر، برای یکبار یا به صورت دائمی درخواست کنید. برای درخواست، لطفاً با خدمات مشتریان OneCare به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز در هفته تماس بگیرید.

### چگونه اطلاعاتی در مورد ارائه دهنده خود دریافت کنید

برای حمایت از CalOptima Health در تعهد به ارائه خدمات سلامتی عادلانه و خدمت رسانی بهتر به اعضای خود، می توانید با تماس با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare یا با مراجعه به فهرست آنلاین ارائه دهندگان خدمات ما در [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) در بخش "یافتن پزشک"، اطلاعاتی در مورد نژاد و قومیت ارائه دهنده خدمات درمانی دریافت کنید.

### مزایای خود و نحوه دریافت مراقبت را بدانید

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP) می خواهد شما از مزایای خود و نحوه دریافت مراقبت های مورد نیازتان آگاه شوید. این شامل موارد زیر است:

- خدمات تحت پوشش و خدماتی که تحت پوشش قرار نمی گیرند
- چگونه داروهای خود را تهیه کنید
- چگونه پرداخت هزینه مشترک را انجام دهید یا در صورت دریافت صورتحساب خدمات چه کاری انجام دهید
- خدمات خارج از منطقه و محدودیت های مزایا
- خدمات کمک های زبانی رایگان
- اطلاعات مربوط به ارائه دهندگان خدمات ما و تعیین وقت ملاقات با ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) شما
- مراقبت تحت نظر متخصص، خدمات سلامت رفتاری و خدمات بیمارستانی
- خدمات بعد از ساعت کاری
- خدمات فوریت های پزشکی
- نحوه ارائه شکایت یا درخواست تجدیدنظر

برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایا و خدمات خود، لطفاً کتابچه راهنمای اعضا OneCare را بخوانید. همچنین میتوانید به وبسایت ما مراجعه کنید [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare).

اطلاعات در مورد ارائه دهندگان در فهرست ارائه دهندگان آنلاین OneCare را در این وبسایت پیدا کنید [www.caloptima.org/f/onecare-documents](http://www.caloptima.org/f/onecare-documents).

شما می توانید با خدمات مشتریان OneCare به شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید تا یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضا یا فهرست ارائه دهندگان خدمات را دریافت کنید. ما کارمندی داریم که به زبان شما صحبت می کنند.

## حقوق و مسئولیت های اعضا

### حقوق شما

شما به عنوان عضوی از طرح CalOptima Health OneCare از حقوق زیر برخوردار هستید:

- شما حق دارید با احترام و عزت با شما رفتار شود، و به حق حفظ حریم خصوصی و لزوم حفظ محرمانه بودن اطلاعات پزشکی شما توجه کافی مبذول شود.
- شما حق دارید یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه (primary care provider, PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. ارائه دهنده خدمات شبکه، ارائه دهنده ای است که با ما همکاری می کند.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارائه دهندگان شبکه و اینکه چه پزشکانی بیماران جدید را می پذیرند، با خدمات مشتریان OneCare تماس بگیرید یا به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها مراجعه کنید.
- شما حق دارید بدون نیاز به ارجاع، به متخصص سلامت زنان مراجعه کنید. ارجاع عبارت است از تأیید PCP شما برای مراجعه به کسی که PCP شما نیست.
- شما این حق را دارید که در مدت زمان معقولی خدمات تحت پوشش را از ارائه دهندگان شبکه دریافت کنید.
  - این شامل حق دریافت خدمات به موقع از متخصصان نیز می شود.
  - اگر نتوانید خدمات را در مدت زمان معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- شما حق دارید خدمات اورژانسی یا مراقبت هایی را که فوراً مورد نیاز هستند، بدون نیاز به تأیید قبلی دریافت کنید.
- شما حق دارید نسخه های خود را بدون تأخیر طولانی از هر یک از داروخانه های شبکه ما تهیه کنید.
- شما این حق را دارید که بدانید چه زمانی می توانید از خدمات ارائه دهنده خارج از شبکه استفاده کنید.
- وقتی برای اولین بار به برنامه ما می پیوندید، در صورت برآورده شدن شرایط خاص، شما این حق را دارید ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را تا 12 ماه حفظ کنید.
- شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبت و هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود تصمیمات مربوط به مراقبت های بهداشتی خود را بگیرید.
- شما این حق را دارید که در مورد خط مشی حقوق و مسئولیت های اعضای CalOptima Health OneCare توصیه هایی ارائه دهید.
- درباره دستورالعمل های بالینی (Clinical Practice Guidelines, CPGs) CalOptima Health اطلاعات کسب کنید.
  - دستورالعمل های بالینی بر اساس آخرین تحقیقات پزشکی تهیه شده اند و به پزشکان کمک می کنند تا بهترین روش درمانی را انتخاب کنند.

### مسئولیت های شما

مسئولیت های شما به عنوان یک عضو طرح:

- برای آشنایی با موارد تحت پوشش طرح ما و قوانینی که برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش باید رعایت کنید، **کتابچه راهنمای اعضای OneCare را مطالعه کنید.** برای جزئیات بیشتر در مورد:
  - خدمات تحت پوشش
  - داروهای تحت پوشش
- در مورد هرگونه پوشش درمانی یا پوشش داروهای تجویزی دیگری که دارید به ما اطلاع دهید. ما باید مطمئن شویم که شما هنگام دریافت مراقبت های بهداشتی از تمام گزینه های پوشش بیمه خود استفاده می کنید. اگر بیمه دیگری دارید، لطفاً با خدمات مشتریان OneCare تماس بگیرید.
- به پزشک و سایر ارائه دهندگان مراقبتهای درمانی خود اطلاع دهید که عضو طرح ما هستید. هنگام دریافت خدمات یا داروها، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.

## خبرنامه اعلامیه های سالانه 2025

- به پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبتهای درمانی خود کمک کنید بهترین مراقبت را در اختیار تان قرار دهند.
  - اطلاعاتی که در مورد شما و سلامتیتان نیاز دارند را در اختیارشان قرار دهید. در مورد مشکلات سلامت خود تا آنجا که میتوانید اطلاعات کسب کنید. از برنامه ها و دستورالعمل های درمانی که شما و ارائه دهندگان خدمات درمانی تان در مورد آنها توافق دارید، پیروی کنید.
  - نیازهای پزشکی خود را درک کنید و با ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی خود در ایجاد یک طرح درمانی مورد توافق دوجانبه مشارکت کنید.
  - اطلاعات ضروری درباره وضعیت سلامتی خودتان را به CalOptima Health OneCare و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی خود برای ارائه هرچه بهتر خدمات درمانی به شما اطلاع دهید.
  - اطمینان حاصل کنید که پزشکان و سایر ارائه دهندگان از تمام داروهایی که مصرف میکنید مطلع باشند. این مسئله شامل داروهای تجویزی، داروهای بدون نسخه، ویتامینها و مکملها است.
  - هر سوالی دارید پرسید. پزشکان و سایر ارائه دهندگان شما باید مسائل را به نحوی که بتوانید درک کنید، توضیح دهند. اگر شما سوالی پرسیدید و پاسخ را درک نکردید، دوباره پرسید.
- با هماهنگ کننده مراقبت های شخصی خود همکاری کنید، از جمله در تکمیل ارزیابی سالانه ریسک سلامت.
- با ملاحظه رفتار کنید. ما از همه اعضای طرح انتظار داریم که به حقوق دیگران احترام بگذارند. ما همچنین از شما انتظار داریم که در مطب پزشک، بیمارستان ها و سایر مراکز درمانی با احترام رفتار کنید.
- بدهی خود را بپردازید. شما به عنوان یک عضو این طرح، مسئول پرداخت این هزینه ها هستید:
  - حق بیمه های درمانی Medicare بخش A و Medicare بخش B، برای اکثر اعضای CalOptima Health OneCare، حق بیمه Medicare بخش A و حق بیمه Medicare بخش B شما را پرداخت می کند.
  - اگر هرگونه خدمات یا داروهایی را دریافت کنید که توسط برنامه ما پوشش داده نشود، باید هزینه کامل آن را پرداخت کنید. (توجه: اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پوشش خدمات یا دارو مخالف هستید، می توانید درخواست تجدیدنظر دهید.)
- اگر نقل مکان کردید، به ما اطلاع دهید. اگر قصد دارید نقل مکان کنید، بلافاصله به ما اطلاع دهید. با خدمات مشتریان OneCare تماس بگیرید.
  - اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی توانید در طرح ما بمانید. فقط اشخاصی که در حوزه خدمات رسانی ما اقامت دارند میتوانند عضو این طرح بمانند.
  - ما می توانیم به شما کمک کنیم متوجه شوید که آیا دارید از منطقه پوشش ما خارج می شوید یا خیر.
  - هنگام نقل مکان، آدرس جدید خود را به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید.
  - اگر در داخل منطقه خدماتی ما هم نقل مکان کنید، ما همچنان باید از این موضوع مطلع شویم. ما باید سوابق عضویت شما را به روز نگه داریم و بدانیم چگونه با شما تماس بگیریم.
- اگر شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری برای تماس با شما وجود دارد، به ما اطلاع دهید.
- اگر سوال یا نگرانی دارید، با خدمات مشتریان OneCare تماس بگیرید.

## آیا نیاز به کمک از یک مدیر پرونده دارید؟

اگر مشکلات سلامتی دارید که مدیریت آنها دشوار است، ممکن است به کمک یک مدیر پرونده نیاز داشته باشید. مدیران پرونده می توانند در زمینه موارد زیر به شما کمک کنند:

- با شما و پزشکتان همکاری می کنند
- به شما کمک می کنند تا مراقبت های مورد نیاز خود را دریافت کنید
- شما را با مزایا و منابعی که ممکن است واجد شرایط آنها باشید در ارتباط قرار می دهند

پزشک می تواند به شما در دریافت خدمات مدیریت پرونده کمک کند، یا می توانید با شبکه بهداشت و درمان خود یا خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare تماس بگیرید.

### تصمیمات مربوط به مراقبت های درمانی شما

اگر به خدمات پزشکی ویژه ای نیاز دارید، بخش مدیریت بهره برداری (Utilization Management, UM) ما با پزشک شما همکاری خواهد کرد تا در مورد مناسب بودن خدمات تصمیم بگیرد. ما تصمیمات خود را بر اساس نیازهای پزشکی شما، پوشش و معیارهای Medicare و Medi-Cal بنا می کنیم. ما در صورت عدم تأیید خدمات توسط کارکنان یا پزشک شما، به آنها پاداشی پرداخت نمی کنیم. پزشک و کارکنان ما برای تصمیمات خود در مورد خدمات مراقبتی از شما، هیچ گونه مشوق مالی دریافت نمی کنند.

به عنوان عضو CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP)، شما حق دارید در مورد روند و تصمیمات UM ما سوال کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید تا با یکی از کارکنان ما که می تواند به سوالات شما در مورد فرآیند UM پاسخ دهد، صحبت کنید. خدمات زبانی برای کمک به شما در صحبت با کارکنان UM ما در دسترس است.

## آشنایی با مزایای داروخانه CalOptima Health OneCare

### داروهای نسخه ای

اکثر داروهای نسخه ای که از داروخانه دریافت می کنید تحت پوشش برنامه شما هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx در [www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی عضویت Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

ما فهرستی از داروهای تحت پوشش به نام لیست دارویی داریم. پزشکان و داروسازان به ما در انتخاب داروهایی که در این لیست قرار می گیرند کمک می کنند. فهرست داروها همچنین قوانینی را که باید برای دریافت داروهای خود رعایت کنید، به اطلاع شما می رساند.

برای اطلاع از اینکه آیا دارویی که مصرف می کنید در لیست دارویی ما قرار دارد، می توانید:

- برای به روزترین لیست (که در وب سایت ما فهرست فرمولی نامیده می شود) از وب سایت طرح ما به آدرس [www.caloptima.org/health-insurance-plans/onecare/pharmacy](http://www.caloptima.org/health-insurance-plans/onecare/pharmacy) دیدن کنید.
- برای آگاهی از اینکه داروی شما در فهرست داروهای برنامه است یا درخواست یک کپی از این فهرست با بخش خدمات مشتریان OneCare تماس حاصل نمایید.
- داروهایی که تحت پوشش بخش D نیستند ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx در [www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید.
- از ابزار جستجوی مزایای "به روز رسانی شده" ما (که همچنین به عنوان پورتال MedImpact Rx شناخته می شود) در [www.caloptima.org/health-insurance-plans/onecare/pharmacy](http://www.caloptima.org/health-insurance-plans/onecare/pharmacy) استفاده کنید یا با خدمات مشتریان OneCare تماس بگیرید. این ابزار هزینه قابل پرداخت شما را نشان می دهد و مشخص می کند که آیا سایر داروهای مشابهی که می توانند شرایط مشابه را درمان کنند، تحت پوشش هستند یا خیر.

### داروخانه ها

در بیشتر موارد، ما فقط هزینه داروهای نسخه ای را پرداخت خواهیم کرد که در یکی از داروخانه های شبکه ما دریافت شده باشند. داروخانه شبکه یک داروخانه است که پر کردن و پیچیدن نسخه ها را برای اعضای طرح ما پذیرفته است. شما می توانید به هرکدام از داروخانه های عضو شبکه ما مراجعه کنید.

برای پیدا کردن یک داروخانه تحت قرارداد شبکه، به فهرست ارائه دهنده و داروخانه مراجعه کنید، از وب سایت ما دیدن نمایید یا با خدمات مشتریان OneCare تماس بگیرید.

برای پر دریافت داروهای تجویزی خود، کارت شناسایی عضویت خود را به داروخانه شبکه خود نشان دهید. داروخانه شبکه صورتحساب داروی تحت پوشش شما را برای ما ارسال می کند.

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

اگر نمی توانید از داروخانه های تحت قرارداد شبکه استفاده کنید، ممکن است همچنان هزینه داروهایی که از داروخانه های خارج از شبکه دریافت شده اند را بپردازیم. ما داروخانه های تحت قراردادی را در خارج از منطقه خدمات خود داریم که می توانید نسخه های خود را به عنوان عضو از آنها OneCare دریافت کنید.

### نحوه دریافت اطلاعات بیشتر

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان OneCare به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز در هفته تماس بگیرید. ما کارکنانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند. از وبسایت ما در [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) دیدن کنید.

## CalOptima Health آماده کمک رسانی به شماست

اگر شما از مراقبت یا خدماتی که دریافت کرده اید ناراضی هستید، حق درخواست شکایت دارید. شما همچنین این حق را دارید که در مورد تصمیمات مربوط به رد، تعویق یا محدود سازی خدمات یا مزایا درخواست تجدید نظر نمایید.

### برای ثبت شکایت یا تجدید نظر

برای ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر، با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare تماس بگیرید. کتابچه راهنمای CalOptima Health OneCare شما، اطلاعات بیشتری در مورد حقوق شما در زمینه شکایت و استیناف دارد. این کتابچه همچنین جزئیاتی در مورد نحوه ادامه خدماتی که ارائه آنها شروع شده است، در حین رسیدگی به درخواست تجدیدنظر شما را در دسترس شما قرار می دهد.

همچنین می توانید درخواست تجدید نظر یا شکایت خود را به صورت کتبی ارائه دهید. اگر برای پر کردن فرم های شکایت یا تجدیدنظر به کمک نیاز دارید، کارکنان CalOptima Health اینجا حضور دارند تا به شما کمک کنند. اگر به زبان دیگری صحبت می کنید، می توانید بدون هیچ هزینه ای برای یک مترجم درخواست کنید تا به شما در ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر کمک کند. اگر می خواهید شخص دیگری نماینده شما باشد، باید به ما اطلاعیه کتبی بدهید.

اگر با تصمیم تجدیدنظر موافق نیستید، حقوق دیگری نیز دارید. برای خدمات تحت پوشش CalOptima Health, Medicare هرگونه رد درخواست را برای بررسی مجدد به بازبین مستقل (Maximus) ارسال می کند. برای خدماتی که فکر می کنید به طور کلی یا جزئی به عنوان خدمات یا مزایای پزشکی تحت پوشش قرار می گیرند، شما حق دارید درخواستی برای استماع ایالتی ارائه دهید.

### برای تشکیل یک دادرسی ایالتی

اگر با اقدام یا تصمیم شبکه بهداشتی خود یا CalOptima Health موافق نیستید، می توانید در هر زمانی درخواست رسیدگی ایالتی نمایید. برای انجام این کار، ظرف 120 روز پس از اقدام یا ابلاغ تصمیم با اداره خدمات اجتماعی (Department of Social Services, DSS) تماس بگیرید. جلسه استماع مکانی است که می توانید مشکلات خود را مستقیماً به ایالت کالیفرنیا مطرح کنید. این امکان وجود دارد که خودتان شخصاً این کار را انجام دهید یا از شخص دیگری درخواست نمایید این کار را برای شما انجام دهد. DSS می تواند یک وکیل کمکی حقوقی رایگان را برای کمک به شما استخدام کند.

برای درخواست استماع ایالتی، با آدرس زیر مکاتبه کنید:

شماره 1-800-743-8525 کاربران TTY  
می توانند با شماره 1-800-952-8349  
تماس بگیرند.

یا

Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, M.S. 9-17-433  
Sacramento, CA 94244-2430

## دفترچه راهنمای اعضا، فهرست ارائه دهندگان خدمات و فهرست داروهای OneCare

جدیدترین کتابچه راهنمای اعضا، فهرست ارائه دهندگان خدمات درمانی و فهرست داروهای CalOptima Health OneCare در وبسایت ما به آدرس [www.caloptima.org/e/onecare](http://www.caloptima.org/e/onecare) در بخش مدارک و فرمها موجود است. برای دریافت یک نسخه از طریق پست، لطفاً با خدمات مشتریان OneCare به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند.

## اهدای بافت و عضو

وقتی شما اهداکننده عضو یا بافت می شوید، می توانید به نجات یا بهبود زندگی فرد دیگری کمک کنید. برای اینکه یک اهداکننده عضو یا بافت باشید، می توانید:

- به سوال مربوط به اهدای عضو یا بافت در فرم دستورالعمل پیشاپیش پاسخ دهید
- یک برچسب اهدا کننده عضو برای گواهینامه رانندگی خود دریافت کنید
- کارت اهدا عضو را همراه داشته باشید

برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [www.donatelifecalifornia.org](http://www.donatelifecalifornia.org) مراجعه کنید، یا با شماره رایگان 1-866-797-2366 تماس بگیرید.

## مجوز قبلی

### مجوز قبلی چیست؟

مجوز قبلی (prior authorization, PA) مجوزی است که توسط شبکه درمانی شما برای خدمات پزشکی ویژه ارائه می شود. این خدمات عبارتند از:

- مراقبتهای تخصصی
- لوازم پزشکی
- مراقبت های بیمارستانی بستری و سرپایی
- تجهیزات پزشکی بادوام، مانند صندلی چرخدار و واکر
- مراقبت های جانبی، مانند مراقبت های بهداشتی در منزل
- حمل و نقل پزشکی غیراضطراری

زمان پاسخگویی عمومی برای PA ها به صورت زیر است:

- مجوزهای معمول: 14 روز کاری پس از دریافت درخواست برای خدمات
- مجوزهای فوری: 72 ساعت پس از دریافت درخواست برای خدمات

پزشک مراقبت های اولیه (PCP) شما تصمیم خواهد گرفت که آیا به خدمات پزشکی خاصی نیاز دارید یا خیر. اگر در مورد مجوز قبلی (PA) سوالی دارید، با شبکه بهداشت و درمان خود تماس بگیرید.

شما می‌توانید مراقبت‌های پیشگیرانه، مراقبت‌های اولیه دوران بارداری، خدمات تنظیم خانواده و خدمات اورژانسی را بدون نیاز به مجوز قبلی (PA) دریافت کنید. اعضا می‌توانند بدون نیاز به ارجاع یا مجوز قبلی، برای مراقبت‌های اولیه دوران بارداری، معاینات سینه، ماموگرافی و آزمایش پاپ اسمیر به هر متخصص سلامت زنان (مانند متخصص زنان و زایمان یا ماما پرستار دارای مجوز) در شبکه درمانی خود مراجعه کنند. شما می‌توانید مستقیماً با متخصص سلامت زنان خود تماس بگیرید تا یک وقت ملاقات بگیرید.

برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایا و خدماتی که ممکن است نیاز به مجوز قبلی (PA) داشته باشند، لطفاً کتابچه راهنمای اعضا OneCare را مطالعه کنید، از وبسایت ما به آدرس [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) دیدن کنید، یا با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید.

## محافظت از شما و سیستم مراقبت‌های بهداشتی

### کلاهبرداری در مراقبت‌های بهداشتی چیست؟

کلاهبرداری در مراقبت‌های بهداشتی زمانی اتفاق می‌افتد که یک ارائه‌دهنده یا شخص، با علم به اینکه این کار می‌تواند منجر به سود غیرقانونی برای او یا شخص دیگری شود، قصد انجام کاری نادرست را دارد.

اینها نمونه‌هایی احتمالی از کلاهبرداری‌های در حوزه مراقبت‌های بهداشتی هستند:

- استفاده از کارت شناسایی CalOptima Health یک شخص دیگر
- دریافت صورت‌حساب برای خدمات یا داروهایی که تحت پوشش CalOptima Health هستند
- دریافت خدمات غیرضروری از ارائه‌دهنده خدماتتان
- دریافت صورت‌حساب برای خدماتی که دریافت نکرده‌اید
- دریافت صورت‌حساب برای لوازمی (مانند ویلچر) که توسط ارائه‌دهنده خدمات شما سفارش داده نشده یا برای شما ارسال نشده است
- دریافت داروهایی از ارائه‌دهنده خدمات درمانیتان که نیازی به آنها ندارید
- فروش داروهای تجویز شده برای شما به شخص دیگری

کلاهبرداری به همه ما آسیب می‌زند. اگر به کلاهبرداری مشکوک هستید، لطفاً آن را با خط ویژه انطباق و اخلاق CalOptima Health به شماره 1-855-507-1805 (TTY 711) گزارش دهید. برای گزارش کلاهبرداری لازم نیست نام خود را ذکر کنید.

### HIPAA چیست؟

HIPAA مخفف قانون انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی (Health Insurance Portability and Accountability Act) است. این مجموعه‌ای از قوانین است که بیمارستان‌ها، طرح‌های درمانی و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی باید از آنها پیروی کنند. HIPAA کمک می‌کند مطمئن شوید که امنیت تمام سوابق پزشکی، صورت‌حساب‌های پزشکی و حساب‌های بیمار مطابق با استانداردهای سخت‌گیرانه هستند. CalOptima Health سوابق پزشکی شما را از پزشکتان پنهان نگه نمی‌دارد. اگر یک کپی از سوابق پزشکی خود را می‌خواهید، لطفاً با پزشک یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود تماس بگیرید.

### چگونه CalOptima Health اطلاعات بهداشتی محافظت شده را ایمن نگه می‌دارد؟

ایمن نگه داشتن اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما (protected health information, PHI) برای ما بسیار مهم است. کارکنان CalOptima Health برای مدیریت PHI شما به روشی امن و خصوصی آموزش دیده‌اند. کارکنان ما به صورت کتبی موافقت کرده‌اند که اطلاعات شما را خصوصی نگه دارند. فقط کسانی که برای هماهنگی یا پرداخت هزینه خدمات درمانی تحت پوشش نیاز به دسترسی به PHI شما دارند، مجاز به استفاده از آن هستند.

مدارکی که اطلاعات پزشکی خصوصی شما (PHI) روی آنها درج شده است، در دفتر CalOptima Health به صورت قفل شده و ایمن نگهداری می‌شوند. سیستم کامپیوتری ما دارای امنیت داخلی است تا از دسترسی افراد دیگر به PHI جلوگیری کند.

وقتی دیگر به PHI شما نیازی وجود نداشته باشد، این کاغذها خرد می‌شوند تا کسی نتواند آنها را بخواند.

اگر PHI شما از طریق ایمیل یا روی یک دستگاه الکترونیکی ارسال شود، CalOptima Health از سیستمی برای دسته بندی اطلاعات استفاده می کند تا فقط کسانی که مجاز به دیدن PHI شما هستند بتوانند آن را بخوانند. برای یک کپی از اعلامیه اقدامات حفظ حریم خصوصی، از وب سایت ما به نشانی [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) دیدن کنید یا با خدمات مشتریان CalOptima Health تماس بگیرید.

## استانداردهای دسترسی برای CalOptima Health OneCare

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan دسترسی مراقبت از بیمار، به گونه ای که توسط وزارت خدمات مراقبت های بهداشتی (DHCS, Department of Health Care Services) و مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) مورد قبول باشد، است. DHCS و CMS این استانداردها را اجرا کردند تا اطمینان حاصل کنند که اعضای OneCare می توانند به موقع برای مراقبت های لازم وقت بگیرند، از طریق تلفن با ارائه دهنده تماس بگیرند و در صورت نیاز به خدمات مترجم دسترسی داشته باشند.

از پزشکان و شبکه های بهداشتی تحت قرار انتظار می رود که از اصول این قرار ملاقات ها، دسترسی توسط تلفن، در دسترس بودن پزشک و استانداردهای خدمات زبانی پیروی کنند. OneCare بر شبکه های بهداشتی و ارائه دهندگان آنها برای رعایت این امور نظارت می کند. OneCare ممکن است یک برنامه اقدامات اصلاحی برای ارائه دهندگان و شبکه های بهداشتی که این استانداردها را رعایت نمی کنند، ایجاد کند.

### درک استانداردهای دسترسی

لطفاً برای شرح مختصری از استانداردهای دسترسی اعضای OneCare به اطلاعات زیر مراجعه کنید:

استانداردهای مراقبت های اولیه و خدمات سلامت رفتاری:

| نوع مراقبت                                                            | استاندارد       |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|
| خدمات اضطراری                                                         | بلافاصله        |
| خدمات مراقبت های فوری                                                 | بلافاصله        |
| خدمات اورژانسی یا فوری مورد نیاز نیستند، اما نیاز به توجه پزشکی دارند | ظرف 7 روز کاری  |
| مراقبت های معمول و پیشگیرانه                                          | ظرف 30 روز کاری |

### استانداردهای فرهنگی و زبانی:

| توضیحات                   | استاندارد                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ترجمه شفاهی               | ترجمه شفاهی شامل، اما نه محدود به، زبان اشاره، از طریق یک مترجم، به صورت حضوری (در صورت درخواست) یا تلفنی، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته در محل مورد نظر برای تماس در دسترس اعضا قرار خواهد گرفت.                                                                      |
| ترجمه کتبی                | همه مطالب نوشته شده برای اعضا به همه زبان های آستانه که توسط CalOptima Health مطابق با خط مشی های CalOptima Health DD.2002 تعیین شده است، در دسترس خواهد بود: خدمات فرهنگی و زبانی.                                                                                        |
| قالب های جایگزین ارتباطات | اطلاعات و موضوعات آموزشی در صورت درخواست برای اعضا در قالب های جایگزین بدون هیچ هزینه ای در همه زبان های آستانه حداقل با فونت سایز 20، قالب صوتی یا بریل، یا در صورت نیاز ظرف 21 روز کاری پس از درخواست یا در مدت زمان مورد نیاز برای فرمت درخواست شده، در دسترس می باشند. |

## خبرنامه اعلامیه های سالانه 2025

| توضیحات                       | استاندارد                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| دستگاه مخابراتی برای ناشنویان | دستگاه تله تایپ نویس (TTY) و ابزار کمکی بدون هیچ هزینه ای، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته در اختیار اعضای دارای اختلالات شنوایی، گفتار یا بینایی قرار خواهد گرفت. شماره 711 TTY است.                                          |
| حساسیت فرهنگی                 | پزشکان و کارکنان اعضا را تشویق می کنند تا باورهای معنوی و عادات فرهنگی خود را بیان کنند، با سیستم ها و باورهای درمانی سنتی آشنا باشند و به آنها احترام بگذارند و در صورت لزوم، این باورها را در برنامه های درمانی ادغام کنند. |

سایر استانداردهای دسترسی:

|                  |                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| مراقبت های تخصصی | اعضا باید به مراقبت های تخصصی لازم دسترسی داشته باشند و به ویژه به اعضای زن این امکان داده می شود که مستقیماً به یک متخصص بهداشت زنان در شبکه برای خدمات مراقبت های بهداشتی معمول و پیشگیرانه زنان دسترسی داشته باشند. |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## اعلامیه حفظ حریم خصوصی

لازم الاجرا از: 14 آوریل، 2003 \ به روز رسانی شده از: 22 ژوئیه 2025

CalOptima Health از طریق طرح Medi-Cal، طرح One Care (HMO D-SNP) Medicare Advantage Special Needs Plan ما و برنامه مراقبت همه جانبه برای سالمندان (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) به شما امکان دسترسی به مراقبت های بهداشتی را می دهد. ما طبق قوانین ایالتی و فدرال موظف به محافظت از اطلاعات درمانی شما هستیم. پس از واجد شرایط شدن و ثبت نام در یکی از طرح های بهداشتی ما، Medicare یا Medi-Cal اطلاعات شما را برای ما ارسال می کند. ما همچنین اطلاعات درمانی را از پزشکان، کلینیک ها، آزمایشگاه ها و بیمارستان های شما دریافت می کنیم تا مراقبت های بهداشتی شما را تأیید و هزینه آن را پرداخت کنیم.

این اطلاعیه توضیح می دهد که چگونه اطلاعات پزشکی مربوط به شما ممکن است مورد استفاده و اشتراک گذاری قرار گیرد و چگونه می توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفاً این مطالب را با دقت مطالعه نمایید.

### حقوق شما

شما در زمینه اطلاعات پزشکی خود، حقوق خاصی دارید.

این بخش حقوق شما و برخی از مسئولیت های ما برای کمک به شما را توضیح می دهد.

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| چگونه ما از اطلاعات شما محافظت میکنیم | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ما برای دسترسی فیزیکی و الکترونیکی به اطلاعات شما، که شامل نژاد، قومیت، زبان، هویت جنسیتی و گرایش جنسی می شود، قوانینی برای کنترل داریم.</li> <li>• خط مشی ها و رویه های ما مشخص می کنند که چه مواردی در هنگام استفاده از اطلاعات بهداشتی شما مجاز است و چه مواردی مجاز نیست، از جمله نژاد، قومیت، زبان، هویت جنسی و گرایش جنسی.</li> <li>• دسترسی الکترونیکی ممکن است شامل قالب های رسانه ای، دستگاه ها و سخت افزارها و ذخیره سازی داده ها باشد.</li> <li>• ما بر اساس هیچ اطلاعات حساسی، نسبت به اعضا تبعیض قائل نمی شویم.</li> </ul> |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>یک کپی از سوابق پزشکی و مطالبات پرداختی گذشته خود را درخواست کنید.</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما می‌توانید درخواست کنید که سوابق پزشکی و مطالبات خود و سایر اطلاعات بهداشتی که در مورد شما داریم را مشاهده کنید یا یک کپی از آنها را دریافت کنید. شما باید این درخواست را کتباً ارائه دهید. ما فرمی برای پر کردن برای شما ارسال خواهیم کرد و ممکن است مبلغ معقولی بابت هزینه کپی و ارسال پستی پرونده را از شما مطالبه کنیم. برای مشاهده یا دریافت کپی پرونده پزشکی، ارائه کارت شناسایی معتبر الزامی است.</li> <li>• ما کپی یا خلاصه پرونده های پزشکی و سابقه مطالبات شما را معمولاً ظرف 30 روز از تاریخ درخواست شما در اختیارتان قرار می‌دهیم.</li> <li>• ممکن است به دلایلی که قانون مجاز می‌داند، شما را از دیدن بخش های خاصی از پرونده تان باز داریم.</li> <li>• <b>CalOptima Health</b> کپی کاملی از پرونده پزشکی شما را ندارد. برای دیدن، دریافت یک کپی یا تغییر دادن پرونده پزشکی خود با پزشک یا درمانگاه خود تماس بگیرید.</li> </ul> |
| <p>از ما برای تصحیح سابقه درمانی و ادعای مطالبات خود درخواست نمایید</p>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر اطلاعات موجود در سوابق شما صحیح یا کامل نیست، حق دارید درخواست کتبی برای تغییر آنها ارسال کنید. شما باید درخواست خود را کتباً ارائه دهید.</li> <li>• در صورتی که اطلاعات توسط CalOptima Health تهیه و حفاظت نشوند و یا اگر ما معتقد باشیم که کامل و صحیح می‌باشند، ما می‌توانیم درخواست شما را رد کنیم و دلیل آن را طی 60 روز به اطلاع شما برسانیم.</li> <li>• در صورتی که ما تغییرات درخواستی شما را اعمال ننماییم، می‌توانید از ما بخواهید که تصمیم خود را مورد بررسی مجدد قرار دهیم. همچنین می‌توانید اظهاریه ای که دلیل عدم موافقت شما را با سوابق ما را توضیح می‌دهد را برای ما ارسال نمایید. اظهاریه شما در سوابق ما نگهداری خواهد شد.</li> </ul>                                                                                                                                                                                    |
| <p>ارائه درخواست ارتباطات محرمانه</p>                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما می‌توانید خواستار تماس از طریق روش ارتباطی دلخواه (مثلاً از طریق تلفن منزل یا محل کار) یا ارسال نامه به نشانی متفاوتی شوید.</li> <li>• ما همه درخواستهای معقول را در نظر خواهیم گرفت. اگر به ما بگویید که با نپذیرفتن آن ممکن است در معرض خطر قرار بگیرید، ما باید با آن موافقت نماییم.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>از ما بخواهید آنچه را به اشتراک می‌گذاریم یا استفاده می‌کنیم را محدود کنیم.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما می‌توانید از ما بخواهید که برخی از اطلاعات درمانی شما را برای درمان، پرداخت هزینه و یا مدیریت مراقبت های بهداشتی استفاده نکنیم یا به اشتراک نگذاریم.</li> <li>• اگر موافقت با این درخواست بر مراقبت از شما تاثیر بگذارد، ضرورتی برای موافقت ما وجود ندارد و ما ممکن است جواب "منفی" بدهیم.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>فهرستی از افرادی که اطلاعات را با آنها به اشتراک گذاشته ایم، دریافت کنید</p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما می‌توانید فهرستی از دفعاتی را که ما اطلاعات بهداشتی شما را در ۶ سال گذشته قبل از تاریخی که درخواست را ارائه کرده اید به اشتراک گذاشته ایم، را درخواست کنید.</li> <li>• شما حق دارید فهرستی از اطلاعاتی که به اشتراک گذاشته شده است، طرفهای گیرنده اطلاعات، زمان انتشار و دلیل آن را درخواست کنید.</li> <li>• ما اکثر اطلاعات به اشتراک گذاشته شده به غیر از موارد مربوط به درمان، پرداخت و عملکرد مراقبت درمانی شما و برخی موارد به اشتراک گذاشته شده دیگر (مانند هر اطلاعاتی که شما از ما خواسته باشید) را ضمیمه می‌کنیم.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>یک کپی از این اطلاعیه حفظ حریم خصوصی دریافت کنید.</p>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• در هر زمان می‌توانید به نسخه کتبی این اطلاعیه را درخواست کنید، حتی اگر با دریافت الکترونیکی آن موافقت کرده باشید. ما در مدتی مناسب یک کپی را برای شما ارسال می‌نماییم.</li> <li>• همچنین می‌توانید این اطلاعیه را در وبسایت ما <a href="http://www.caloptimahealth.org">www.caloptimahealth.org</a> مشاهده نمایید.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## خبرنامه اعلامیه های سالانه 2025

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر به فردی وکالت پزشکی داده باشید یا اگر قیم قانونی داشته باشید، آن فرد میتواند از حقوق شما استفاده کند و درباره اطلاعات بهداشتی شما تصمیم بگیرد.</li> <li>• قبل از هرگونه اقدامی، مطمئن خواهیم شد که این شخص این اختیار را دارد و می تواند از طرف شما اقدام کند.</li> </ul>                                                                                                        | <p><b>یک نماینده قانونی انتخاب کنید که برای شما اقدام کند</b></p>    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورتی که فکر میکنید ما از حریم خصوصی شما محافظت نکرده ایم، میتوانید با استفاده از اطلاعات داده شده در این اعلامیه شکایت کنید.</li> <li>• ما در برابر طرح شکایت شما مقابله به مثل نمی کنیم.</li> </ul>                                                                                                                                                                             | <p><b>طرح شکایت در صورتی که فکر می کنید حقوق شما نقض شده است</b></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر کل هزینه خدمات را شخصاً پرداخت کنید، میتوانید از پزشکتان بخواهید که اطلاعات مربوط به این خدمات را با ما به اشتراک نگذارد. اگر شما یا ارئه دهنده شما ادعائی برای مطالبه به CalOptima Health ارائه کنید، ما مجبور نیستیم با یک محدودیت در پرونده موافقت کنیم. اگر قانون به اشتراک گذاری اطلاعات را الزامی بداند، CalOptima Health مجبور نیست با محدودیت شما موافقت کند.</li> </ul> | <p><b>از محدودیت خود- پرداخت استفاده نمایید</b></p>                  |

برای اطلاعات بهداشتی خاص، می توانید انتخاب های خود را درباره آنچه به اشتراک می گذاریم به ما بگویید.

اگر میخواهید اطلاعات شما به روش خاصی در موارد زیر، به اشتراک گذاشته شود با ما تماس بگیرید. اغلب به منظور اشتراک اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI, protected health information) شما در مواردی غیر از درمان، پرداخت هزینه و یا عملکرد مراقبتهای درمانی، ما باید قبلاً از شما اجازه کتبی دریافت کنیم. اگر مجوز را به ما بدهید، می توانید در هر زمانی آن را به صورت کتبی پس بگیرید. در این صورت ما قادر به برگشت دادن اطلاعات به مشارکت گذاشته شده در زمان قبل از درخواست کتبی شما نیستیم اما در آینده PHI شما را به اشتراک نمی گذاریم.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• اطلاعات را با خانواده، دوستان نزدیک یا سایر افرادی که در پرداخت هزینه مراقبت شما نقش دارند به اشتراک بگذاریم</li> <li>• اطلاعات را در وضعیت امداد رسانی در زمان فاجعه به اشتراک بگذاریم.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>در این موارد شما حق و اجازه انتخاب دارید به ما بگویید که:</b></p>                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• اطلاعات اختلال مصرف مواد مخدر (substance use disorder, SUD): ما باید اجازه شما را برای هرگونه استفاده یا افشای اطلاعات SUD دریافت کنیم.</li> <li>• گزارشهای روان درمانی: ما برای استفاده یا به اشتراک گذاشتن اطلاعات روان درمانی شما، به جز برای انجام برخی اقدامات درمانی، پرداخت هزینه و عملکرد مراقبتهای درمانی باید از شما مجوز دریافت کنیم.</li> <li>• اطلاعات مربوط به نژاد، قومیت، زبان، هویت جنسیتی و گرایش جنسی شما، به جز مواردی که برای انجام اقدامات درمانی، پرداخت هزینه یا مراقبتهای بهداشتی لازم است.</li> <li>• اطلاعات مربوط به نژاد، قومیت، زبان، هویت جنسیتی و گرایش جنسی شما برای تعهدنامه، رد درخواست خدمات و پوشش، یا برای تعیین مزایا.</li> <li>• نیازهای بازاریابی.</li> <li>• فروش اطلاعات شما.</li> </ul> | <p><b>در این موارد، هرگز اطلاعات شما را منتشر نمیکنیم، مگر این که به ما مجوز کتبی داده باشید:</b></p> |

### مسئولیت های ما

- طبق قانون ما ملزم به حفظ حریم خصوصی و امنیت PHI شما هستیم.
- در صورت بروز هرگونه نقض امنیتی که ممکن است حریم خصوصی یا امنیت اطلاعات شما را تحت تأثیر قرار دهد، در اسرع وقت به شما اطلاع خواهیم داد.
- ما باید مسئولیت ها و شیوه های حفظ حریم خصوصی شرح داده شده در این اطلاعیه را دنبال کنیم و یک کپی از آن را در اختیار شما قرار دهیم.

## خبرنامه اعلامیه های سالانه 2025

- ما از اطلاعات شما به غیر از آنچه در اینجا توضیح داده شده است استفاده نمی کنیم یا به اشتراک نمی گذاریم، مگر این که شما به صورت کتبی به ما اجازه داده باشید. اگر به ما اجازه داده باشید، در هر زمان میتوانید خود را تغییر دهید. لطفاً تغییر تصمیم خود را به صورت کتبی به ما اعلام کنید.

### موارد استفاده و افشای اطلاعات ما

اطلاعات شما فقط می تواند توسط CalOptima Health برای درمان، پرداخت و خدمات مراقبت های بهداشتی مربوط به برنامه Medicare (OneCare)، Medi-Cal یا PACE که در آن ثبت نام کرده اید، استفاده یا به اشتراک گذاشته شود. ما ممکن است از اطلاعات شما در تبادل اطلاعات بهداشتی با ارائه دهندگان خدمات درمانی که در مراقبت دریافت شده توسط شما نقش دارند، استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذاریم. اطلاعاتی که مورد استفاده ما قرار گرفته یا مشارکت میشود شامل و نه محدود به موارد زیر میباشد:

- نام شما
- آدرس
- سابقه مراقبتها و درمانهای شما
- هزینه یا پرداخت برای مراقبت

چند نمونه از نحوه به اشتراک گذاشتن اطلاعات شما با افرادی که در مراقبت از شما دخیل هستند:

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| کمک به مدیریت مراقبت درمانی که دریافت میکنید   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ما می توانیم از اطلاعات سلامت شما استفاده کنیم و آن را با متخصصانی که شما را درمان می کنند به اشتراک بگذاریم. این ممکن است شامل نژاد، قومیت، زبان، هویت جنسیتی و گرایش جنسی شما باشد تا خدماتی ارائه شود که به بهترین وجه با نیازهای شما مطابقت داشته باشد.</li> </ul> | <p><b>برای مثال:</b> به منظور برنامه ریزی خدمات بیشتر، یکی از پزشکان اطلاعات مربوط به تشخیص و برنامه درمانی شما را در اختیار ما قرار میدهد. به منظور دریافت مراقبتهای مورد نیاز، ما این اطلاعات در اختیار پزشکان، بیمارستانها و دیگر ارائه دهندگان مراقبت قرار میدهم.</p> |
| مدیریت سازمان ما (عملکرد خدمات بهداشتی درمانی) | <ul style="list-style-type: none"> <li>ما میتوانیم اطلاعات شما را برای مدیریت سازمان خود استفاده کنیم و آن را به اشتراک بگذاریم و در موارد ضروری با شما تماس بگیریم.</li> <li>ما مجاز به استفاده از اطلاعات ژنتیکی برای تصمیم گیری در مورد ارائه پوشش بیمه به شما و هزینه آن نیستیم.</li> </ul>               | <p><b>برای مثال:</b> ما از اطلاعات درمانی شما برای بهینه سازی خدمات استفاده میکنیم که ممکن است شامل بررسی کیفیت مراقبت و خدماتی باشد که دریافت می کنید. همچنین ممکن است از این اطلاعات در بازرسی ها و تحقیقات در مورد کلاهبرداری استفاده کنیم.</p>                        |
| پرداخت برای خدمات درمانی شما                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ما میتوانیم از اطلاعات پزشکی شما تا زمانی که هزینه خدمات درمانی شما را می پردازیم، استفاده کرده و آن را به اشتراک بگذاریم.</li> </ul>                                                                                                                                  | <p><b>برای مثال:</b> ما اطلاعات درمانی شما را با پزشکها، کلینیکها و مراکزی که صورتحساب مراقبتهای شما را برای ما می فرستند به اشتراک میگذاریم. ما همچنین ممکن است صورتحسابها را برای پرداخت به سایر طرحها یا سازمانهای درمانی دیگر ارسال کنیم.</p>                         |
| اداره برنامه درمانی شما                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>ممکن است اطلاعات بهداشتی شما را با اداره خدمات بهداشت و درمان (Department of Health Care, Services DHCS) و یا مرکز خدمات Medicare و Medicaid (Medicare &amp; Medicaid Services, CMS) برای مدیریت طرح درمانی به اشتراک بگذاریم.</li> </ul>                              | <p><b>برای مثال:</b> DHCS برای ارائه یک طرح با ما قرارداد می بندد و ما اطلاعات خاصی را در اختیار DHCS قرار می دهیم.</p>                                                                                                                                                   |

## خبرنامه اعلامیه های سالانه 2025

### به چه روشهای دیگری می توانیم از اطلاعات سلامتی شما استفاده کنیم یا آنها را به اشتراک بگذاریم؟

ما مجاز یا ملزم هستیم که اطلاعات شما را به روشهای دیگری، معمولاً برای ارتقای منافع عمومی، مانند بهداشت عمومی و تحقیقات، به اشتراک بگذاریم. برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات شما به این دلایل ما باید بسیاری از شرایط قانونی را رعایت کنیم.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ما می توانیم اطلاعات بهداشتی شما را در شرایط خاصی مانند موارد زیر به اشتراک بگذاریم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• پیشگیری از بروز بیماری.</li> <li>• کمک رسانی به فرآیند فراخوانی محصول.</li> <li>• گزارش واکنشهای جانبی نامطلوب به داروها.</li> <li>• گزارش موارد مشکوک به آزار، سهل انگاری یا خشونت خانگی.</li> <li>• کاهش یا پیشگیری از تهدیدات جدی مربوط به سلامت یا ایمنی افراد.</li> </ul>                                  | <p><b>کمک به بهداشت عمومی و مسائل ایمنی</b></p>                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ما اطلاعات شما را در مواردی که ایالت یا دولت فدرال به آن احتیاج دارد و همچنین اگر وزارت بهداشت و خدمات انسانی (Department of Health and Human Services) نحوه مطابقت ما با مقررات محافظت از حریم خصوصی را بررسی مینمایند، در اختیار آنها قرار می دهیم.</li> </ul>                                                                                                                                            | <p><b>رعایت قانون</b></p>                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ما می توانیم اطلاعات درمانی شما را با سازمان های تهیه اعضای بدن به اشتراک بگذاریم.</li> <li>• ما میتوانیم اطلاعات پزشکی را، پس از مرگ افراد، در اختیار پزشک قانونی، پزشک دادستانی یا مدیر مراسم کفن و دفن قرار دهیم.</li> </ul>                                                                                                                                                                             | <p><b>واکنش به درخواست مراکز اهدای عضو و بافت ، همکاری با پزشکی قانونی و مدیر مراسم کفن و دفن</b></p> |
| <p>ما اجازه داریم اطلاعات درمانی شما را در موارد زیر به اشتراک بگذاریم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای رسیدگی به درخواستهای غرامت کارکنان.</li> <li>• برای اجرای قانون یا همکاری با مسئولان مجری قانون.</li> <li>• برای موارد اجرایی مجاز طبق قانون قانون نهادهای نظارتی بهداشتی.</li> <li>• برای اجرای وظایف دولتی خاص مانند خدمات نظامی، امنیت ملی و محافظت از رئیس جمهور.</li> </ul>                                           | <p><b>رسیدگی به درخواستهای غرامت کارگران، نیروهای اجرای قانون و دیگر ارگانهای دولتی</b></p>           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ما اطلاعات درمانی شما را زمانی که دادگاه به ما دستور میدهد، در پاسخ به احضاریه یا طبق حکم دادگاه یا اداری به اشتراک میگذاریم.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p><b>پاسخ به پرونده های حقوقی و اقدامات قانونی</b></p>                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• قوانین ویژه های برای محافظت از برخی اطلاعات پزشکی مانند خدمات سلامت روانی، درمان اختلالات سوءمصرف مواد مخدر و آزمایش و درمان HIV/AIDS وجود دارد. زمانی که از این قوانین سختگیرانه تر از این اطلاعیه باشد، از این قوانین تبعیت خواهیم کرد.</li> <li>• همچنین قوانین محدود کننده ای برای استفاده و مشارکت اطلاعات وجود دارند که مستقیماً مربوط به مدیریت برنامه های درمانی CalOptima Health هستند.</li> </ul> | <p><b>رعایت قوانین خاص</b></p>                                                                        |

### محرمانه بودن خدمات حساس

CalOptima Health متعهد به حفاظت از حریم خصوصی و محرمانه نگاه داشتن اطلاعات مربوط به خدمات حساسی است که دریافت می کنید. خدمات حساس، هرگونه خدمات مراقبت های بهداشتی مرتبط با مراقبت های سلامت روان یا رفتاری؛ اختلال سوءمصرف مواد؛ مراقبت های تأییدکننده جنسیت؛ سلامت جنسی و باروری؛ عفونت های مقاربتی؛ تجاوز یا تعرض جنسی؛ بیماری های عفونی، مسری یا واگیردار؛ مراقبت های مرتبط با HIV/AIDS؛ یا خشونت علیه شریک جنسی، طبق تعریف مندرج در بخش 56.05 (s) قانون مدنی کالیفرنیا، هستند.

## خبرنامه اعلامیه های سالانه 2025

CalOptima Health ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن دلخواه شما ارسال خواهد کرد، یا اگر آدرس پستی، شماره تلفن یا آدرس ایمیل دیگری به ما نداده باشید، از اطلاعات تماس موجود در پرونده شما استفاده خواهیم کرد. CalOptima Health بدون اجازه کتبی شما، اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس شما را با هیچ شخص دیگری به اشتراک نخواهد گذاشت. CalOptima Health درخواست شما برای ارتباط محرمانه به شکل و قالب دلخواهتان را در صورتی که امکان انجام آن در فرم و قالب درخواستی شما وجود داشته باشد، می پذیرد.

درخواست شما برای ارتباطات محرمانه مربوط به خدمات حساس تا زمانی که درخواست را پس بگیرید یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه ندهید، معتبر خواهد بود. لطفاً با شماره رایگان (TTY 711) 1-888-587-8088 با ما تماس بگیرید، یا برای اطلاع از نحوه درخواست اطلاعات خدمات حساس، برای ما درخواست کتبی ارسال کنید. شما باید درخواست خود را کتباً ارسال کنید و اطلاعات خاصی را در اختیار ما قرار دهید. ما می توانیم فرم (های) درخواست را برای شما ارسال کنیم. ما درخواست شما را ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت تماس تلفنی شما یا ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما از طریق پست درجه یک انجام خواهیم داد.

### تغییرات در شرایط این اطلاعیه

حق تغییر دادن اطلاعیه حریم شخصی و روش حفظ امنیت PHI شما برای CalOptima Health محفوظ است. در صورتی که تغییری اعمال شود، ما فوراً به شما اطلاع می دهیم. ما اطلاعیه به روز شده را در وبسایت خود منتشر می کنیم.

### احتمال افشای مجدد

اطلاعات به اشتراک گذاشته شده توسط CalOptima Health، که توسط شما (یا نماینده شخصی شما) مجاز شمرده شده باشند یا توسط قوانین مربوط به حریم خصوصی مجاز باشند، ممکن است توسط شخصی که اطلاعات شما را دریافت می کند، در صورتی که قانون ملزم به محافظت از اطلاعات شما نباشد، مجدداً به اشتراک گذاشته شوند.

### روش تماس گرفتن با ما برای استفاده از حقوقتان

برای استفاده از هر یک از حقوق حریم خصوصی ذکر شده در این اطلاعیه، با ما به نشانی زیر مکاتبه کنید:

**CalOptima Health**  
Privacy Officer  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868  
(TTY 711) 1-888-587-8088

یا با خدمات مشتریان CalOptima Health به صورت رایگان به شماره زیر تماس بگیرید 1-888-587-8088 (TTY 711). ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند.

اگر فکر می کنید که ما از حریم خصوصی شما محافظت نکرده ایم و مایل به ثبت شکایت یا ابراز نارضایتی هستیم، می توانید با CalOptima Health با آدرس و شماره تلفن بالا تماس بگیرید. یا می توانید با نهادهای زیر نیز تماس بگیرید:

### California Department of Health Care Services

Privacy Officer  
C/O: Office of HIPAA Compliance  
P.O. Box 997413, MS 4721  
Sacramento, CA 95899-7413  
ایمیل: DHCSPrivacyOfficer@dhcs.ca.gov  
تلفن: 1-916-445-4646  
فکس: 1-916-440-7680

## خبرنامه اعلامیه های سالانه 2025

### U.S. Department of Health and Human Services

Office for Civil Rights Regional Manager

Seventh St., Suite 4-100 90

San Francisco, CA 94103

ایمیل: ocrmail@hhs.gov

تلفن: 1-800-368-1019

فکس: 1-202-619-3818

TDD: 1-800-537-7697

### از حقوق خود بدون هراس استفاده کنید

اگر تصمیم به طرح شکایت یا استفاده از هر یک از حقوق حریم خصوصی مندرج در این اطلاعیه بگیرید، CalOptima Health نمی تواند مزایای مراقبت های بهداشتی شما را قطع کند یا به هیچ وجه به شما آسیبی برساند. این اطلاعیه همه برنامه های خدمات درمانی CalOptima Health را شامل میشود.

### اطلاعیه عدم تبعیض

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan از قوانین حقوق مدنی تبعیت میکند. CalOptima Health OneCare هرگز بر خلاف قانون به دلیل جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، اصل و نسب، ملیت، قومیت، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، وضعیت تاهل، هویت جنسیتی یا گرایش جنسی رفتاری متفاوت نخواهد داشت و تبعیض نمیکند.

### ارائه دهندگان: CalOptima Health OneCare

- کمکها و خدمات رایگان به افراد معلول برای یاری در برقراری ارتباط بهتر، مانند:

✓ مترجم زبان اشاره رسمی

✓ اطلاعات کتبی در قالبهای دیگر (چاپ درشت، صوتی، فرمهای الکترونیک قابل دسترسی و غیره)

- خدمات زبانی رایگان برای افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، مانند:

✓ مترجم رسمی

✓ اطلاعات کتبی به زبانهای دیگر

اگر به کمکهای دیگری نیاز دارید لطفاً با CalOptima Health OneCare توسط شماره **1-877-412-2734** طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته تماس بگیرید. اگر به خوبی قادر به شنوایی یا تکلم نیستید، لطفاً با TTY به شماره **711** تماس بگیرید. در صورت درخواست شما این نوشته را میتوانیم به خط بریل، چاپ درشت، کاست صوتی یا بطور الکترونیک در دسترس شما قرار دهیم. برای دریافت یک نسخه در یکی از این قالب های جایگزین، لطفاً درخواست کتبی خود را به آدرس زیر ارسال نمایید:

CalOptima Health OneCare

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

1-877-412-2734 (TTY 711)

### چگونگی ارائه شکایت

اگر فکر می کنید که CalOptima Health OneCare در ارائه این خدمات از نظر جنسیت، نژاد، رنگ، مذهب، نسب، ملیت، قومیت، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، هویت جنسیتی یا گرایش جنسی، به طور غیر قانونی تبعیض قائل شده یا قادر به ارائه خدمات نبوده میتواند شکایت خود را به خدمات حل شکایات و تجدید نظر CalOptima Health OneCare ارائه نمایید. شما میتوانید شکایت خود را بطور تلفنی، کتبی یا آنلاین ارائه نمایید:

## خبرنامه اعلامیه های سالانه 2025

- تلفنی: با CalOptima Health OneCare توسط شماره 1-877-412-2734 طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. یا، اگر به خوبی قادر به شنوایی یا تکلم نیستید، لطفاً با TTY به شماره 711 تماس بگیرید.
- کتبی: فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه ای به آدرس زیر ارسال نمایید:  
CalOptima Health Grievance and Appeals  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868
- حضوری: به مطب پزشکستان یا CalOptima Health OneCare مراجعه کنید و در مورد ارائه شکایت درخواست نمایید.
- آنلاین: در وبسایت [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare).

### دفتر حقوق مدنی -

#### سازمان خدمات مراقبتهای درمانی کالیفرنیا

همچنین میتوانید در مورد حقوق شهروندی خود به سازمان خدمات درمانی کالیفرنیا، دفتر حقوق مدنی بطور کتبی یا آنلاین شکایت کنید:

- تلفنی: توسط شماره 1-916-440-7370. اگر به خوبی قادر به شنوایی یا تکلم نیستید، لطفاً با شماره 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرید.
- کتبی: فرم شکایت را تکمیل نموده یا نامه ای به آدرس زیر ارسال نمایید:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

فرم شکایت در وبسایت [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) موجود است.

- آنلاین: به آدرس [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) ایمیل کنید.

### دفتر حقوق مدنی -

#### وزارت بهداشت و خدمات اجتماعی آمریکا

اگر فکر می کنید که براساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی یا جنسیت در مورد شما تبعیض قائل شده اند میتوانی شکایت خود را به دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات اجتماعی آمریکا توسط تلفن، نامه یا آنلاین ارائه نمایید:

- تلفنی: توسط شماره 1-800-368-1019. اگر به خوبی قادر به شنوایی یا تکلم نیستید، لطفاً با TTY توسط شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرید.
- کتبی: فرم شکایت را تکمیل نموده یا نامه ای به آدرس زیر ارسال نمایید:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

فرم شکایت در وبسایت <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود است.

- آنلاین: به پورتال دفتر حقوق شهروندی در <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> مراجعه نمایید.

## خبرنامه اعلامیه های سالانه 2025

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan سازمان Medicare Advantage تحت قرارداد Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. CalOptima Health OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی کرده و براساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه کنید.

### اطلاعیه در دسترس بودن خدمات کمک زبان و خدمات و کمک های تکمیلی

#### English

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-412-2734 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-412-2734 (TTY 711). These services are free of charge.

#### العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-877-412-2734 (TTY 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير اتصل بـ 1-877-412-2734 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية.

#### Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-877-412-2734 (TTY 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-877-412-2734 (TTY 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

#### ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-412-2734 (TTY 711) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ព ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-412-2734 (TTY 711) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

#### 简体中文 (Simplified Chinese)

请注意:如果您需要以您的母语提供帮助,请致电 1-877-412-2734 (TTY 711)。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务,例如盲文和大字体阅读,提供您方便取用。请致电 1-877-412-2734 (TTY 711)。这些服务都是免费的。

#### 繁體中文 (Traditional Chinese)

注意:如果您需要以您的語言獲得幫助,請致電 1-877-412-2734 (TTY 711)。為殘障人士也提供幫助和服務,例如盲文和大字體的文件。致電 1-877-412-2734 (TTY 711)。這些服務是免費的。

#### فارسی (Farsi)

توجه: اگر می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

### ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કોલ કરો: **1-877-412-2734 (TTY 711)**. વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ, જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો: **1-877-412-2734 (TTY 711)**. આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

### हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-877-412-2734 (TTY 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-877-412-2734 (TTY 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### 日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-877-412-2734 (TTY 711)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-877-412-2734 (TTY 711)** へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

### 한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

### Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

### Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Serviços e auxílio para pessoas com incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Esses serviços são gratuitos.

### ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Română (Romanian)**

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Aceste servicii sunt gratuite.

### **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734 (линия TTY 711)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-412-2734 (линия TTY 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog (Filipino)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Libre ang mga serbisyong ito.

### **ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734 (TTY 711)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734 (TTY 711)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Türkçe Etiket (Turkish)**

DIKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa **1-877-412-2734 (TTY 711)** numaralı telefonu arayın. Braille alfabesi ve büyük harflerle yazılmış belgeler gibi engellilere yönelik yardım ve hizmetler de mevcuttur. Call: **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Bu hizmetler ücretsizdir.

### **Українська (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Ці послуги безкоштовні.

### اردو ٹیگ لائن (Urdu)

توجہ: اگر آپ کو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو کال کریں **1-877-412-2734 (TTY 711)**۔ معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال **1-877-412-2734 (TTY 711)**۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

### Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

این صفحه به عمد خالی است

این صفحه به عمد خالی است

- در صورت داشتن  
نیاز به خدمات تخصصی یا خدمات تخصصی دیگر، لطفاً با ما تماس بگیرید. ما به شما خواهیم گفت که چگونه می‌توانید از خدمات ما استفاده کنید.
- با شماره 1-800-772-1213 به Social Services یا اجتماعات در آتنس، جورجیا، تماس بگیرید.
- با شماره 1-800-281-9799 به Social Services یا اجتماعات در آتنس، جورجیا، تماس بگیرید.
- با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) به CalOptima Health OneCare یا اجتماعات در آتنس، جورجیا، تماس بگیرید.
- با شماره 1-800-275-8777 به خدمات تخصصی یا اجتماعات در آتنس، جورجیا، تماس بگیرید.

[illegible]

**2025** **ה'תשפ"ה**

P.O. Box 11063  
Orange, CA 92856-8163

CalOptima Health, A Public Agency

