

2025



کتابچه راهنمای اعضا

CalOptima Health OneCare Flex Plus (H5433-003)

(HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan



H5433-003_25MM001TF_C

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), کتابچه راهنمای اعضا a Medicare Medi-Cal Plan

1 ژانویه 2025 - 31 دسامبر 2025

پوشش درمانی و دارویی ما تحت CalOptima Health OneCare Flex Plus

معرفی کتابچه راهنمای اعضا

این کتابچه راهنمای اعضا، که به عنوان شواهد پوشش (the Evidence of Coverage) شناخته می شود، در مورد پوشش شما با طرح بیمه ما تا 31 دسامبر 2025 به شما توضیحاتی ارائه می کند. این کتابچه خدمات مراقبت های بهداشتی، سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد)، پوشش داروهای تجویزی، و خدمات و حمایت های طولانی مدت را توضیح می دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل 12 کتاب راهنمای اعضا شما آمده است.

این یک سند حقوقی مهم است. آن را در یک مکان امن نگهداری کنید.

وقتی این کتابچه راهنمای اعضا می گوید «ما»، «مربوط به ما»، یا «برنامه ما»، همه اینها به معنای CalOptima Health OneCare Flex Plus است.

این سند به صورت رایگان به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره ای، چینی و عربی در دسترس است. شما می توانید این سند را به صورت رایگان در قالب های دیگر، مانند چاپ بزرگ، خط بریل و/یا صوتی با تماس با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته دریافت کنید. این تماس رایگان است.

همچنین می توانید برای دریافت مطالب به زبان های دیگر/یا فرم های جایگزین درخواست دائمی کنید:

- زبانهای آستانه ای اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره ای، عربی یا چینی میباشند.
- فرم های جایگزین شامل چاپ درشت، خط بریل یا صوتی هستند.
- ما درخواست دائمی شما را در سیستم خود حفظ میکنیم و برای ارسال اطلاعات و مکاتبات در آینده استفاده شود.
- برای لغو یا ایجاد تغییر در درخواست دائمی خود، لطفاً با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

OMB تأیید شده 0938-1444 (انقضا: ژوئن 30، 2026)

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



اطلاعیہ 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 بريل 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: Չանգահարեք **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 ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ 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 ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນຸ່ມແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ 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 hluc 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)**. ਅਪਾਹਜ 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 serbisyonang 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.

زبان های دیگر

شما می توانید این کتابچه راهنمای اعضا و سایر مطالب مربوط به طرح بیمه را به زبان های دیگر بدون هیچ هزینه ای برای خود دریافت کنید. CalOptima Health OneCare Flex Plus ترجمه های کتبی توسط مترجمان واجد شرایط را به شما ارائه می دهد. با شماره خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات کمک زبانی مراقبت های بهداشتی مانند خدمات مترجم و ترجمه، به کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

فرمت های دیگر

شما می توانید این اطلاعات را در قالب های دیگر مانند بریل، چاپ بزرگ حروف با فونت سایز 20، صوتی و فرمت های الکترونیکی در دسترس دیگر بدون هیچ هزینه ای برای خود دریافت کنید. با شماره خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید. تماس رایگان است.

خدمات مترجم

CalOptima Health OneCare Flex Plus خدمات ترجمه شفاهی از جمله زبان اشاره توسط یک مترجم واجد شرایط را به صورت 24 ساعته و بدون هیچ هزینه ای برای شما ارائه می دهد. شما مجبور نیستید از یکی از اعضای خانواده یا دوست به عنوان مترجم استفاده کنید. ما استفاده از خردسالان را به عنوان مترجم منع می کنیم، مگر اینکه در شرایط اضطراری باشد. خدمات مترجم، زبانی و فرهنگی به صورت رایگان در دسترس است. دریافت کمک به صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته در دسترس است. برای دریافت کمک به زبان خود یا دریافت این کتابچه راهنمای اعضا به زبانی دیگر، با شماره خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید. تماس رایگان است.



فهرست مطالب

فصل 1: شروع به عنوان عضو برنامه	11
فصل 2: شماره تلفنها و منابع مهم	21
فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش	42
فصل 4: نمودار مزایا	64
فصل 5: داروهای درمان سرپایی خود را دریافت کنید	136
فصل 6: چه مبلغی را برای داروهای Medicare و Medi-Cal خود پرداخت میکنید	153
فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورت حسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده اید	164
فصل 8: حقوق و مسئولیتهای شما	171
فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت چه باید کرد)	189
فصل 10: پایان عضویت شما در طرح ما	230
فصل 11: اعلامیه های قانونی	239
فصل 12: تعریف واژه های مهم	242



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

اعلامیه سلب مسئولیت

- ❖ CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan یک سازمان Medicare Advantage با قرارداد Medicare است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. برنامه CalOptima Health OneCare قوانین حقوق مدنی دولت، هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت قائل نمیشود. شما میتوانید با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، از طریق شماره رایگان **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. به وبسایت ما در www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.
- ❖ مزایای مواد غذایی CalOptima Health OneCare به نام Flex Plus بخشی از یک برنامه مکمل ویژه برای افراد با بیماریهای مزمن است. همه اعضا واجد شرایط این مزیت نیستند. برای استفاده از مزایای خواربار، اعضای CalOptima Health OneCare Flex Plus باید همزمان یک یا چند بیماری مزمن و شرایط پیچیده پزشکی داشته باشند که زندگی آنها را تهدید می کند یا به طور قابل توجهی سلامت کلی یا عملکرد عضو را محدود می نمایند. بیماریهایی که واجد شرایط این خدمات می شوند شامل اختلالات قلبی عروقی، دیابت شیرین یا وابسته با انسولین، نارسایی مزمن قلبی، بیماری مزمن ریوی، یا بیماری کلیوی مرحله نهایی است، اما محدود به این موارد نمی شود. حتی اگر عضو یک بیماری مزمن داشته باشد، عضو لزوماً مزایای خواربار را دریافت نخواهد کرد. دریافت مزایای خواربار به این بستگی دارد که عضو در معرض خطر بالای بستری شدن در بیمارستان یا سایر پیامدهای نامطلوب سلامتی و نیاز به هماهنگی مراقبت های ویژه باشد.
- ❖ پوشش ارائه شده توسط CalOptima Health OneCare Flex Plus پوشش بهداشتی واجد شرایطی است که به عنوان "حداقل پوشش ضروری" نامیده می شود. این الزامات مسئولیت مشترک فردی قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (ACA) را برآورده می کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد الزامات مسئولیت مشترک فردی، از وب سایت خدمات درآمد مالیاتی داخلی (Internal Revenue Service, IRS) به نشانی www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families دیدن کنید.

اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



فصل 1: شروع به عنوان یک عضو

معرفی

این فصل شامل اطلاعاتی در مورد CalOptima Health OneCare Flex Plus است، یک طرح بهداشتی که همه خدمات Medicare شما را پوشش می دهد و همه خدمات Medicare و Medi-Cal شما و عضویت شما در آن را هماهنگ می کند. همچنین به شما می گوید که چه انتظاری داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا شما آمده است.



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 1: شروع کار به عنوان عضو برنامه

فهرست مطالب

A. به طرح ما خوش آمدید	13
B. اطلاعات درباره Medicare و Medi-Cal	13
B1. Medicare	13
B2. Medi-Cal	13
C. مزایای طرح ما	14
D. محدوده خدماتی طرح ما	14
E. چه چیزی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می کند	15
F. در ابتدای عضویت در یک برنامه خدمات درمانی چه انتظاری باید داشته باشید	15
G. تیم مراقبت و طرح مراقبتی شما	16
G1. تیم مراقبت	16
G2. طرح مراقبتی	16
H. هزینه های ماهانه شما برای CalOptima Health OneCare Flex Plus	17
H1. مبلغ پرداختی Medicare برای داروهای نسخه ای	17
I. کتابچه راهنمای اعضا شما	17
J. اطلاعات مهم دیگر که از ما دریافت می کنید	17
J1. کارت عضویت طرح شما	17
J2. فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها	19
J3. فهرست داروهای تحت پوشش	20
J4. شرح مزایا	20
K. به روز نگه داشتن سوابق عضویت تان	20
K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)	21

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که برای هر دو برنامه واجد شرایط هستند ارائه می‌کند. طرح ما شامل پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت رفتاری و ارائه‌کنندگان دیگر است. همچنین برای کمک به شما جهت مدیریت ارائه‌کنندگان و خدمات‌تان، افرادی به‌عنوان هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت شخصی و نیز تیم‌های خدمات مراقبتی در اختیار داریم. این اشخاص با همکاری یکدیگر مراقبت مورد نیاز شما را ارائه می‌کنند.

به عنوان یک عضو CalOptima Health OneCare Flex Plus، به یکی از بزرگترین شبکه‌های ارائه دهنده در Orange County دسترسی دارید. این به این معنی است که شما به بیمارستانها، پزشکان و متخصصین بیشتری دسترسی خواهید داشت. CalOptima Health OneCare Flex Plus مزایای Medicare و Medi-Cal شما را از طریق یک طرح واحد هماهنگ می‌کند.

B. اطلاعات درباره Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر می باشد:

- افراد 65 ساله یا مسن تر،
- برخی افراد زیر 65 سال که معلولیت ها و ناتوانی های خاصی دارند، و
- افرادی که مبتلا به مرحله نهایی بیماری کلیه (نارسائی کلیوی) میباش.

B2. Medi-Cal

برنامه Medicaid کالیفرنیا Medi-Cal نام دارد. Medi-Cal از سوی ایالت اجرا می‌شود و حمایت مالی آن بر عهده دولت ایالتی و فدرال است. Medi-Cal به افراد دارای درآمد و منابع پایین کمک می‌کند هزینه‌های خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (Long-Term Services and Supports, LTSS) و هزینه‌های درمانی را پرداخت کنند این خدمات اضافی و داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند را پوشش می‌دهد.

هر ایالت تصمیم می‌گیرد:

- چه چیزی به عنوان در آمد و دارائی محسوب میشود.
- چه کسی واجد شرایط است،
- کدام خدمات پوشش داده می‌شوند، و
- هزینه خدمات

تا زمانی که قوانین فدرال رعایت شوند، هر ایالتی میتواند تصمیم بگیرد که چگونه برنامه های خود را اداره کند. Medicare و ایالت کالیفرنیا طرح ما را تایید کرده‌اند. شما می‌توانید خدمات Medicare و Medi-Cal را از طریق طرح ما دریافت کنید، تا زمانی که:

- ما تصمیم به ارائه برنامه گرفته باشیم، و
- Medicare و ایالت کالیفرنیا به ما اجازه دهند ارائه این طرح را ادامه دهیم.

حتی اگر طرح ما در آینده فعالیت خود را متوقف کند، واجد شرایط بودن شما برای خدمات Medicare و Medi-Cal تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد.

C. مزایای طرح ما

شما اکنون همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal، از جمله داروهای تجویزی را از طرح ما دریافت خواهید کرد. برای پیوستن به این برنامه درمانی، هزینه اضافی پرداخت نمی‌کنید. ما کمک می‌کنیم مزایای Medicare و Medi-Cal با هم برای شما مؤثرتر عمل کنند. بعضی از مزیت‌های آن به شرح زیر است:

- شما می‌توانید برای اکثر نیازهای مراقبت‌های بهداشتی خود با ما همکاری کنید.
- شما یک تیم مراقبتی خواهید داشت که خودتان در تشکیل آن سهم خواهید داشت. تیم مراقبت شما شامل خود شما، مراقب شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران، یا سایر متخصصان سلامت است.
- شما به یک هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی شخصی دسترسی خواهید داشت. او شخصی است که با شما، با طرح ما، و با تیم مراقبت شما همکاری می‌کند تا به ایجاد یک برنامه درمانی کمک کند.
- شما می‌توانید با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت شخصی خود، روند مراقبت‌های خود را هدایت کنید.
- تیم مراقبت شما و هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت‌های شخصی با شما همکاری می‌کنند تا یک طرح مراقبتی ایجاد کنند که مختص برآورده کردن نیازهای خاص شما در حیطه سلامت است. گروه مراقبتی در زمینه هماهنگ کردن خدمات مورد نیاز شما کمک خواهد کرد. برای مثال، این یعنی تیم مراقبت شما اطمینان حاصل می‌کند که:
 - پزشکان شما از تمام داروهایی که مصرف می‌کنید آگاه باشند تا از مصرف داروهای صحیح اطمینان حاصل کرده، و همچنین پزشکان شما بتوانند عوارض جانبی ناشی از داروها را کاهش دهند.
 - نتایج آزمایشات شما در صورت لزوم در اختیار تمام پزشکان و ارائه‌کنندگان دیگر قرار داده شود.

اعضای جدید CalOptima Health OneCare Flex Plus: در بیشتر موارد، در اولین روز از ماه پس از درخواست ثبت‌نام در CalOptima Health OneCare Flex Plus، برای مزایای Medicare خود در OneCare Flex Plus فعال خواهید شد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را به مدت یک ماه دیگر از برنامه درمانی قبلی Medi-Cal دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق CalOptima Health OneCare Flex Plus دریافت خواهید کرد. هیچگونه وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal به وجود نمی‌آید. اگر پرسشی دارید، لطفاً با ما به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید.

D. محدوده خدماتی طرح ما

محدوده خدماتی ما شامل Orange County در ایالت کالیفرنیا می‌شود. فقط کسانی که در محدوده خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو طرح ما شوند. اگر به خارج از محدوده خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. برای اطلاعات بیشتر درباره اثرات نقل مکان به خارج از محدوده خدماتی ما، به فصل 8 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

E. چه چیزی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می کند

شما تا زمانی برای طرح ما واجد شرایط هستید که:

- در محدوده خدماتی ما زندگی کنید (افراد زندانی به عنوان ساکن آن محدوده خدماتی به شمار نمی روند، حتی اگر به صورت فیزیکی در آن حضور داشته باشند)، و
 - در زمان عضویت 21 سال یا بیشتر سن داشته باشید، و
 - هر دو طرح Medicare Part A و Medicare Part B را داشته باشید، و
 - اگر شهروند (سیتیزن) ایالات متحد آمریکا باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده اقامت داشته باشید، و
 - در حال حاضر واجد شرایط Medi-Cal باشید.
- اگر صلاحیت واجد شرایط بودن Medi-Cal را از دست بدهید ولی احتمال معقول وجود داشته باشد که ظرف شش (6) ماه آن را دوباره به دست آورید، در این صورت همچنان برای عضویت در طرح ما واجد شرایط هستید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید.

F. در ابتدای عضویت در یک برنامه خدمات درمانی چه انتظاری باید داشته باشید

هنگامی که برای نخستین بار به طرح ما می پیوندید، ظرف 90 روز پیش از تاریخ آغاز اعتبار عضویت در طرح ما، یک ارزیابی ریسک سلامت (Health Risk Assessment, HRA) برای شما انجام می شود.

ما موظف هستیم یک HRA را برای شما انجام دهیم. این HRA اساس ایجاد طرح مراقبتی شما است. HRA شامل سؤالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی، سلامت رفتاری و عملکردی شماست.

برای تکمیل HRA با شما تماس خواهیم گرفت. HRA را می توان در یک ملاقات حضوری، از طریق تلفن و یا پست تکمیل کرد.

ما اطلاعات بیشتری درباره HRA به شما خواهیم فرستاد.

اگر طرح ما برایتان جدید است، می توانید برای مدت زمان معینی از پزشکان فعلی خودتان، حتی اگر در شبکه نیستند استفاده کنید. ما این را تداوم یا استمرار خدمات مراقبتی می نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، می توانید ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را در زمان ثبت نام تا 12 ماه در صورت رعایت همه شرایط زیر حفظ کنید:

- شما، نماینده یا ارائه کننده تان از ما بخواهند به استفاده از ارائه کننده فعلی ادامه دهید.
- ما تأیید کنیم که شما در حال حاضر ارتباطی جاری با ارائه کننده مراقبت اولیه یا تخصصی دارید، که استثنائاتی را شامل می شود. زمانی که سخن از «ارتباط جاری» به میان می آید، این یعنی شما به ارائه کننده خارج از شبکه حداقل برای یکبار برای ویزیت غیروارزانی در طی 12 ماه قبل از تاریخ ثبت نام اولیه طرح ما مراجعه کرده اید.
- ما با بررسی اطلاعات بهداشتی موجود یا اطلاعاتی که به ما می دهید، یک رابطه جاری را تعیین می کنیم.
- پاسخ به درخواست شما تا 30 روز طول می کشد. می توانید از ما درخواست کنید تا سریع تر تصمیم بگیریم و ما باید تا 15 روز پاسخ دهیم. می توانید این درخواست را با تماس با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** ارسال کنید. اگر سلامت شما در خطر قرار داشته باشد، ما باید ظرف 3 روز پاسخ دهیم.

- شما یا ارائه‌کننده‌تان باید مدرکی از ارتباط موجود نشان دهید و با شرایطی معین هنگام درخواست توافق کنید.

توجه: شما می‌توانید این درخواست را برای خدمات تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME)، حداقل به مدت 90 روز تا زمانی که اجازه کرایه جدید را صادر کنیم و ارائه دهنده شبکه کرایه را تحویل دهد، ارائه دهید. اگرچه شما نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه دهندگان حمل و نقل یا سایر ارائه دهندگان جانبی ارائه دهید، می‌توانید خدمات حمل و نقل یا سایر خدمات جانبی را که در طرح ما گنجانده نشده است، درخواست کنید.

پس از خاتمه دوره استمرار مراقبت، لازم است شما از پزشکان یا سایر ارائه‌کنندگان شبکه CalOptima Health OneCare Flex Plus که وابسته به شبکه درمانی ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما هستند استفاده کنید، مگر اینکه موافقتی را با پزشک خارج از شبکه شما اتخاذ کرده باشیم. یک ارائه‌کننده عضو شبکه ارائه‌کننده ای است که با برنامه خدمات بهداشتی و درمانی همکاری دارد. شبکه درمانی گروهی از پزشکان و بیمارستان‌هایی است که با CalOptima Health OneCare Flex Plus قرارداد دارند تا خدمات تحت پوشش را برای اعضای ما فراهم کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت، به **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G. تیم مراقبت و طرح مراقبتی شما

G1. تیم مراقبت

یک تیم مراقبت می‌تواند به شما کمک کند مراقبت مورد نیازتان را به‌صورت مستمر دریافت کنید. یک تیم مراقبت شامل پزشک شما، هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی، یا یک شخص دیگر در حیطه سلامت است که خودتان انتخاب می‌کنید. هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی کسی است که کمک می‌کند شما مراقبت مورد نیازتان را مدیریت کنید. هنگامی که در طرح ما نام‌نویسی می‌کنید، یک هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی به شما اختصاص می‌یابد. این شخص همچنین شما را به سایر منابع محلی که طرح ما نمی‌تواند ارائه کند معرفی می‌کند و با تیم مراقبت شما همکاری می‌کند تا به هماهنگ کردن خدمات مراقبتی‌تان کمک کند. برای اطلاعات بیشتر درباره هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی و تیم مراقبت‌تان، با شماره‌های ذکر شده در پایین صفحه با ما تماس بگیرید.

G2. طرح مراقبتی

تیم مراقبت شما در تهیه یک طرح مراقبتی با شما همکاری می‌کند. در طرح مراقبتی، خدمات مورد نیاز شما و چگونگی دریافت آنها شرح داده می‌شود. این شامل خدمات پزشکی، سلامت رفتاری و LTSS یا سایر خدمات می‌شود. طرح مراقبتی شما شامل موارد زیر است:

- یک برنامه مدون مراقبتی که پس از ارزیابی نیازهای مراقبت‌های اجتماعی و درمانی شما ایجاد شده است که نشان می‌دهد چه خدماتی برای رسیدن و حفظ بهتر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود دریافت خواهید کرد.
- اهداف شما در حیطه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شما، و
- یک جدول زمانی برای دریافت خدمات مورد نیازتان.

پس از ارزیابی ریسک سلامت شما (HRA)، تیم مراقبت با شما دیدار می‌کند. آنها درباره خدماتی که به آنها نیاز دارید با شما صحبت خواهند کرد. آنها همچنین درباره خدماتی که ممکن است به دریافت آنها فکر کنید توضیح می‌دهند. طرح مراقبتی شما بر پایه نیازها و اهداف شما است. تیم مراقبت با شما همکاری می‌کند تا طرح مراقبتی‌تان را حداقل یکبار در سال به‌روز کند.

H. هزینه های ماهانه شما برای CalOptima Health OneCare Flex Plus

طرح ما حق بیمه ماهانه ندارد.

H1. مبلغ پرداختی Medicare برای داروهای نسخه ای

اگر در طرح پرداخت داروهای نسخه ای Medicare Prescription Payment Plan شرکت می کنید، از طرح بیمه خود (به جای پرداخت به داروخانه) برای داروهای تجویزی خود صورتحساب دریافت خواهید کرد. صورت حساب ماهانه شما بر اساس آنچه برای نسخه هایی که دریافت می کنید، به اضافه موجودی ماه قبل، تقسیم بر تعداد ماه های باقی مانده در سال است.

فصل 2 بیشتر در مورد طرح پرداخت داروهای نسخه ای Medicare توضیح می دهد. اگر با مبلغ صورت حساب به عنوان بخشی از این گزینه پرداخت مخالف هستید، می توانید مراحل **فصل 9** را برای شکایت یا درخواست تجدیدنظر دنبال کنید.

I. کتابچه راهنمای اعضا شما

کتابچه راهنمای اعضا، بخشی از قرارداد ما با شماست. این یعنی ما موظفیم همه قوانین مندرج در این سند را رعایت کنیم. اگر فکر می کنید ما کاری انجام داده ایم که برخلاف این قوانین است، می توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست های تجدیدنظر، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

با تماس با خدمات مشتریان به شماره های مندرج در پایین صفحه، می توانید یک کتابچه راهنمای اعضا درخواست کنید. همچنین می توانید در وبسایت ما به نشانی مندرج در پایین صفحه مراجعه کنید و کتابچه راهنمای اعضا را دانلود کنید. قرارداد بین 1 ژانویه 2025 تا 31 دسامبر 2025، طی ماه هایی که در طرح ما عضویت دارید معتبر است.

J. اطلاعات مهم دیگر که از ما دریافت می کنید

اطلاعات مهم دیگر که به شما ارائه می کنیم عبارتند از کارت عضویت (Member ID Card) شما، اطلاعات مربوط به دسترسی به فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها، و اطلاعات مربوط به دسترسی به فهرست داروهای تحت پوشش که به نام فرمول دارویی نیز شناخته می شود.

J1. کارت عضویت طرح شما

طبق طرح ما، شما یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود، از جمله LTSS، برخی خدمات سلامت رفتاری و داروهای نسخه ای دریافت می کنید. در زمان دریافت هریک از خدمات یا تهیه داروهای نسخه ای باید این کارت را ارائه کنید. اینجا نمونه ای از کارت عضویت را ملاحظه می کنید:

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 1: شروع کار به عنوان عضو برنامه

 OneCare CalOptima Health	MedicareRx Prescription Drug Coverage
CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan CalOptima Health, A Public Agency	
Member Name: <Cardholder Name> Member ID: <Cardholder ID#> Personal Care Coordinator Phone: <CC Phone> Health Network: <HN Name> Health Network Phone: <HN Phone> PCP Group/Name: <PCP Name> PCP Phone: <PCP Phone> H5433-003	RxBIN: 015574 RxPCN: ASPRODI RxGroup: CAT07
نمونه	
If you have a life-threatening emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. Contact your health network to find out how to access your health network's urgent care services.	
Customer Service: 1-877-412-2734 Behavioral Health: 1-855-877-3885 24-Hour Nurse Advice: 1-844-447-8441 Transportation: 1-866-613-1256 Vision Services: 1-855-844-9008 Website: www.caloptima.org/OneCare	TTY: 711 TTY: 711 TTY: 1-844-514-3774 TTY: 711 TTY: 1-800-428-4833
Send Claims to: Medical: OneCare PO Box 11065 Orange, CA 92856	Pharmacy: MedImpact Healthcare System PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108

اگر کارت عضویت‌تان آسیب دید، گم شد یا دزدیده شد، فوراً با خدمات مشتریان به شماره پایین صفحه تماس بگیرید. ما یک کارت جدید برای شما خواهیم فرستاد.

تا زمانی که عضو طرح ما هستید، برای دریافت بیشتر خدمات نیازی به استفاده از کارت قرمز، سفید و آبی Medicare یا کارت Medi-Cal خود ندارید. آن کارت‌ها را در مکانی مطمئن نگهداری کنید تا در صورت لزوم در آینده بتوانید به آنها دسترسی داشته باشید. اگر به جای کارت عضویت‌تان، کارت Medicare را نشان دهید، ارائه‌کننده ممکن است صورتحساب را به جای طرح ما برای Medicare صادر کند و ممکن است صورتحسابی دریافت کنید. برای اطلاع از اقدامی که در صورت دریافت صورتحساب از یک ارائه‌کننده باید انجام دهید، به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

به یاد داشته باشید که برای دسترسی به خدمات زیر، باید کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایا (Benefits Identification Card, BIC) داشته باشید:

• خدمات دندانپزشکی Medi-Cal Dental

- خدمات دندانپزشکی Medi-Cal (از طریق برنامه Medi-Cal Dental) برخی از خدمات دندانپزشکی را پوشش می‌دهد.
- اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات دندانپزشکی بیشتر بدانید، با برنامه دندانپزشکی Medi-Cal به شماره 1-800-322-6384 (کاربران TTY 1-800-735-2922 یا 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، از دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. همچنین می‌توانید از وب سایت برنامه دندانپزشکی Medi-Cal به نشانی <https://www.dental.dhcs.ca.gov> یا <https://smilecalifornia.org/> دیدن کنید.

• خدمات بهداشت رفتاری

- خدمات غیرتخصصی سلامت روان (NSMHS) تحت پوشش CalOptima Health و خدمات تخصصی سلامت روان (SMHS) تحت پوشش برنامه بهداشت روانی آژانس مراقبت‌های بهداشتی اورنج کانتی (OCHCA) قرار دارند.
- اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید در مورد خدمات بهداشت رفتاری بیشتر بدانید، با خط سلامت رفتاری CalOptima Health به شماره 1-855-877-3885 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



• خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)

- اگر سؤالی دارید یا می خواهید درباره خدمات حمایتی در خانه (IHSS) بیشتر بدانید، با آژانس خدمات اجتماعی اورنج کانتی به شماره 1-714-825-3000 یا 1-800-281-9799 (TTY 1-800-735-2929) تماس بگیرید.

2. فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها

در فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها، ارائه کنندگان و داروخانه های عضو شبکه طرح ما ذکر شده اند. شما تا زمانی که عضو طرح ما هستید باید برای دریافت خدمات تحت پوشش به ارائه کنندگان عضو شبکه مراجعه کنید. شما می توانید با تماس با خدمات مشتری در شماره های پایین صفحه، یک فهرست ارائه دهنده و داروخانه (به صورت الکترونیکی یا به صورت کتبی) درخواست کنید. درخواست های نسخه کتبی فهرست های ارائه دهنده و داروخانه ظرف سه روز کاری برای شما پست می شود. همچنین می توانید از طریق آدرس اینترنتی مندرج در پایین صفحه، به فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها مراجعه کنید. فهرست ارائه دهنده و داروخانه فهرستی از تمام شبکه های بهداشتی، PCP، متخصصان، کلینیک ها، بیمارستان ها و داروخانه های قرارداد شده با CalOptima Health OneCare Flex Plus را در اختیار شما قرار می دهد.

تعریف ارائه کنندگان شبکه

- ارائه کنندگان شبکه ما عبارتند از:
 - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت سلامت که می توانید به عنوان عضو طرح ما از آنها استفاده کنید;
 - بیمارستان ها، مراکز پرستاری و سایر مکان هایی است که در برنامه ما به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می پردازند؛ و،
 - خدمات و پشتیبانی های بلندمدت (LTSS)، خدمات سلامت رفتاری، آژانس های درمان خانگی، تأمین کنندگان تجهیزات پزشکی با دوام و سایر مراجعی که کالا یا خدمات ارائه شده از سوی Medicare یا Medi-Cal را تأمین می نمایند نیز جزو آنها می باشند.
- ارائه کنندگان شبکه موافقت می کنند که پرداخت های خدمات تحت پوشش را به صورت پرداخت کامل از طرح ما بپذیرند.

تعریف داروخانه های شبکه

- داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند که با تأمین داروهای تجویزی برای اعضای طرح ما موافقت می کنند. برای یافتن داروخانه شبکه موردنظر، از فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها استفاده کنید.
 - به غیر از موارد اضطراری، اگر می خواهید برنامه درمانی ما هزینه داروها را پرداخت کند شما باید نسخه های خود را از یکی از داروخانه های شبکه ما تهیه کنید.
- برای اطلاعات بیشتر با شماره های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. هم خدمات مشتری و هم وب سایت ما می توانند به روزترین اطلاعات را در مورد تغییرات در داروخانه ها و ارائه دهندگان شبکه ما به شما ارائه دهند.

J. فهرست داروهای تحت پوشش

طرح دارای یک فهرست داروهای تحت پوشش است. به اختصار آنرا "فهرست داروها" می نامیم. این فهرست به شما اطلاع می دهد که کدام داروهای تجویزی تحت پوشش برنامه درمانی ما پوشش هستند. فهرست داروها همچنین وجود هرگونه مقررات یا محدودیت برای داروها، مانند محدود بودن مقداری که می توانید دریافت کنید را نشان می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. ما هر سال اطلاعات نحوه دسترسی به فهرست داروها را به شما می فرستیم، ولی بعضی تغییرات ممکن است در طول سال رخ دهند. برای دریافت به روزترین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش، با خدمات مشتری تماس بگیرید یا از وب سایت ما در آدرس پایین صفحه بازدید کنید.

J. شرح مزایا

هرگاه از مزایای داروهای نسخه ای بخش D خود استفاده کنید، یک گزارش خلاصه برای شما خواهیم فرستاد تا از پرداخت های مربوط به داروهای نسخه ای بخش D خود آگاه شده و سابقه آنها را نگهداری کنید. این خلاصه را شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOB) می نامند. در شرح مزایا (EOB) کل مبلغی که شما، یا دیگران از طرف شما برای داروهای نسخه ای بخش D خود پرداخته اید و کل مبلغی که در طول ماه برای هریک از داروهای نسخه ای بخش D شما پرداخته ایم مشخص می باشد. این یک صورت حساب نیست. EOB حاوی اطلاعات بیشتر در مورد داروهایی است که مصرف می کنید. فصل 6 در کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری را درباره EOB و چگونگی کمک آن در پیگیری پوشش دارویی خود ارائه می کند. همچنین می توانید برای دریافت EOB نیز درخواست دهید. برای دریافت نسخه ای از آن، با خدمات مشتریان به شماره های پایین صفحه تماس بگیرید.

K. به روز نگه داشتن سوابق عضویتان

شما می توانید با اعلام هرگونه تغییر در اطلاعات و مشخصات خود، سوابق عضویت خود را به روز نگاه دارید. ما این اطلاعات را لازم داریم تا از صحت اطلاعاتی که از شما در سیستممان داریم مطمئن باشیم. شبکه ارائه کنندگان و داروخانه های ما نیز به اطلاعات درست درباره شما نیاز دارند. آنها از اطلاعات عضویت شما استفاده می کنند تا بدانند چه خدمات و داروهایی را دریافت می کنید و هزینه آنها برای شما چقدر است. در موارد زیر فوراً به ما اطلاع دهید:

- تغییر در نام، نشانی، یا شماره تلفن
- تغییر در هرگونه پوشش بیمه سلامت دیگر مانند بیمه های ارائه شده از سوی کارفرمایان، کارفرمای همسران، یا کارفرمای پارتنر شما، یا جبران خسارت کارگران.
- هرگونه مطالبه بدهی، مانند مطالبات مربوط به حوادث رانندگی.
- پذیرش در یک مرکز پرستاری یا بیمارستان
- مراقبت ارائه شده از سوی یک بیمارستان یا بخش اورژانس.
- تغییر مراقبتان (یا هر کس که مسئولیت شما را برعهده دارد)، و

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- اگر در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید. (توجه: شما ملزم نیستید درباره یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که در آن شرکت می‌کنید یا عضوی از آن می‌شوید به ما توضیح دهید، ولی توصیه می‌کنیم این کار را انجام دهید.)

در صورت تغییر هرگونه اطلاعات، با شماره های پایین صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید.

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)

اطلاعات موجود در مدارک عضویت‌تان ممکن است شامل اطلاعات سلامت شخصی (Personal Health Information, PHI) باشد. ما به‌موجب قوانین ایالتی و فدرال ملزم هستیم PHI شما را محرمانه نگه داریم. ما از PHI شما محافظت می‌کنیم. برای اطلاع از جزئیات بیشتر درباره PHI خود، به فصل 8 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



فصل 2 : شماره تلفنها و منابع مهم

معرفی

در این فصل، اطلاعات تماس منابع مهمی ارائه شده است که می‌تواند به شما در پاسخ به سؤالاتی که از طرح ما و مزایای مراقبت‌های بهداشتی‌تان دارید کمک کند. همچنین می‌توانید از این فصل برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه تماس با هماهنگ کننده مراقبت‌های شخصی خود و سایرین برای حمایت و وکالت از طرف شما استفاده کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبایی در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. خدمات مشتریان	22
B. هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما	25
C. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (HICAP)	27
D. خط مشاوره با پرستار	28
E. خطوط بحران سلامت روان	29
F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)	30
G. Medicare	31
H. Medi-Cal	32
I. دفتر Ombudsman مراقبت و سلامت روانی مدیریت شده توسط Medi-Cal Managed Care	33
J. خدمات اجتماعی یا سوشیال سرویس شهرستان	34
K. آژانس خدمات سلامت رفتار شهرستان	35
L. برنامه هایی برای کمک به مردم در پرداخت هزینه داروهای تجویزی خود	36
L1. کمک اضافی	36
L2. طرح پرداخت برای داروهای نسخه ای Medicare	37
M. تامین اجتماعی یا سوشیال سکيوریتی	38
N. هیئت بازنشستگان راه آهن (RRB)	39
O. منابع دیگر	40
P. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal	41

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



A. خدمات مشتریان

تماس تلفنی	1-877-412-2734 . این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌کنیم.
TTY	711 . این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته.
فکس	1-714-246-8711
مکاتبه	CalOptima Health OneCare Flex Plus Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCarecustomerservice@caloptima.org
وبسایت	www.caloptima.org/OneCare

برای گرفتن کمک با خدمات مشتریان تماس بگیرید:

- پرسشها در مورد برنامه درمانی
- پرسشهای مربوط به مطالبه‌ها یا ارائه صورتحساب
- تصمیمات در مورد پوشش مراقبت درمانی شما
 - تصمیم در مورد پوشش مراقبت درمانی شما شامل موارد زیر است:
 - مزایای شما و خدمات تحت پوشش، یا
 - مبلغی که برای خدمات بهداشتی شما پرداخت خواهیم کرد.
 - اگر پرسش‌هایی درباره تصمیم صادره برای پوشش مراقبت‌های بهداشتی سلامت دارید، با ما تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



- درخواست تجدید نظر در مورد مراقبتهای درمانی
 - درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما جهت بررسی تصمیمی است که در مورد پوشش شما گرفته‌ایم تا اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، با این روش از ما بخواهید آن را تغییر دهیم.
 - برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- شکایات در مورد مراقبتهای درمانی خود
 - شما می‌توانید شکایتی از ما یا هر کدام از ارائه‌کنندگان (خارج شبکه یا عضو شبکه) ارائه کنید. یک ارائه‌کننده عضو شبکه، ارائه‌کننده ایست که با برنامه درمانی همکاری دارد. همچنین می‌توانید یک شکایت درباره کیفیت مراقبتی که از ما دریافت کردید، به ما یا سازمان بهبود کیفیت (به بخش F، صفحه 30). می‌توانید با ما به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید و شکایت خود را توضیح دهید.
 - اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش در مورد مراقبت‌های بهداشتی شما است، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید (به بخش بالا، در صفحه 23 مراجعه کنید).
 - شما می‌توانید شکایت مربوط به طرح بیمه ما را برای Medicare ارسال کنید. شما می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.
 - می‌توانید با شماره تلفن 1-855-501-3077 به برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds Program شکایت کنید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اقامه شکایت در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود، به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- تصمیمهای مربوط به پوشش داروهای شما
 - تصمیم در مورد پوشش داروهای شما شامل موارد زیر است
 - مزایای شما و داروهای تحت پوشش، یا
 - مبلغی که برای داروهای شما پرداخت خواهیم کرد.
 - داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند، مانند داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص، 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 مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتری Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید.
 - برای اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش در مورد داروهای تجویزی خود، به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- درخواست تجدید نظر در مورد داروهای شما
 - درخواست تجدید نظر روشی برای درخواست از ما برای ایجاد تغییرات در تصمیم پوششی می‌باشد.
 - برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدید نظر در مورد داروهای تجویزی خود، به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

- شکایات در مورد داروهایتان
 - شما می‌توانید در مورد ما یا هر داروخانه ای شکایت کنید. اینکار شامل شکایت در مورد داروهای نسخه ای شما می‌شود.
 - اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش مربوط به داروهای نسخه ای شماست، می‌توانید درخواست بررسی مجدد کنید. (به بخش بالا، در صفحه 23 مراجعه کنید).
 - شما می‌توانید شکایت مربوط به طرح بیمه ما را برای Medicare ارسال کنید. شما می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.
 - برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدید نظر در مورد داروهای تجویزی خود، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
- پرداخت هزینه مراقبت درمانی یا داروهائی که قبلاً هزینه آنها پرداخت کرده اید
 - برای کسب اطلاعات در مورد نحوه بازپرداخت به شما، یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده اید، به **فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
 - اگر برای پرداخت صورتحساب درخواست کنید و ما با هر بخشی از درخواست شما موافقت نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 2: شماره‌های تلفن و منابع مهم

B. هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما

هماهنگ کننده مراقبت شخصی CalOptima Health OneCare Flex Plus یکی از افراد اصلی است که باید با او در تماس باشید. این شخص در مدیریت تمام ارائه‌ندگان و خدمات به شما کمک میکند تا اطمینان حاصل می‌کند که آنچه لازم دارید را دریافت میکنید.

تماس تلفنی	1-877-412-2734 . این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌کنیم.
TTY	711 . این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنیداری یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته.
فکس	1-714-246-8711
مکاتبه	CalOptima Health OneCare Flex Plus Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCarecustomerservice@caloptima.org
وبسایت	www.caloptima.org/OneCare

با هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود تماس بگیرید تا در موارد زیر کمک بگیرید:

- پرسش در مورد مراقبت درمانی خود
- پرسش در مورد دریافت خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد)
- سوالاتی در مورد مزایای دندانپزشکی
- سوالات در مورد حمل و نقل به قرار ملاقات پزشکی
- سوالات در مورد خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS)، که شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS) و مراکز پرستاری (NF) می‌شوند
- سوالاتی در مورد حمایت‌های جامعه

اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS)
- مراکز پرستاری تخصصی
- فیزیوتراپی
- کار درمانی
- گفتار درمانی
- خدمات اجتماعی پزشکی
- مراقبت سلامتی در منزل
- خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS) از طریق آژانس خدمات اجتماعی کانتی شما
- گاهی اوقات می‌توانید برای مراقبت‌های بهداشتی و نیازهای زندگی روزانه خود کمک دریافت کنید.
- حمایت‌های اجتماعی
- برنامه خدمات سالمندان چند منظوره



C. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (HICAP)

برنامه کمک بیمه سلامت دولتی (SHIP) به افراد دارای Medicare مشاوره رایگان بیمه درمانی می‌دهد. در کالیفرنیا برنامه (SHIP) به نام برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) شناخته می‌شود. مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا بفهمید برای رسیدگی به مشکل خود چه کاری باید انجام دهید. HICAP مشاورین کارآموزده ای را در هر کانتی در استخدام دارد و این خدمات رایگان می‌باشند. HICAP با هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی‌باشد.

تماس تلفنی	1-800-434-0222 یا 1-714-560-0424 دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 4 بعد از ظهر.
TTY	1-800-735-2929 یا 711. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنیداری یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	The Council on Aging Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614
ایمیل	help@coasc.org
وبسایت	https://www.coasc.org/programs/hicap/

برای دریافت کمک با HICAP تماس بگیرید:

- برای پرسش در مورد Medicare
- مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما در مورد تغییر به برنامه درمانی جدید پاسخ دهند و به شما در موارد زیر کمک کنند:
 - به شما در درک حقوقتان کمک کنند،
 - به شما در درک گزینه‌های برنامه درمانی کمک کنند،
 - به شما در اقامه شکایات در مورد مراقبت درمانی یا مداوای شما کمک کنند، و
 - به شما در رسیدگی و اصلاح مشکلات مربوط به صورتحساب‌ها کمک کنند

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



D. خط مشاوره با پرستار

خط مشاوره پرستاری به شما کمک میکند تا بتوانید با پرستار با مدرک رسمی (RN) به منظور دریافت کمک و پرسش در مورد نگرانیهای سلامتی تماس بگیرید. شما می‌توانید با خط تماس مشاوره پرستاری در مورد سؤالات مربوط به سلامتی یا مراقبت‌های بهداشتی خود تماس بگیرید.

تماس تلفنی	1-844-447-8441 ، این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌کنیم.
TTY	1-844-514-3774 ، این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



E. خطوط بحران سلامت روان

اگر در شرایط اضطراری که زندگی شما را تهدید می‌کند هستید، لطفاً با شماره **911** تماس بگیرید. اگر دچار بحران سلامت رفتاری هستید، با شماره زیر تماس بگیرید:

تماس تلفنی	لینک های OC 1-855-625-4657، این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌کنیم.
TTY	711 این تماس رایگان نیست. این شماره برای اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته.

برای دریافت کمک در زمینه های زیر با خط بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید:

- سوالاتی در مورد خدمات سلامت رفتاری و مشکلات سوء مصرف مواد
- اگر فکر می‌کنید در یک وضعیت بحرانی نیستید و سؤالات کلی در مورد خدمات بهداشت روان و سوء مصرف مواد دارید، با خط سلامت رفتاری CalOptima Health به شماره **1-855-877-3885 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

برای سؤالات در مورد خدمات تخصصی بهداشت روانی انتی خود، به بخش **K**، در صفحه 35 مراجعه کنید.



F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی تحت عنوان Livanta, LLC دارد. این سازمان متشکل از گروهی پزشکان و دیگر افراد حرفه ای در امور درمانی است که به ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامتی اعضاء Medicare کمک می کنند. Livanta, LLC. با طرح ما مرتبط نیست.

تماس تلفنی	1-877-588-1123
TTY	711 این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	Livanta, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
ایمیل	Communications@Livanta.com
وبسایت	https://www.livantaqio.cms.gov/en

با Livanta, LLC تماس بگیرید. برای کمک در زمینه های:

- پرسش در مورد حقوق مراقبت درمانی خود
- می توانید برای مراقبتی که دریافت کرده اید شکایت کنید اگر:
 - در مورد کیفیت مراقبت مشکلی دارید،
 - فکر می کنید که خیلی زود از بیمارستان مرخص می شوید، یا
 - فکر می کنید که مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF)، comprehensive outpatient rehabilitation facility، خیلی زود خاتمه پیدا می کند.

اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



Medicare .G

Medicare یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص 65 سال به بالا، بعضی اشخاص معلول زیر 65 سال و اشخاصی می باشد که در مرحله نهائی بیماری کلیوی هستند (نارسائی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد).

آژانس فدرال مسئول Medicare، مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) یا CMS است.

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.	تماس تلفنی
1-877-486-2048. این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوائی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.	TTY
www.medicare.gov این وب سایت رسمی Medicare است. این وبسایت اطلاعات بروز شده در مورد Medicare را به شما می دهد. همچنین اطلاعاتی در مورد بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری، پزشکان، آژانس‌های بهداشتی خانگی، امکانات دیالیز، امکانات توانبخشی بستری، و آسایشگاه‌ها دارد. این شامل وب سایت ها و شماره تلفن های مفید است. همچنین دارای اسنادی است که می توانید مستقیماً از کامپیوتر خود پرینت کنید. اگر کامپیوتر ندارید، کتابخانه محلی یا مراکز سالمندان ممکن است بتواند به شما کمک کند تا با استفاده از کامپیوتر آنها از این وب سایت بازدید کنید. یا، می توانید با شماره 1-877-486-2048 با Medicare تماس بگیرید و به آنها بگویید به دنبال چه اطلاعاتی هستید. آنها اطلاعات را در وب سایت پیدا می کنند و اطلاعات را با شما بررسی می کنند.	وبسایت

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 2: شماره‌های تلفن و منابع مهم

Medi-Cal .H

Medi-Cal نام برنامه Medicaid در کالیفرنیا است. این یک برنامه بیمه سلامت عمومی است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز را برای افراد کم درآمد، از جمله خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان، افراد دارای معلولیت، کودکان و نوجوانان زیر سرپرستی موقت، و زنان باردار ارائه می‌دهد. هزینه‌های Medi-Cal توسط بودجه دولت ایالتی و فدرال تامین می‌شود.

مزایای Medi-Cal شامل خدمات پزشکی، دندانپزشکی، سلامت رفتاری و خدمات و پشتیبانی طولانی مدت است. شما در Medicare و Medi-Cal ثبت نام کرده‌اید. اگر در مورد مزایای Medi-Cal خود سؤالی دارید، با هماهنگ کننده مراقبت‌های شخصی طرح خود تماس بگیرید. اگر در مورد ثبت نام طرح Medi-Cal سؤالی دارید، با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health تماس بگیرید.

تماس تلفنی	1-888-587-8088 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهر.
TTY	711 این شماره برای اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	CalOptima Health 505 City Parkway West Orange, CA 92868
وبسایت	www.caloptima.org

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



I. دفتر Ombudsman مراقبت و سلامت روانی مدیریت شده توسط Medi-Cal Managed Care

دفتر Ombudsman به عنوان وکیل از طرف شما کار می کند. آنها می توانند در صورت داشتن مشکل یا شکایت به سؤالات پاسخ دهند و به شما کمک کنند که بفهمید برای مدیریت مشکل خود چکار کنید. دفتر Ombudsman همچنین در مورد مشکلات خدمات یا صورتحساب به شما کمک می کند. آنها با طرح ما یا با هیچ شرکت بیمه یا طرح بهداشتی ارتباط ندارند. این خدمات رایگان هستند.

تماس تلفنی	1-888-452-8609 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر.
TTY	711 این تماس رایگان است.
مکاتبه	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وبسایت	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



ل. خدمات اجتماعی یا سوشیال سرویس شهرستان

اگر در مورد مزایای خدمات حمایتی در منزل (IHSS) خود به کمک نیاز دارید، با آژانس خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید. IHSS شامل طیف گسترده‌ای از خدمات برای رفع نیازهای فردی شما و کمک به شما برای زندگی ایمن در خانه است. برای دریافت مزایای IHSS باید الزامات صلاحیت برنامه را داشته باشید تا بتوانید واجد شرایط IHSS باشید. برخی از خدمات IHSS که ممکن است در دسترس شما باشند عبارتند از:

- نظافت منزل و کارهای سنگین نظافت، آماده سازی غذا، شستشوی لباسها، کارهای خرید و کارهای بیرون در حد معقول.
- خدمات مراقبت شخصی مانند تغذیه، استحمام، مراقبت های ویژه اجابت مزاج و دفع ادرار، لباس پوشیدن و سایر خدمات.
- کمک در رفت و آمد برای قرارهای پزشکی و خدمات مربوط به بهداشت و سلامت.
- خدمات مراقبت های پیراپزشکی.

با آژانس خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید تا برای خدمات حمایتی در خانه درخواست دهید، که به پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک می کند تا بتوانید با آرامش در خانه خود بمانید. انواع خدمات ممکن است شامل کمک در تهیه غذا، حمام کردن، لباس پوشیدن، خرید لباسشویی یا حمل و نقل باشد. برای هرگونه سوال در مورد واجد شرایط بودن Medi-Cal خود با آژانس خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید.

تماس تلفنی	1-714-825-3000 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 بعد از ظهر.
TTY	1-800-735-2929. این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	Orange County Social Services Agency 1505 East Warner Avenue Santa Ana, CA 92705
وبسایت	https://ssa.ocgov.com/elderdisabled-home-services/home-supportive-services



K. آژانس خدمات سلامت رفتار شهرستان

در صورت داشتن معیارهای دسترسی، خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal و خدمات اختلال مصرف مواد از طریق شهرستان در دسترس شما هستند.

تلفن تماس 1-800-723-8641، این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌کنیم.	تلفن تماس
711 این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته	TTY

در موارد زیر با آژانس خدمات سلامت رفتار شهرستان تماس بگیرید:

- سؤالات در مورد خدمات بهداشت رفتاری ارائه شده توسط شهرستان
- سوالاتی در مورد خدمات اختلال مصرف مواد ارائه شده توسط شهرستان
- خدمات عبارتند از:
 - خدمات بهداشت روانی تخصصی سرپایی
 - خدمات پشتیبانی دارویی
 - مداخله در شرایط بحرانی و پایدارسازی
 - معالجات روزانه فشرده
 - بازپروری روزانه
 - خدمات درمانی عرضه شده به بزرگسالان و/یا در مواقع بحران
 - خدمات مدیریت هدفمند پرونده‌ها
 - خدمات سرپایی مصرف مواد که شامل خدمات درمانی سرپایی فشرده میشود
 - خدمات درمانی
 - خدمات مسکونی دوران بارداری
 - خدمات سرپایی بدون مواد مخدر / مشاوره
 - خدمات درمان مواد مخدر افیونی و Naltrexone

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



L. برنامه هایی برای کمک به مردم در پرداخت هزینه داروهای تجویزی خود

وب سایت Medicare.gov

(www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)

هزینه های داروهای تجویزی خود ارائه می دهد. برای افراد با درآمد محدود، برنامه های دیگری نیز وجود دارد که در زیر توضیح داده شده است.

L1. کمک اضافی

از آنجایی که شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، برای پرداخت هزینه های طرح داروی تجویزی خود واجد شرایط دریافت «کمک اضافی» از Medicare هستید. برای دریافت این «کمک اضافی» نیازی به انجام هیچ کاری توسط شما نیست.

تماس تلفنی	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.
TTY	1-877-486-2048، این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
وبسایت	www.medicare.gov

اگر فکر می کنید که هنگام دریافت نسخه خود در داروخانه، مبلغ اشتراک هزینه ای نادرست می پردازید، طرح ماروند خاصی را برای شما در نظر می گیرد که می توانید برای به دست آوردن مدارک لازم که نشانگر سطح پرداخت مشارکت صحیح شما هستند درخواست کمک کنید، یا اگر خودتان از قبل شواهدی دارید، می توانید از این طریق این شواهد را در اختیار ما قرار دهید.

- برای درخواست کمک برای دسترسی به این شواهد، یا ارائه این شواهد به ما، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید.
- هنگامی که شواهد نشانگر سطح پرداخت مشترک شما را دریافت کنیم، سیستم خود را به روز می نمایم تا هنگام دریافت نسخه بعدی، هزینه پرداخت صحیح از شما دریافت شود. اگر هزینه ای را اضافه پرداخت کنید، ما این هزینه را به شما بازپرداخت می کنیم. برای بازپرداخت یا برای شما چک ارسال می کنیم یا مبلغ را از هزینه پرداخت های مشترک بعدی کسر می کنیم. اگر داروخانه مبلغی را از شما دریافت نکرده است و پرداخت مشترک شما را به عنوان بدهی متعلق به شما مرقوم می کند، ممکن است پرداخت را مستقیماً به داروخانه انجام دهیم. اگر ایالت این بدهی را از طرف شما پرداخت کرده باشد، ممکن است پرداخت را مستقیماً به ایالت انجام دهیم. لطفاً در صورت داشتن هرگونه پرسشی با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



L2. طرح پرداخت برای داروهای نسخه ای Medicare

طرح پرداخت داروهای نسخه ای Medicare یک گزینه پرداخت جدید است که با پوشش دارویی فعلی شما کار می کند و ممکن بتواند به شما کمک کند که هزینه های داروهای خود را با توزیع آنها به صورت پرداخت های ماهانه که در طول سال (از ژانویه تا دسامبر) متفاوت است، مدیریت کنید. این گزینه پرداخت ممکن است بتواند به شما در مدیریت هزینه هایتان کمک کند، اما موجب صرفه جویی در هزینه یا کاهش هزینه های دارویی شما نمی شود. "کمک اضافی" از Medicare و کمک SPAP و ADAP شما، برای کسانی که واجد شرایط هستند، صرف نظر از سطح درآمد، از شرکت در این گزینه پرداخت سودمندتر است و طرح هایی با پوشش دارویی باید این گزینه پرداخت را ارائه دهند. با شماره تلفنی که در پایین صفحه آمده است با ما تماس بگیرید یا از [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) دیدن کنید تا ببینید که آیا این گزینه پرداخت برای شما مناسب است یا خیر.



M. تامین اجتماعی یا سوشیال سکیوریتی

سوشیال سکیوریتی واجد شرایط بودن را تعیین می کند و ثبت نام برای Medicare را انجام می دهد. شهروندان ایالات متحده و ساکنان دائمی قانونی که 65 سال و بالاتر دارند، یا دارای ناتوانی یا بیماری کلیوی مرحله پایانی (ESRD) هستند و شرایط خاصی را دارند، واجد شرایط Medicare هستند. اگر در حال حاضر چک های سوشیال سکیوریتی را دریافت می کنید، ثبت نام در Medicare به صورت خودکار انجام می شود. اگر چک سوشیال سکیوریتی دریافت نمی کنید، باید در Medicare ثبت نام کنید. برای درخواست Medicare، می توانید با سوشیال سکیوریتی تماس بگیرید یا به دفتر سوشیال سکیوریتی محلی خود مراجعه کنید.

اگر آدرس پستی خود را جابه جا می کنید یا تغییر می دهید، مهم است که با دفتر سوشیال سکیوریتی تماس بگیرید تا آنها را مطلع کنید.

1-800-772-1213 تماس با این شماره رایگان است. از 8:00 صبح تا 7:00 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه در دسترس است. شما می توانید از خدمات تلفن خودکار آنها برای دریافت اطلاعات ضبط شده و انجام برخی کارهای 24 ساعته استفاده کنید.	تماس تلفنی
1-800-325-0778 این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوائی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.	TTY
www.ssa.gov	وبسایت

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare



N. هیئت بازنشستگان راه آهن (RRB)

RRB یک آژانس مستقل فدرال است که برنامه های مزایای جامع را برای کارگران راه آهن کشور و خانواده های آنها مدیریت می کند. اگر Medicare را از طریق RRB دریافت می کنید، مهم است که در صورت جابجایی یا تغییر آدرس پستی خود به آنها اطلاع دهید. اگر در مورد مزایای خود از RRB سؤالی دارید، با آژانس تماس بگیرید.

1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. اگر "0" را فشار دهید، می توانید از ساعت 9 صبح تا 3:30 بعد از ظهر، دوشنبه، سه شنبه، پنجشنبه و جمعه و از ساعت 9 صبح تا 12 بعد از ظهر چهارشنبه با نماینده RRB صحبت کنید. اگر "1" را فشار دهید، می توانید به خط راهنمای خودکار RRB و اطلاعات ضبط شده در 24 ساعت شبانه روز، از جمله آخر هفته ها و تعطیلات، دسترسی پیدا کنید.	تماس تلفنی
1-312-751-4701 این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوائی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. تماس با این شماره رایگان است.	TTY
www.rrb.gov	وبسایت

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



0. منابع دیگر

برنامه بازرسان کل (Medicare Medi-Cal Ombuds Program)، کمک رایگان را به افرادی که می‌خواهند پوشش سلامت دریافت کنند یا آن را حفظ کنند و مشکلات خود را در زمینه برنامه‌های درمانی‌شان حل کنند ارائه می‌نماید.

اگر با این موارد مشکل دارید:

- Medi-Cal
 - Medicare
 - درباره برنامه بیمه درمانی
 - دسترسی به خدمات پزشکی
 - درخواست خدمات رد شده، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، خدمات بهداشت روان و غیره.
 - صورتحساب درمان
 - خدمات پشتیبانی در منزل (In-Home Supportive Services) IHSS
- برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds به شکایات، استیناف‌ها و جلسات رسیدگی کمک می‌کند. شماره تلفن برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal Ombuds Program 1-855-501-3077 می‌باشد.



P. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal

برخی از خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه دندانپزشکی Medical Dental در دسترس هستند. شامل اما نه محدود به خدمات زیر:

- معاینه اولیه، عکسبرداری، تمیز کردن و درمان با فلوراید
 - پر کردن و روکش دندان
 - درمان عصب کشی
 - دندان مصنوعی موضعی و کامل، تنظیمات، ترمیم و رلین و لایه گذاری
- مزایای دندانپزشکی از طریق Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) در دسترس است.

تلفن تماس	1-800-322-6384 این تماس رایگان است. نمایندگان طرح خدمات دندانپزشکی Medi-Cal Dental FFS از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر از دوشنبه تا جمعه در دسترس شما هستند.
TTY	1-800-735-2922 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
وبسایت	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

مقدمه

این فصل دارای شرایط و قوانین خاصی است که برای دریافت مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش با برنامه ما، باید از آنها مطلع باشید. همچنین درباره این موارد شما را آگاه می‌کند: هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی شما، نحوه دریافت مراقبت از انواع مختلف ارائه‌کنندگان و تحت شرایط خاص (از جمله از ارائه‌کنندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)؛ اگر برای خدمات تحت پوشش ما صورت‌حسابی مستقیماً به شما ارسال شود، چه کاری باید انجام دهید؛ و قوانین مربوط به مالکیت «تجهیزات پزشکی بادوام» (Durable Medical Equipment, DME). اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبایی در آخرین فصل کتابچه راهنمای عضو آمده است.

فهرست مطالب

- A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌کنندگان 44
- B. قوانین دریافت خدماتی که برنامه ما پوشش می‌دهد 44
- C. هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی شما 46
 - C1. هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی چیست 46
 - C2. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود 46
 - C3. نحوه تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود 46
- D. مراقبت از سوی ارائه‌کنندگان 46
 - D1. مراقبت از سوی ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP) 46
 - D2. مراقبت‌ها از سوی متخصصین و سایر ارائه‌کنندگان شبکه 49
 - D3. وقتی ارائه‌کننده‌ای از برنامه ما خارج می‌شود 49
 - D4. ارائه‌کنندگان خارج از شبکه 50
- E. خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (LTSS) 51
- F. خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال سوءمصرف مواد) 52
 - F1. خدمات بهداشت رفتاری Medi-Cal خارج از برنامه ما ارائه می‌شود 52
- G. خدمات حمل‌ونقل 54
 - G1. حمل‌ونقل پزشکی در شرایط غیراورژانسی 54
 - G2. حمل‌ونقل غیر پزشکی 55

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- H. خدمات تحت پوشش در مراقبتهای فوری، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام وضعیت بحرانی. 56
- H1. مراقبت در مراقبتهای فوری 56
- H2. مراقبتهای ضروری فوری 57
- H3. مراقبت در حین وقوع بحران 58
- I. اگر بابت خدماتی که تحت پوشش برنامه ما است صورت حساب مستقیم دریافت کنید، چه کاری باید انجام دهید. 58
- I1. اگر برنامه ما خدمات را پوشش ندهد، چه کاری باید انجام دهید. 59
- J. پوشش خدمات مراقبت بهداشتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی 59
- J1. تعریف مطالعه تحقیقاتی بالینی 59
- J2. پرداخت برای خدمات در زمانی که در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت دارید. 60
- J3. اطلاعات بیشتر در مورد مطالعات تحقیقات بالینی 60
- K. خدمات مراقبت بهداشتی شما در مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی چگونه تحت پوشش قرار می گیرد. 60
- K1. تعریف مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی 60
- K2. مراقبت از سوی مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی 61
- L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME) 61
- L1. DME به عنوان عضوی از برنامه ما 61
- L2. مالکیت DME در صورتی که بیمه خود را به Original Medicare تغییر دهید. 62
- L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضوی از برنامه ما 62
- L4. تجهیزات اکسیژن در صورتی که بیمه خود را به Original Medicare یا طرح Medicare Advantage (MA) دیگری تغییر دهید. 63

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌کنندگان

خدمات عبارت‌اند از مراقبت بهداشتی خدمات و حمایت‌های بلندمدت (Long-Term Services and Supports, LTSS)، لوازم، خدمات بهداشت رفتاری، داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه، تجهیزات و خدمات دیگر. خدمات تحت پوشش هر یک از این خدماتی است که برنامه ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند. مراقبت‌های بهداشتی تحت پوشش، خدمات سلامت رفتاری و LTSS تحت پوشش در فصل 4 از کتابچه راهنمای اعضا ذکر شده‌اند. خدمات زیر پوشش شما برای داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه تحت پوشش در فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا ذکر شده‌اند.

ارائه‌کننده کان به پزشکان، پرستاران و سایر افرادی اطلاق می‌شود که به شما خدمات و مراقبت ارائه می‌کنند. ارائه‌کنندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های بهداشت خانگی، درمانگاه‌ها و مکان‌های دیگری است که خدمات مراقبت بهداشتی، خدمات بهداشت رفتاری، تجهیزات پزشکی و LTSS را به شما ارائه می‌دهند. ارائه‌کنندگان شبکه ارائه‌کنندگانی هستند که با برنامه ما همکاری می‌کنند. این ارائه‌کنندگان موافقت می‌کنند که پرداخت ما را به‌عنوان پرداخت کامل بپذیرند. ارائه‌کنندگان شبکه بابت مراقبتی که به شما ارائه می‌دهند، به ما مستقیماً صورت حساب می‌دهند. در هنگام استفاده از ارائه‌کننده شبکه، معمولاً هزینه‌ای بابت خدمات تحت پوشش نمی‌پردازید.

B. قوانین دریافت خدماتی که برنامه ما پوشش می‌دهد

برنامه ما همه خدمات تحت پوشش Medicare و بیشتر خدمات Medi-Cal را پوشش می‌دهد. این امر شامل برخی خدمات بهداشت رفتاری و خدمات LTSS می‌شود.

طرح ما به طور کلی برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی، خدمات بهداشت رفتاری، و بسیاری از LTSS که با پیروی از قوانین ما دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کند. برای تحت پوشش بودن در برنامه ما:

- مراقبتی که دریافت می‌کنید باید جزو مزایای برنامه باشد. این یعنی آن را در جدول مزایا در فصل 4 از کتابچه راهنمای اعضا گنجانده باشیم.

- مراقبت باید دارای ضرورت پزشکی باشد. منظور از ضرورت پزشکی خدمات مهمی است که منطقی است و باعث محافظت از جان شخص می‌شود. مراقبت دارای ضرورت پزشکی برای جلوگیری از بیماری جدی یا ناتوانی افراد لازم است و با درمان بیماری، ناخوشی یا جراحت، درد شدید را کاهش می‌دهد.

- برای خدمات پزشکی، باید یک پزشک مراقبت‌های درمانی اولیه (PCP) عضو شبکه داشته باشید که دستور مراقبت را می‌دهد یا به شما می‌گوید که از خدمات پزشک دیگری استفاده نمایید. به عنوان یک عضو برنامه، باید یک ارائه‌کننده شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.

- در بیشتر موارد، پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شبکه یا طرح بیمه شما باید تأییدیه بدهد تا بتوانید از ارائه‌کننده‌ای که پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما نیست یا از سایر ارائه‌دهندگان در شبکه برنامه ما استفاده کنید. به این کار، معرفی نامه می‌گویند. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است نتوانیم خدمات را پوشش دهیم

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- مراقبتهای درمانی اصلی برنامه ما به شبکه‌های درمانی وابسته هستند. در هنگام انتخاب پزشک مراقبتهای درمانی اصلی، شبکه درمانی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. یعنی پزشک مراقبتهای درمانی اصلی، شما را به متخصصان و مراکز خدماتی وابسته به شبکه درمانی خودشان معرفی می‌کند. شبکه درمانی گروهی از پزشکان و بیمارستان‌هایی است که با CalOptima Health OneCare Flex Plus قرارداد دارند تا خدمات تحت پوشش را برای اعضای ما فراهم کنند.
- برای مراقبت‌های اورژانسی یا مراقبت‌های فوری مورد نیاز، برای استفاده از ارائه دهنده سلامت زنان یا برای هر یک از خدمات دیگر فهرست شده در بخش **D1** این فصل، نیازی به ارجاع از PCP خود ندارید.
- شما باید از ارائه‌کنندگان شبکه که به شبکه درمانی پزشک مراقبتهای درمانی اصلی شما وابسته هستند مراقبت‌های خود را دریافت کنید. معمولاً، ما مراقبت‌های ارائه‌کننده‌ای را که با برنامه درمانی ما و شبکه درمانی پزشک مراقبتهای درمانی اصلی شما همکاری نمی‌کند پوشش نمی‌دهیم. این یعنی شما برای خدمات ارائه‌شده باید به‌طور کامل هزینه‌ها را خودتان به ارائه‌کننده پرداخت کنید. در اینجا چند مورد که این قانون در مورد آنها صدق نمی‌کند ارائه شده است:
- ما مراقبت‌های اضطراری یا مورد نیاز فوری از ارائه‌کننده خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم (برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش **H** در این فصل مراجعه کنید).
- اگر به مراقبت‌هایی نیاز دارید که برنامه ما پوشش می‌دهد و ارائه‌کنندگان شبکه ما نمی‌توانند آن را به شما ارائه دهند، می‌توانید از ارائه‌کننده خارج از شبکه مراقبت‌ها را دریافت کنید. که این امر نیازمند یک اجازه قبلی است. در این شرایط، ما مراقبت‌ها را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهیم.
- هنگامی که شما برای مدت کوتاهی در منطقه خارج از محدوده خدمات برنامه ما هستید یا زمانی که ارائه‌کننده خدمات شما به‌طور موقت قابل استفاده یا در دسترس نیست، خدمات دیالیز کلیه را پوشش می‌دهیم. می‌توانید این خدمات را در یکی از مراکز دیالیز مورد تأیید Medicare دریافت کنید.
- هنگامی که برای اولین بار به برنامه ما ملحق می‌شوید، می‌توانید درخواست کنید که دریافت خدمات از ارائه‌کنندگان فعلی خود را ادامه دهید. به استثنای برخی موارد، اگر برای ما محرز شود که قبلاً از این ارائه‌کننده خدمات دریافت کرده‌اید، باید این درخواست را تأیید کنیم. به فصل **1 کتابچه راهنمای اعضای خود** مراجعه کنید. اگر درخواست شما را تأیید کنیم، می‌توانید تا 12 ماه به دریافت خدمات از ارائه‌کنندگان فعلی ادامه دهید. در طول این مدت، هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی شما با شما تماس خواهد گرفت تا کمک کند ارائه‌کنندگانی را در شبکه ما پیدا کنید که به شبکه درمانی پزشک مراقبتهای درمانی اصلی شما وابسته هستند. اگر پس از گذشت 12 ماه همچنان از ارائه‌کنندگانی استفاده کنید که در شبکه ما نیستند و به شبکه درمانی پزشک مراقبتهای درمانی اصلی شما وابسته نیستند، دیگر مراقبت‌های شما را پوشش نخواهیم داد.
- اعضای جدید CalOptima Health OneCare Flex Plus: در بیشتر موارد، در اولین روز از ماه پس از درخواست ثبت‌نام در CalOptima Health OneCare Flex Plus برای مزایای Medicare خود در CalOptima Health OneCare Flex Plus ثبت‌نام خواهید کرد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از برنامه درمانی قبلی Medi-Cal به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق CalOptima Health OneCare Flex Plus دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، با ما تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

C. هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی شما

C1. هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی چیست

هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی به پزشک یا افراد آموزش‌دیده دیگری گفته می‌شود که برای برنامه ما، به‌منظور ارائه خدمات هماهنگی مراقبت به شما، کار می‌کند.

C2. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود

می‌توانید اطلاعات تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود را در روی کارت شناسایی CalOptima Health OneCare Flex Plus خود بیابید.

C3. نحوه تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود

می‌توانید از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با طرح CalOptima Health OneCare Flex Plus خود تماس بگیرید و درخواست تغییر کنید.

D. مراقبت از سوی ارائه‌کنندگان

D1. مراقبت از سوی ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP)

شما باید (PCP) را انتخاب کنید تا مراقبت‌های شما را ارائه و مدیریت کند. پزشک‌های مراقبت‌های درمانی اصلی برنامه ما به شبکه‌های درمانی وابسته هستند. در هنگام انتخاب پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی، شبکه درمانی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید.

تعریف پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی و کاری که پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی برای شما می‌کند

پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی چیست؟ پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما پزشکی است که مطابق با الزامات ایالتی برای ارائه مراقبت‌های اولیه پزشکی به شما آموزش دیده است.

شبکه درمانی چیست؟ شبکه درمانی شما گروهی از پزشکان و بیمارستان‌هایی است که با برنامه ما قرارداد دارند تا خدمات مراقبت بهداشتی را به اعضای برنامه ما ارائه کنند.

کدام نوع از ارائه‌کنندگان می‌توانند به‌عنوان پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی عمل کنند؟ در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های CalOptima Health OneCare Flex Plus، تمام ارائه‌کنندگان شبکه که می‌توانند به‌عنوان پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی عمل کنند ذکر شده است. برخی از متخصصان، از جمله پزشک زنان و متخصص زنان و زایمان، می‌توانند به‌عنوان پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی عمل کنند، مشروط به اینکه با انجام دادن این کار موافق باشند و نامشان به‌عنوان پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها (Provider and Pharmacy Directory) ذکر شده باشند.

شما مراقبت‌های معمول یا اولیه خود را از پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی دریافت خواهید کرد. پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما همچنین بقیه خدمات تحت پوششی را که به‌عنوان عضو CalOptima Health OneCare Flex Plus دریافت می‌کنید هماهنگ می‌کند. هماهنگی خدمات شما به‌معنای بررسی یا مشورت با سایر ارائه‌کنندگان برنامه در مورد مراقبت شما و نحوه انجام دادن آن است. در بیشتر موارد، قبل از مراجعه به سایر ارائه‌کنندگان مراقبت بهداشتی

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

یا به منظور تأیید قبلی برخی از خدمات یا لوازم تحت پوشش، باید به پزشک مراقبتهای درمانی اصلی خود مراجعه کنید تا معرفی نامه بگیرید. برای انواع خاصی از خدمات یا لوازم تحت پوشش، باید از قبل از پزشک مراقبتهای درمانی اصلی خود تأییدیه دریافت کنید (مانند دادن معرفی نامه به شما برای مراجعه به متخصص).

آیا درمانگاه می تواند ارائه کننده مراقبتهای اولیه من باشد؟ بله. اعضا می توانند «مراکز بهداشت مورد تأیید دولت فدرال» (Federally Qualified Health Centers, FQHC) را که به عنوان پزشک مراقبتهای درمانی اصلی در فهرست ارائه کنندگان و داروخانه های CalOptima Health OneCare Flex Plus ذکر شده اند به عنوان ارائه کننده مراقبتهای اولیه خود انتخاب کنند.

انتخاب شما برای پزشک مراقبتهای درمانی اصلی

CalOptima Health OneCare Flex Plus دارای «فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها» است که در صورت درخواست در دسترس شخص قرار می گیرد. در این فهرست راهنما، فهرستی از تمام شبکه های درمانی، پزشک مراقبتهای درمانی اصلی، متخصصین، درمانگاه ها و بیمارستان هایی وجود دارد که تحت قرارداد با CalOptima Health OneCare Flex Plus هستند تا خدمات را به اعضای ارائه دهند. برای درخواست فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

پزشک های مراقبتهای درمانی اصلی بر اساس شهر و در زیر شبکه های درمانی وابسته به آنها ذکر شده اند. نام آن پزشک مراقبتهای درمانی اصلی را که می خواهید به عنوان ارائه کننده مراقبتهای اولیه شما عمل کند پیدا کنید. پزشک مراقبتهای درمانی اصلی باید در شبکه درمانی انتخابی شما باشد.

به زیر نام پزشک مراقبتهای درمانی اصلی نگاه کنید تا شماره شناسایی (ID) او را بیابید و با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus تماس بگیرید تا انتخاب خود را به ما اطلاع دهید.

اگر بخواهید از متخصص یا بیمارستان مشخصی استفاده کنید، باید اطلاع کسب کنید که آیا آنها به شبکه درمانی پزشک مراقبتهای درمانی اصلی شما وابسته هستند یا خیر. برای اینکه بدانید آیا پزشک مراقبتهای درمانی اصلی مورد نظر شما برای آن متخصص یا بیمارستان معرفی نامه صادر می کند یا خیر، به فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها مراجعه کنید یا از خدمات مشتریان بپرسید.

حق تغییر پزشک مراقبتهای درمانی اصلی

می توانید پزشک مراقبتهای درمانی اصلی خود را هر زمان که خواستید و به هر دلیل تغییر دهید. همچنین، ممکن است پزشک مراقبتهای درمانی اصلی شما از شبکه برنامه ما خارج شود. اگر پزشک مراقبتهای درمانی اصلی شما از شبکه ما خارج شود، می توانیم به شما کمک کنیم پزشک مراقبتهای درمانی اصلی جدیدی در شبکه ما پیدا کنید.

هر زمان خواستید پزشک مراقبتهای درمانی اصلی خود را تغییر دهید، با خدمات مشتریان با شماره تلفن درج شده در پایین صفحه یا با دسترسی به پورتال امن اعضا آنلاین ما در <https://member.caloptima.org/#/user/login> این تغییر را انجام دهید. در بیشتر موارد، تاریخ شروع تغییر PCP جدید شما اولین روز (یکم) ماه بعد از تاریخ دریافت درخواست شما خواهد بود.

اگر پرستی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

اگر در انتخاب پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus تماس بگیرید. اگر به متخصص مراجعه می‌کنید یا خدمات تحت پوشش دیگری را دریافت می‌کنید که نیاز به تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما دارند (مانند خدمات بهداشت در منزل و تجهیزات پزشکی بادوام) حتماً به خدمات مشتریان اطلاع دهید. ما به شما کمک می‌کنیم تا پس از تغییر دادن پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود همچنان از مراقبت تخصصی و دیگر خدماتی که قبل دریافت می‌کردید بهره‌مند شوید. ما همچنین بررسی خواهیم کرد تا مطمئن شویم پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی انتخابی جدید مدنظر شما بیمار جدید می‌پذیرد. خدمات مشتریان سابقه عضویت شما را تغییر می‌دهد تا نام پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی جدید شما در آن نمایش داده شود و به شما اطلاع می‌دهد که تغییر به پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی جدید از چه زمانی اعمال خواهد شد. ما کارت عضویت جدیدی نیز برایتان ارسال می‌کنیم که نام و شماره تلفن پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی جدید شما در آن درج شده است.

پزشک‌های مراقبت‌های درمانی اصلی برنامه ما به شبکه‌های درمانی وابسته هستند. اگر پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود را تغییر دهید، ممکن است شبکه درمانی شما نیز تغییر کند. هنگام درخواست تغییر، اگر نزد متخصص می‌روید یا خدمات تحت پوشش دیگری را دریافت می‌کنید که باید تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی را داشته باشند، به خدمات مشتریان اطلاع دهید. خدمات مشتریان به شما کمک می‌کند مراقبت‌های تخصصی و سایر خدمات خود را پس از تغییر پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی همچنان دریافت کنید.

خدماتی که می‌توانید بدون تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود دریافت کنید

در اکثر موارد، قبل از استفاده از خدمات ارائه‌کنندگان دیگر، به تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود نیاز دارید. این تأیید معرفی‌نامه نامیده می‌شود. می‌توانید خدماتی مانند موارد ذکرشده در زیر را بدون تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌کنندگان شبکه یا ارائه‌کنندگان خارج از شبکه.
- مراقبت‌های مورد نیاز فوری از ارائه‌دهندگان شبکه.
- مراقبت‌های مورد نیاز فوری از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه، هنگامی که نمی‌توانید به ارائه‌کننده شبکه دسترسی پیدا کنید (مثلاً، در صورتی که در منطقه خارج از محدوده خدمات برنامه ما باشید).
- توجه: مراقبت‌های مورد نیاز فوری باید فوراً مورد نیاز باشند و ضرورت پزشکی داشته باشند.
- خدمات دیالیز کلیه که در منطقه خارج از محدوده خدمات برنامه ما در مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare به شما ارائه می‌شود. قبل از خروج از محدوده خدمات، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما در دریافت دیالیز در زمانی که خارج از محدوده خدمات هستیم کمک کنیم.
- واکسن آنفولانزا و واکسن کووید-19 و همچنین واکسن هپاتیت B و واکسن ذات‌الریه، به شرطی که آنها را از یک ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید.
- مراقبت بهداشتی معمول زنان و خدمات تنظیم خانواده. این امر شامل معاینه پستان، ماموگرافی غربالگری (عکس‌برداری با اشعه ایکس از پستان)، آزمایش‌های پاپ و معاینه لگن است، مادامی‌که آنها را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید.
- علاوه بر این، اگر عضو سرخپوستان آمریکایی هستید، می‌توانید، بدون اینکه نیاز به ارجاع از PCP شبکه یا مجوز قبلی داشته باشید خدمات تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی مختص به سرخ پوستان به انتخاب خود دریافت کنید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

D2. مراقبت‌ها از سوی متخصصین و سایر ارائه‌کنندگان شبکه

متخصص یعنی پزشکی که مراقبت بهداشتی را برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن ارائه می‌دهد. متخصصان انواع گوناگونی دارند، از قبیل:

- متخصص انکولوژی مراقبت‌های سلامت را به بیماران مبتلا به سرطان ارائه می‌کند.
 - متخصص قلب مراقبت‌های سلامت را به افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی ارائه می‌کند.
 - متخصص ارتوپدی مراقبت‌های سلامت را به افراد دارای مشکلات استخوان، مفصل یا عضله ارائه می‌کند.
- اگر نظر پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما این باشد که شما به درمان تخصصی نیاز دارید، به شما یک معرفی‌نامه (تأییدیه قبلی) می‌دهد تا به یک متخصص برنامه درمانی یا ارائه‌کننده خاص دیگری مراجعه کنید. برای برخی از انواع معرفی‌نامه‌ها، پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما ممکن است نیاز به دریافت تأییدیه قبلی از CalOptima Health OneCare Flex Plus داشته باشد (به این تأییدیه «اجازه قبلی» گفته می‌شود). برای کسب اطلاعات در مورد خدماتی که نیاز به اجازه قبلی دارند، لطفاً به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.
- یک ارجاع کتبی ممکن است برای تنها یک بازدید باشد یا اگر به خدمات مستمر نیاز دارید ممکن است یک ارجاع ثابت برای بیش از یک بازدید استفاده شود. ما باید برای هر یک از این شرایط شما را به یک متخصص واجد شرایط ارجاع دهیم:

- یک وضعیت مزمن (مداوم).
 - یک بیماری روانی یا جسمی تهدید کننده زندگی.
 - بیماری یا ناتوانی دژنراتیو یا رو به انحطاط.
 - هر وضعیت یا بیماری دیگری که به اندازه کافی جدی یا پیچیده باشد که نیاز به درمان توسط متخصص داشته باشد.
- اگر در صورت نیاز یکارجاع کتبی دریافت نکنید، ممکن است هزینه صورتحساب پرداخت نشود. برای اطلاعات بیشتر با شماره تلفن پایین همین صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید.

D3. وقتی ارائه‌کننده‌ای از برنامه ما خارج می‌شود

ارائه‌کننده شبکه‌ای که به آن مراجعه می‌کنید ممکن است از برنامه ما خارج شود. اگر یکی از ارائه‌کنندگان خدمات به شما از برنامه ما خارج شود، از حقوق و حمایت‌های خاصی برخوردارید که خلاصه آن در زیر آمده است:

- حتی اگر شبکه ارائه‌کنندگان ما در طول سال تغییر کند، باید به شما دسترسی بی‌وقفه به ارائه‌کنندگان واجد شرایط ارائه بدهیم.
- ما تلاش می‌کنیم به شما اطلاع دهیم که ارائه‌کنندگان خدمات شما در حال ترک طرح ما است، تا برای انتخاب ارائه‌کننده جدید فرصت داشته باشید.
- اگر ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا بهداشت رفتاری شما از طرح ما خارج شود، اگر در سه سال گذشته به آن ارائه‌دهنده مراجعه کرده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر هر یک از ارائه‌دهندگان دیگر شما طرح ما را ترک کند، اگر به ارائه‌دهنده منصوب شده اید، در حال حاضر از آنها مراقبت دریافت می‌کنید یا آنها را در سه ماه گذشته دیده اید، به شما اطلاع خواهیم داد.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- به شما کمک خواهیم کرد تا ارائه‌کننده تحت قرارداد واجد شرایط جدیدی را برای تداوم مدیریت نیازهای مراقبت بهداشتی خود انتخاب کنید.
- اگر در حال حاضر تحت درمان یا تریابی های پزشکی با ارائه دهنده فعلی خود هستید، حق دارید درخواست کنید، و ما به شما کمک می کنیم تا اطمینان حاصل کنیم که درمان یا تریابی های ضروری پزشکی که دریافت می کنید ادامه خواهند یافت.
- ما اطلاعاتی در مورد دوره های در دسترس مختلف ثبت نام در طرح بیمه و گزینه هایی که ممکن است برای تغییر برنامه طرح داشته باشید در اختیار شما قرار می دهیم
- اگر نتوانیم متخصص شبکه واجد شرایطی را بیابیم که در دسترس شما باشد، باید متخصص خارج از شبکه ای را فراهم کنیم تا مراقبت شما را ارائه دهد. هنگامی که یک ارائه دهنده یا مزایایی در شبکه در دسترس نیست یا برای رفع نیازهای پزشکی شما کافی نیست، قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.
- اگر فکر می کنید که ما ارائه‌کننده قبلی شما را با ارائه‌کننده واجد شرایطی جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را خوب مدیریت نمی‌کنیم، این حق را دارید که شکایت کیفیت مراقبت به «سازمان بهبود کیفیت» (QIO)، شکایت کیفیت مراقبت یا هر دو را ارسال کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 9** مراجعه کنید).
- اگر متوجه شدید یکی از ارائه‌کنندگان شما از برنامه ما خارج می‌شود، با ما تماس بگیرید. می‌توانیم در یافتن ارائه‌کننده جدید و مدیریت مراقبت‌هایتان به شما کمک کنیم. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید.

D4. ارائه‌کنندگان خارج از شبکه

اعضای CalOptima Health OneCare Flex Plus برای دریافت مزایا باید به ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های تحت قرارداد در اورنج کانتی مراجعه کنند. CalOptima Health OneCare Flex Plus ارائه‌کنندگان خارج از شبکه را در شرایط زیر پوشش می‌دهد:

- مراقبت‌های اضطراری و خدمات فوری خارج از محدوده خدمات که-از-ارائه‌کننده خارج از شبکه در ایالات متحده و قلمروهای آن دریافت می‌کنید.
- اگر به مراقبت‌های پزشکی نیاز دارید که CalOptima Health OneCare Flex Plus آن را پوشش می‌دهد و ارائه‌کنندگان شبکه CalOptima Health OneCare Flex Plus نمی‌توانند این مراقبت را ارائه دهند، می‌توانید با اجازه قبلی این مراقبت را از یک ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت کنید.
- خدمات دیالیز کلیه که، وقتی موقتاً در منطقه خارج از محدوده خدمات ما (اورنج کانتی) هستید، در یک مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare دریافت می‌کنید.
- تنظیم خانواده.
- خدمات مراقبت بهداشتی سرخپوستان بومی آمریکا.
- خدمات زنان و زایمان و برخی از خدمات پزشکی زنان مانند آزمایش پاپ اسمیر.
- اگر از یک ارائه دهنده خارج از شبکه استفاده می کنید، آن ارائه دهنده باید واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- ما نمی توانیم به ارائه دهنده ای که واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست، هزینه ای پرداخت کنیم.
- اگر از ارائه دهنده ای استفاده می کنید که واجد شرایط شرکت در Medicare نیست، شما باید هزینه کامل خدماتی که دریافت می کنید را پرداخت کنید.
- اگر ارائه دهندگان واجد شرایط شرکت در Medicare نیستند باید این موضوع را به اطلاع شما برسانند.
- در دوران یک وضعیت بحرانی اعلام شده یا اضطراری بهداشت عمومی، اگر نمی توانید از یک ارائه دهنده شبکه استفاده کنید، ما به شما اجازه می دهیم بدون هیچ هزینه ای از ارائه دهندگان خارج از شبکه مراقبت دریافت کنید.
- هنگامی که PCP شما فکر می کند که شما به درمان تخصصی نیاز دارید، او به شما یک ارجاع (تأیید از قبل) می دهد تا به یک متخصص طرح یا ارائه دهنده خاص دیگری مراجعه کنید. برای برخی از انواع ارجاعات، PCP شما ممکن است نیاز به دریافت تأییدیه از قبل از CalOptima Health OneCare Flex Plus داشته باشد (به این «دریافت مجوز قبلی» می گویند).
- اگر از یک ارائه دهنده خارج از شبکه استفاده می کنید، ارائه دهنده باید واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.
- ما نمی توانیم هزینه ارائه دهنده ای که واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست، را پرداخت کنیم.
- اگر از ارائه دهنده ای استفاده می کنید که واجد شرایط شرکت در Medicare نیست، باید هزینه کامل خدماتی را که دریافت می کنید بپردازید.
- ارائه دهندگان موظف هستند که به شما اطلاع دهند که آیا واجد شرایط شرکت در Medicare نیستند.

E. خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (LTSS)

LTSS می تواند به شما کمک کند در خانه خود بمانید و از اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری ماهر خودداری کنید. شما از طریق طرح ما به LTSS خاصی دسترسی دارید، از جمله مراقبت توسط مرکز پرستاری ماهر، خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS) و پشتیبانی های جامعه. نوع دیگری از LTSS، برنامه خدمات پشتیبانی در خانه | In-Home Supportive Services است که از طریق آژانس خدمات اجتماعی کانتی شما در دسترس است. اگر سؤالی دارید یا نیاز به کمک دارید، لطفاً با هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود با شماره تلفن روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



F. خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال سوءمصرف مواد)

شما به خدمات بهداشت رفتاری ضروری پزشکی که Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات بهداشت رفتاری تحت پوشش Medicare و طرح مراقبت مدیریت شده Medi-Cal managed care را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات بهداشت روانی تخصصی رفتاری تحت پوشش Medi-Cal یا اختلالات مصرف مواد در کانتی را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق خط دسترسی برنامه بهداشت روانی OCHCA به شماره 1-800-723-2641، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته در دسترس شما است.

F1. خدمات بهداشت رفتاری Medi-Cal خارج از برنامه ما ارائه می‌شود

اگر دارای معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی بهداشت روانی باشید، خدمات تخصصی بهداشت روانی Medi-Cal از طریق برنامه بهداشت روانی (Mental Health Plan, MHP) کانتی در دسترس شما است. خدمات تخصصی بهداشت روانی Medi-Cal ارائه‌شده توسط برنامه بهداشت روانی OCHCA شامل این موارد است:

- خدمات بهداشت روانی
- خدمات حمایت دارویی
- خدمات فشرده درمان روزانه
- توانبخشی روزانه
- مداخله در بحران
- پایدارسازی بحران
- خدمات درمانی بزرگسالان در مراکز اقامتی
- خدمات درمانی وضعیت‌های بحرانی در مراکز اقامتی
- خدمات مراکز روان پزشکی
- خدمات بستری در بیمارستان برای بیماری‌های روانی
- مدیریت هدفمند پرونده
- خدمات پشتیبانی هم‌تایان
- خدمات سیار مداخله در بحران مبتنی بر جامعه
- هماهنگی مراقبت‌های ویژه
- خدمات متمرکز خانگی

خدمات سیستم تحویل سازمان‌یافته دارو Medi-Cal یا Drug Medi-Cal از طریق برنامه بهداشت روانی OCHCA Mental Health Plan در دسترس شما است، به شرطی که معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید. خدمات Drug Medi-Cal ارائه‌شده توسط برنامه بهداشت روانی OCHCA شامل این موارد است:

- خدمات درمان سرپایی فشرده
- خدمات درمانی مصرف مواد مخدر در دوران بارداری در مراکز اقامتی
- خدمات درمانی سرپایی

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- برنامه درمان مواد مخدر افیونی
 - داروهای برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو)
 - خدمات پشتیبانی همتایان
 - خدمات سیار مداخله در بحران مبتنی بر جامعه
- خدمات سیستم تحویل سازمان‌دهی شده Drug Medi-Cal Organized Delivery System Services شامل این موارد است:

- خدمات درمانی سرپایی
 - خدمات درمان سرپایی فشرده
 - خدمات بستری محدود
 - داروهای برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو)
 - خدمات درمانی اقامتی
 - خدمات مدیریت علائم ترک
 - خدمات درمان مواد مخدر افیونی
 - خدمات ریکاوری
 - هماهنگی مراقبت
 - خدمات پشتیبانی همتایان
 - خدمات سیار مداخله در بحران مبتنی بر جامعه
 - خدمات مدیریت اضطراری
- علاوه بر خدمات ذکرشده در بالا، در صورت داشتن معیارها، ممکن است به خدمات سم‌زدایی داوطلبانه به صورت بستری نیز دسترسی داشته باشید.

خدمات تخصصی سلامت روانی که تحت پوشش CalOptima Health OneCare Flex Plus نیستند، زیر نظر طرح سلامت روان OCHCA از طریق آژانس مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ می‌شوند تا از دسترسی یکپارچه همه ثبت نام کنندگان اطمینان حاصل شود. ثبت نام‌شدگان باید ابتدا با خط سلامت رفتاری CalOptima Health Behavioral Health به شماره **1-855-877-3885 (TTY 711)** برای ارزیابی و ارجاع به سطح مناسب خدمات تماس بگیرند.

برای اطلاعات بیشتر در مورد در دسترس بودن خدمات بهداشت رفتاری، فرآیندهای تعیین ضرورت پزشکی، روش‌های ارجاع بین طرح و نهاد کانتی، و فرآیندهای حل مشکلات، لطفاً با خط سلامت رفتاری CalOptima Health به شماره **1-855-877-3885 (TTY 711)** تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



G. خدمات حمل و نقل

G1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیراورژانسی

اگر نیازهای پزشکی شما به گونه‌ای است که اجازه نمی‌دهد از خودرو، اتوبوس یا تاکسی برای رفتن به وقت ملاقات خود استفاده کنید، حق برخورداری از وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی را دارید. وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی را می‌توان برای خدمات تحت پوشش مانند قرار ملاقات‌های پزشکی، دندانپزشکی، بهداشت روانی، سوء مصرف مواد و داروخانه ارائه کرد. اگر به وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی نیاز دارید، می‌توانید با پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود صحبت کنید و آن را درخواست کنید. پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما بهترین نوع حمل و نقل را برای رفع نیازهای شما تعیین خواهد کرد. اگر به وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی نیاز داشته باشید، او آن را با تکمیل فرم و ارسال آن به CalOptima Health OneCare Flex Plus برای تأیید، تجویز خواهد کرد. بسته به نیاز پزشکی شما، تأییدیه به مدت یک سال معتبر است. پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما نیازتان به وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی را هر 12 ماه یکبار مجدداً ارزیابی خواهد کرد تا تأییدیه مجدد صادر کند.

وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی شامل آمبولانس، ون مجهز به برانکارد، ون مجهز به صندلی چرخدار یا حمل و نقل هوایی است. زمانی که نیاز به استفاده از وسایل حمل و نقل برای رفتن به وقت ملاقات خود داشته باشید، CalOptima Health OneCare Flex Plus امکان حمل و نقل تحت پوشش با کمترین هزینه و مناسب‌ترین وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی را برای نیازهای پزشکی شما فراهم می‌کند. مثلاً اگر با توجه به شرایط جسمی یا پزشکی امکان استفاده از ون مجهز به صندلی چرخدار را داشته باشید، CalOptima Health OneCare Flex Plus هزینه آمبولانس را پرداخت نمی‌کند. فقط در صورتی می‌توانید از حمل و نقل هوایی استفاده کنید که استفاده از هیچ نوع حمل و نقل زمینی بر اساس وضعیت پزشکی شما ممکن نباشد.

وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی باید در موارد زیر استفاده شود:

- شما - به تشخیص پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود و با مجوز کتبی از او - از نظر جسمانی یا پزشکی به آن نیاز دارید، زیرا نمی‌توانید از اتوبوس، تاکسی، خودرو یا ون برای رفتن به وقت ملاقات خود استفاده کنید.
- شما به دلیل ناتوانی جسمی یا ذهنی برای رفت و آمد به محل سکونت، وسیله نقلیه یا محل درمان خود به کمک راننده نیاز دارید.

برای درخواست حمل و نقل پزشکی که پزشک شما برای قرارهای **ملاقات معمول** غیر فوری تجویز کرده است، حداقل دو (2) روز کاری (دوشنبه - جمعه) قبل از وقت ملاقات خود و از طریق شماره **1-866-612-1256 (TTY 711)** با CalOptima Health OneCare Flex Plus تماس بگیرید. برای **وقت ملاقات‌های اضطراری**، در اولین فرصت تماس بگیرید. در هنگام تماس گرفتن، کارت شناسایی عضویت خود را در دسترس داشته باشید. همچنین در صورت نیاز به کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید تماس بگیرید.

محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی

CalOptima Health OneCare Flex Plus کم‌هزینه‌ترین حمل و نقل پزشکی را که نیازهای پزشکی شما را برآورده می‌کند، از خانه شما به نزدیک‌ترین ارائه‌کننده‌ای که وقت خالی برای مراجعه دارد، پوشش می‌دهد. اگر خدمات تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نباشد، حمل و نقل پزشکی ارائه نخواهد شد. اگر نوع وقت ملاقات تحت پوشش Medi-Cal باشد اما نه از طریق برنامه درمانی، CalOptima Health OneCare Flex Plus به شما کمک می‌کند تا حمل و نقل خود را برنامه‌ریزی کنید. فهرست خدمات تحت پوشش در **فصل 4** این کتابچه ارائه شده است. حمل و نقل خارج از شبکه CalOptima Health OneCare Flex Plus یا در منطقه خارج از محدوده خدمات تحت پوشش قرار نمی‌گیرد، مگر اینکه از قبل مجوز آن گرفته شده باشد.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

G2. حمل و نقل غیر پزشکی

مزایای حمل و نقل غیرپزشکی شامل رفتن به/برگشتن از وقت ملاقات شما برای خدمات تأییدشده از سوی ارائه‌کننده شما است. در شرایط زیر، می‌توانید بدون هیچ هزینه‌ای ایاب و ذهاب دریافت کنید:

- رفتن به نوبت تعیین‌شده و برگشت، برای خدمات تحت پوشش، که توسط ارائه‌کننده شما تأیید شده است باشد، یا

- برای دریافت نسخه‌ها و وسایل پزشکی باشد.

CalOptima Health OneCare Flex Plus به شما این امکان را می‌دهد که از خودرو، تاکسی، اتوبوس یا سایر شیوه‌های عمومی/شخصی برای رفتن به وقت ملاقات غیرپزشکی خود برای دریافت خدمات تأییدشده از سوی ارائه‌کننده خود استفاده کنید. CalOptima Health OneCare Flex Plus از تأمین‌کننده قراردادی خدمات حمل و نقل برای ترتیب دادن حمل و نقل غیرپزشکی استفاده می‌کند. آن نوعی از حمل و نقل غیر پزشکی را پوشش می‌دهیم که کمترین هزینه را داشته باشد و نیازهای شما را برآورده کند.

گاهی اوقات، ممکن است هزینه ایاب و ذهاب با وسیله نقلیه شخصی که شما هماهنگ کرده‌اید بازپرداخت شود. OneCare باید این موضوع را قبل از استفاده شما از وسیله نقلیه تأیید کند و باید به ما بگویید که چرا نمی‌توانید از روش‌های دیگر حمل و نقل مانند اتوبوس استفاده کنید. می‌توانید با تماس تلفنی، ایمیل یا به صورت حضوری به ما اطلاع دهید. اگر خودتان رانندگی کنید، امکان بازپرداخت هزینه وجود ندارد.

برای بازپرداخت مسافت پیموده‌شده، تمام موارد زیر الزامی است:

- گواهینامه رانندگی راننده

- کارت شناسایی وسیله نقلیه راننده

- گواهی بیمه ماشین برای راننده

جهت درخواست وسایل نقلیه برای خدماتی که تأیید شده‌اند، حداقل دو (2) روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از وقت ملاقات خود از طریق شماره تلفن **1-866-612-1256 (TTY 711)** با CalOptima Health OneCare Flex Plus تماس بگیرید. برای وقت ملاقات‌های اضطراری، در اولین فرصت تماس بگیرید. در هنگام تماس گرفتن، کارت شناسایی عضویت خود را در دسترس داشته باشید. همچنین در صورت نیاز به کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید تماس بگیرید.

توجه: اعضا سرخپوست آمریکایی می‌توانند با درمانگاه بهداشت محلی سرخپوستان تماس بگیرند تا حمل و نقل غیرپزشکی را درخواست کنند.

محدودیت‌های حمل و نقل غیرپزشکی

CalOptima Health OneCare Flex Plus کم‌هزینه‌ترین حمل و نقل غیرپزشکی را که نیازهای شما را برآورده می‌کند، از خانه شما به نزدیک‌ترین ارائه‌کننده‌ای که وقت خالی برای مراجعه دارد، ارائه می‌کند. نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا بازپرداخت مستقیم دریافت کنید.

حمل و نقل غیر پزشکی در موارد زیر اعمال نمی‌شود:

- استفاده از آمبولانس، ون برانکار، ون مجهز به صندلی چرخدار یا انواع دیگر وسیله نقلیه پزشکی غیراورژانسی برای بهره‌مندی از خدمات ضروری است.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- به دلیل وضعیت پزشکی یا جسمی، برای رفت و آمد به/از محل سکونت، محل استقرار خودرو یا مرکز درمانی، به کمک راننده نیاز داشته باشید.
- روی صندلی چرخدار نشسته‌اید و نمی‌توانید بدون کمک راننده به داخل و خارج وسیله نقلیه حرکت کنید.
- Medicare or Medi-Cal خدمات را پوشش نمی‌دهد.

H. خدمات تحت پوشش در مراقبت‌های فوری، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام وضعیت بحرانی

H1. مراقبت در مراقبت‌های فوری

مراقبت‌های فوری به آن وضعیت پزشکی گفته می‌شود که با علائمی نظیر درد شدید یا مصدومیت جدی همراه است. این وضعیت چنان جدی است که اگر فوری به آن رسیدگی نشود، بنا به تشخیص شما یا هر فرد دارای دانش متوسط پزشکی و بهداشتی انتظار می‌رود به این موارد منجر شود:

- خطر جدی برای سلامتی شما یا فرزند متولد نشده شما؛ یا
- آسیب جدی به عملکردهای بدن؛ یا
- اختلال جدی در عملکرد بدن یا هر یک از اندام‌ها یا بخش‌های آن؛ یا
- در مورد یک زن باردار در فاز فعال زایمان، زمانی که:
 - زمان کافی برای انتقال امن شما به بیمارستان دیگر، پیش از وضع حمل، وجود نداشته باشد.
 - انتقال به بیمارستانی دیگر ممکن است تهدیدی برای سلامت یا ایمنی شما یا فرزند متولد نشده شما باشد.

اگر نیاز به مراقبت‌های فوری داشتید:

- **در اسرع وقت کمک بگیرید.** با 911 تماس بگیرید یا از نزدیک‌ترین بیمارستان یا بخش اورژانس استفاده کنید. در صورت نیاز، تماس بگیرید و درخواست آمبولانس کنید. به تأییدیه یا معرفی‌نامه از پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود نیاز ندارید. نیازی به استفاده از ارائه‌کننده شبکه ندارید. هر زمان که به مراقبت‌های پزشکی اورژانسی نیاز داشته باشید، می‌توانید آنها را در هر نقطه از ایالات متحده یا قلمروهای آن یا در سراسر جهان، از هر ارائه‌کننده‌ای با مجوز دولتی مناسب، دریافت کنید.
- **در اسرع وقت، مسئولین برنامه ما را از وضعیت اورژانسی خود مطلع کنید.** مراقبت‌های اورژانسی شما را پیگیری می‌کنیم. شما یا شخص دیگری معمولاً ظرف 48 ساعت باید با ما تماس بگیرید تا در مورد مراقبت‌های اورژانسی خود ما را مطلع کنید. با این حال، در صورت تأخیر در اطلاع‌رسانی، هزینه خدمات اورژانسی را پرداخت نخواهید کرد. برای اطلاعات بیشتر، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، با CalOptima Health OneCare Flex Plus با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید.

خدمات تحت پوشش در مراقبت‌های فوری

Medicare برای مراقبت‌های پزشکی اضطراری در خارج از ایالات متحده و قلمرو آن پوششی ارائه نمی‌کند. CalOptima Health OneCare Flex Plus با بازپرداخت تا \$100,000 در سال برای مراقبت‌های پزشکی اورژانسی دریافت شده در خارج از ایالات متحده یک مزیت مضاعف را ارائه می‌دهد.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

اگر برای رسیدن به اورژانس به آمبولانس نیاز دارید، طرح ما این سرویس را پوشش می دهد. ما همچنین خدمات پزشکی را در زمان اورژانس را پوشش می دهیم. برنامه ما خدمات مورد نیاز فوری دریافتی شما از هر ارائه کننده را پوشش می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به جدول مزایا در فصل 4 از کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید. ارائه دهندگانی که مراقبت های اورژانسی را به شما ارائه می دهند تصمیم می گیرند که چه زمانی وضعیت شما پایدار شده و اورژانس پزشکی به پایان برسد. آنها به درمان شما ادامه می دهند و در صورت نیاز به مراقبت های بعدی برای بهتر شدن، برای برنامه ریزی با ما تماس خواهند گرفت.

طرح ما مراقبت های بعدی شما را پوشش می دهد. اگر مراقبت های اضطراری خود را از ارائه دهندگان خارج از شبکه دریافت می کنید، ما سعی خواهیم کرد تا در اسرع وقت از ارائه دهندگان شبکه بخواهیم مراقبت های شما را به عهده بگیرند.

دریافت مراقبت های اورژانسی در صورتی که شرایط اورژانسی نبوده است

گاهی اوقات ممکن است تشخیص اورژانسی بودن وضعیت سلامت پزشکی یا رفتاری شما سخت باشد. ممکن است برای مراقبت های اورژانسی به پزشک مراجعه کنید و او بگوید که شرایط شما واقعاً اورژانسی نبوده است. تا زمانی که به طور منطقی نظر شما این باشد که سلامتتان در خطر جدی است، ما مراقبت های شما را پوشش می دهیم. پس از اینکه پزشک تشخیص داد وضعیت شما اورژانسی نبوده است، مراقبت های اضافی شما را فقط در موارد زیر پوشش می دهیم:

- از ارائه کننده شبکه استفاده کنید یا
- مراقبت های اضافی که دریافت می کنید «مراقبت های ضروری فوری» محسوب شود و برای دریافت آن از قوانین پیروی کنید. به بخش بعد مراجعه کنید.

H2. مراقبت های ضروری فوری

مراقبت های ضروری فوری به مراقبت هایی گفته می شود که مربوط به وضعیت اورژانسی نیست اما نیاز به مراقبت فوری دارد. به عنوان مثال، ممکن است بیماری زمینه ای شما عود کند یا یک بیماری یا جراحات پیش بینی نشده برای شما اتفاق بیافتد.

مراقبت های ضروری فوری در محدوده خدمات برنامه ما

در بیشتر موارد، مراقبت های ضروری فوری را فقط در موارد زیر پوشش می دهیم:

- این مراقبت ها را از ارائه دهنده شبکه دریافت کنید و
 - از قوانین توضیح داده شده در این فصل پیروی کنید.
- اگر دسترسی به ارائه کننده شبکه امکان پذیر یا معقول نباشد، با توجه به زمان، مکان یا شرایط شما، ما مراقبت های ضروری فوری را که از یک ارائه کننده خارج از شبکه دریافت می کنید پوشش می دهیم.

برای اطلاع از نحوه دسترسی به خدمات مراقبت های فوری، با شبکه درمانی خود تماس بگیرید. شماره تلفن شبکه درمانی تان را می توانید در کارت شناسایی عضویت CalOptima Health OneCare Flex Plus خود بیابید.

مراقبت های ضروری فوری خارج از محدوده خدمات برنامه ما

وقتی خارج از محدوده خدمات برنامه ما هستید، ممکن است نتوانید از یک ارائه کننده شبکه مراقبت دریافت کنید. در آن صورت، برنامه ما مراقبت های ضروری فوری دریافتی شما را از هر ارائه کننده ای پوشش می دهد.

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

برنامه ما مراقبت‌های مورد نیاز فوری یا هر مراقبت غیر اورژانسی دیگری را که در خارج از ایالات متحده دریافت می‌کنید پوشش نمی‌دهد.

طرح ما خدمات مراقبت اضطراری و فوری مورد نیاز در سراسر جهان را در خارج از ایالات متحده تحت شرایط زیر پوشش می‌دهد.

- ما برای خدمات اورژانسی، مراقبت‌های فوری و حمل‌ونقل اورژانسی دریافتی در خارج از ایالات متحده، \$100,000 مزایا در هر سال تقویمی ارائه می‌دهیم. پوشش خدمات در سرتاسر جهان از نظر ضرورت و تناسب پزشکی تحت همان شرایط پوششی است که اگر همین خدمات در ایالات متحده ارائه می‌شد برای آن اعمال می‌شد.
- ابتدا باید هزینه مراقبت‌های پزشکی دریافت شده را بپردازید، خلاصه ترخیص یا مدارک پزشکی معادل مدرک پرداخت را ترجیحاً به انگلیسی و دلار ایالات متحده دریافت کنید. درخواست بازپرداخت را با تمام اسناد پشتیبانی به CalOptima Health OneCare Flex Plus ارسال کنید و ما قبل از بازپرداخت، ضرورت و مناسب بودن پزشکی را بررسی خواهیم کرد.

H3. مراقبت در حین وقوع بحران

اگر فرماندار ایالت کالیفرنیا، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Secretary of Health and Human Services)، یا رئیس جمهور ایالات متحده اعلام وضعیت بحرانی یا اضطراری در منطقه جغرافیایی شما کند، همچنان از حق دریافت مراقبت‌ها از برنامه ما برخوردار هستید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دریافت مراقبت‌های مورد نیاز هنگام اعلام وضعیت بحرانی، به وبسایت ما به این نشانی مراجعه کنید: <https://www.caloptima.org/ForMembers/OneCare/Benefits>. در حین وضعیت فاجعه اعلام شده، اگر نتوانید از ارائه‌کننده شبکه استفاده کنید، می‌توانید بدون هیچ هزینه‌ای مراقبت‌ها را از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید. اگر نمی‌توانید در حین وضعیت فاجعه اعلام شده از داروخانه شبکه استفاده کنید، می‌توانید داروهای نسخه‌ای خود را از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

I. اگر بابت خدماتی که تحت پوشش برنامه ما است صورت حساب مستقیم دریافت کنید، چه کاری باید انجام دهید

اگر ارائه‌کننده‌ای به جای ارسال صورت حساب به برنامه ما، آن را به شما ارسال کند، باید از ما بخواهید که صورت حساب را پرداخت کنیم. نباید صورت حساب را خودتان پرداخت کنید. اگر این کار را انجام دهید، ممکن است نتوانیم به شما بازپرداخت کنیم.

اگر هزینه خدمات تحت پوشش خود را پرداخت کرده‌اید یا اگر برای خدمات پزشکی تحت پوشش صورت حساب دریافت کرده‌اید، برای اطلاع از کارهایی که باید انجام دهید، به فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

I.1. اگر برنامه ما خدمات را پوشش ندهد، چه کاری باید انجام دهید

برنامه ما تمام خدماتی را که واجد شرایط زیر هستند پوشش می‌دهد:

- تشخیص داده شود که ضرورت پزشکی دارند، و
- در «جدول مزایای» برنامه ما ذکر شده باشند (به فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، و
- آنها را با پیروی از قوانین برنامه دریافت کرده باشید.

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

اگر می‌خواهید بدانید که آیا ما هزینه خدمات یا مراقبت پزشکی را پرداخت می‌کنیم، این حق را دارید که از ما بپرسید. شما همچنین حق دارید این موضوع را به صورت کتبی درخواست کنید. اگر بگوییم که هزینه خدمات شما را نمی‌پردازیم حق دارید درخواست بررسی مجدد نسبت به این تصمیم دهید.

فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا توضیح می‌دهد که اگر می‌خواهید ما خدمات یا اقلام پزشکی خاصی را پوشش دهیم، چه کاری باید انجام دهید. همچنین، به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید نسبت به تصمیم پوشش ما درخواست بررسی مجدد دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود نسبت به درخواست بررسی مجدد، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

مبلغ پرداختی ما برای برخی از خدمات سقف مشخصی دارد. اگر از این سقف مجاز رد شوید، هزینه کامل را برای دریافت خدمات بیشتر از آن نوع خدمات می‌پردازید. برای محدودیت مزایای خاص به فصل 4 مراجعه کنید. با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا بدانید محدودیت‌های مزایا چقدر است و چه مقدار از مزایای خود را استفاده کرده‌اید.

J. پوشش خدمات مراقبت بهداشتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی

J.1. تعریف مطالعه تحقیقاتی بالینی

مطالعه تحقیقاتی بالینی (که به آن کارآزمایی بالینی نیز گفته می‌شود) شیوه‌ای است که پزشکان با آن انواع جدید مراقبت‌های بهداشتی یا داروها را آزمایش می‌کنند. در مطالعات تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare، معمولاً از افراد داوطلبی خواسته می‌شود که در مطالعه شرکت کنند.

پس از اینکه Medicare مطالعه‌ای را که می‌خواهید در آن شرکت کنید تأیید کرد، شما ابراز اشتیاق کردید، یکی از افرادی که در آن مطالعه تحقیقاتی کار می‌کند با شما تماس می‌گیرد. آن شخص در مورد مطالعه با شما صحبت می‌کند و اطلاع حاصل می‌کند که آیا واجد شرایط شرکت در آن هستید یا خیر. اگر شرایط لازم را داشته باشید، می‌توانید در این مطالعه شرکت کنید. باید آنچه را که بایستی در مطالعه انجام دهید درک کنید و بپذیرید.

در حین مشارکت در این مطالعه، می‌توانید عضو برنامه ما باشید. به این ترتیب، برنامه ما همچنان خدمات و مراقبت‌های شما را که غیرمرتبط با مطالعه است تحت پوشش قرار می‌دهد.

اگر می‌خواهید در هر مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، نیازی نیست که به ما بگویید یا از ما یا ارائه‌دهنده مراقبت اولیه خود تأییدیه بگیرید. نیازی نیست ارائه دهنده‌ای که به عنوان بخشی از مطالعه به شما مراقبت می‌کنند، ارائه دهنده شبکه باشند. لطفاً توجه داشته باشید که این شامل مزایایی نمی‌شود که طرح ما مسئولیت آن‌ها را بر عهده دارد که شامل کارآزمایی بالینی یا ثبت برای ارزیابی مزایا می‌شود. این موارد شامل مزایای

اگر پرستی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

خاصی است که تحت تعیین پوشش ملی که نیاز به پوشش با توسعه شواهد دارد (national coverage determinations requiring coverage with evidence development (NCDs-CED, و مطالعات معافیت دستگاه تحقیقاتی (investigational device trials, IDE) مشخص شده است و ممکن است مشمول مجوز قبلی و سایر قوانین طرح باشد.

توصیه می‌کنیم قبل از شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی ما را در جریان بگذارید.

اگر قصد دارید در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که تحت پوشش Original Medicare program برای ثبت نام کنندگان است شرکت کنید، شما یا هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی شما باید با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا به ما اطلاع دهید که در یک مطالعات بالینی شرکت خواهید کرد.

J2. پرداخت برای خدمات در زمانی که در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت دارید

اگر برای یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare داوطلب شوید، هیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش این مطالعه پرداخت نمی‌کنید. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش مطالعه و همچنین هزینه‌های معمول مرتبط با مراقبت‌های شما را پرداخت می‌کند. هنگامی که به مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare ملحق می‌شوید، بیشتر خدمات و اقلامی که به‌عنوان بخشی از مطالعه دریافت می‌کنید تحت پوشش قرار می‌گیرد. این موارد عبارت‌اند از:

- اتاق و غذا برای اقامت در بیمارستان که Medicare هزینه آن را پرداخت می‌کند، حتی اگر در مطالعه شرکت نداشته‌اید.
- عمل جراحی یا رویه‌های پزشکی دیگری که بخشی از مطالعه تحقیقاتی است.
- درمان هرگونه عوارض و پیامدهای جانبی مراقبت جدید

اگر بخشی از مطالعه‌ای باشید که مورد تأیید Medicare نیست، پرداخت هرگونه هزینه شرکت در آن مطالعه بر عهده شماست.

J3. اطلاعات بیشتر در مورد مطالعات تحقیقات بالینی

می‌توانید با مطالعه «Medicare و مطالعات تحقیقات بالینی» در وبسایت Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) درباره پیوستن به مطالعه تحقیقاتی بالینی اطلاعات بیشتری کسب کنید. در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

K. خدمات مراقبت بهداشتی شما در مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی چگونه تحت پوشش قرار می‌گیرد

K1. تعریف مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

یک مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی مکانی است که مراقبت‌هایی را ارائه می‌دهد که معمولاً در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی دریافت می‌کنید. اگر دریافت مراقبت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی بر خلاف باورهای مذهبی شما باشد، ما مراقبت در مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی را پوشش می‌دهیم. این مزایا فقط برای خدمات بستری Medicare Part A (خدمات مراقبت بهداشتی غیرپزشکی) است.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

K2. مراقبت از سوی مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

برای دریافت مراقبت از سوی مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی، باید سندی قانونی را امضا کنید که بیان می‌کند شما مخالف دریافت درمان پزشکی «غیر مستثنی» هستید.

- درمان پزشکی «غیر مستثنی» به هر مراقبتی گفته می‌شود که داوطلبانه است و به موجب هیچ قانون فدرال، ایالتی یا محلی الزامی نیست.

- درمان پزشکی «مستثنی» به هر مراقبتی گفته می‌شود که داوطلبانه نیست و به موجب قانون فدرال، ایالتی یا محلی الزامی است.

برای اینکه تحت پوشش برنامه ما باشید، مراقبتی که از مؤسسه بهداشتی درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می‌کنید باید دارای شرایط زیر باشد:

- مرکز ارائه‌کننده مراقبت باید مورد تأیید Medicare باشد.
 - پوشش خدمات برنامه ما محدود به جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت است.
 - اگر خدماتی از این مؤسسه دریافت می‌کنید که در یک مرکز به شما ارائه می‌شود:
 - وضعیت پزشکی شما باید به گونه‌ای باشد که به شما امکان دهد خدمات تحت پوشش را برای مراقبت در بیمارستان به صورت بستری یا مراقبت مرکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
 - قبل از پذیرش در این مرکز باید از ما تأییدیه بگیرید، در غیر این صورت اقامت شما تحت پوشش قرار نخواهد گرفت.
- محدودیت‌های پوشش خدمات بستری بیمارستان Medicare اعمال می‌شود. لطفاً به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

L1. DME به عنوان عضوی از برنامه ما

DME شامل اقلام ضروری خاص پزشکی است که توسط ارائه‌کننده سفارش داده می‌شود، مانند صندلی چرخدار، عصای زیر بغل، سیستم تشک برقی، لوازم دیابت، تخت‌های بیمارستانی سفارش داده شده توسط ارائه‌کننده برای استفاده در خانه، پمپ‌های تزریق درون وریدی (Intravenous, IV)، دستگاه‌های تولیدکننده گفتار، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

شما همیشه مالک اقلام خاصی مانند پروتز هستید.

در این بخش، درباره اقلام اجاره‌ای DME صحبت می‌کنیم. شما، به عنوان عضوی از برنامه ما، بدون توجه به مدت اجاره تجهیزات، معمولاً مالک DME نخواهید شد.

در شرایط محدود خاص، ما مالکیت اقلام DME را به شما منتقل می‌کنیم. برای اطلاع از الزاماتی که باید برآورده شود و مدارکی که باید ارائه دهید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

حتی اگر قبل از پیوستن به برنامه ما به مدت 12 ماه متوالی DME تحت Medicare داشته باشید، مالک آن تجهیزات نخواهید شد.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 3: استفاده از پوشش برنامه ما برای مراقبت بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

L2. مالکیت DME در صورتی که بیمه خود را به Original Medicare تغییر دهید

در برنامه Original Medicare program، افرادی که انواع خاصی از DME را اجاره می کنند، پس از 13 ماه صاحب آن می شوند. در طرح Medicare Advantage (MA)، این طرح می تواند تعداد ماه هایی را که افراد باید انواع خاصی از DME را قبل از مالکیت آن اجاره کنند، تعیین کند.

توجه: می توانید تعاریف اصلی برنامه های Original Medicare و MA را در فصل 12 بیابید. همچنین

می توانید اطلاعات بیشتری درباره آنها در کتابچه راهنمای Medicare و شما 2025

(Medicare & You 2025) بیابید. اگر نسخه ای از این دفترچه ندارید، می توانید آن را در وبسایت

Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) یا با تماس با شماره تلفن

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. کاربران TTY باید با شماره

1-877-486-2048 تماس بگیرند، دریافت کنید.

اگر Medi-Cal انتخاب نشود، باید 13 پرداخت متوالی تحت Original Medicare انجام دهید، یا باید تعداد

پرداخت های متوالی تعیین شده توسط طرح MA را انجام دهید، تا اینکه مالک مورد DME شوید، اگر:

- زمانی که در برنامه ما بودید، مالک مورد DME نشدید، و

- طرح ما را ترک می کنید و مزایای Medicare خود را خارج از هر طرح بهداشتی در برنامه

Original Medicare یا طرح MA دریافت می کنید.

اگر قبل از پیوستن به طرح ما، برای مورد DME تحت Original Medicare یا یک طرح MA پرداخت کرده اید،

آن پرداخت های Original Medicare یا طرح MA در پرداخت هایی که باید پس از ترک طرح ما انجام دهید،

محاسبه نمی شود.

- شما باید 13 پرداخت جدید پشت سر هم تحت Original Medicare یا تعدادی پرداخت جدید پشت سر هم

که توسط طرح MA برای مالکیت مورد DME تعیین شده است، انجام دهید.

- هنگامی که به Original Medicare یا یک طرح MA باز می گردید، هیچ استثنایی در این مورد وجود ندارد.

L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضوی از برنامه ما

اگر واجد شرایط استفاده از تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare و عضوی از برنامه ما باشید، این موارد را

پوشش می دهیم:

- اجاره تجهیزات اکسیژن

- تجهیزات رساننده اکسیژن و محتویات اکسیژنی به بدن

- لوله و لوازم جانبی مربوط به تجهیزات رساننده اکسیژن و محتویات اکسیژنی به بدن

- نگهداری و تعمیر تجهیزات اکسیژن

زمانی که تجهیزات اکسیژن دیگر از نظر پزشکی برای شما ضروری نباشد یا در صورتی که از برنامه ما خارج شوید، باید

تجهیزات اکسیژن را بازگردانید.



L4. تجهیزات اکسیژن در صورتی که بیمه خود را به Original Medicare یا طرح Medicare Advantage (MA) دیگری تغییر دهید

هنگامی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری است و از برنامه ما خارج می‌شوید و بیمه‌تان را به Original Medicare تغییر می‌دهید، آن را از تأمین‌کننده‌ای به مدت 36 ماه اجاره می‌کنید. اجاره‌های پرداختی ماهانه شما شامل تجهیزات اکسیژن و لوازم و خدمات ذکر شده در بالا می‌شود.

اگر تجهیزات اکسیژن پس از اجاره به مدت 36 ماه از نظر پزشکی ضروری باشد، تأمین‌کننده شما باید موارد زیر را ارائه دهد:

- لوازم و تجهیزات اکسیژن و خدمات به مدت 24 ماه دیگر.
 - لوازم و تجهیزات اکسیژن تا سقف 5 سال، اگر ضرورت پزشکی داشته باشد
 - اگر تجهیزات اکسیژن پس از پایان این دوره 5 ساله همچنان ضرورت پزشکی داشت:
 - تأمین‌کننده شما دیگر الزامی به ارائه آن ندارد و می‌توانید تجهیزات جایگزین را از هر تأمین‌کننده‌ای دریافت کنید.
 - دوره 5 ساله جدیدی آغاز می‌شود.
 - از تأمین‌کننده‌ای به مدت 36 ماه اجاره می‌کنید.
 - سپس لوازم و تجهیزات اکسیژن و خدمات را تأمین‌کننده به مدت 24 ماه دیگر ارائه می‌کند.
 - تا زمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد، هر 5 سال چرخه جدیدی شروع می‌شود.
- هنگامی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری است و شما طرح ما را ترک می‌کنید و به طرح MA دیگری تغییر می‌دهید، این طرح حداقل آنچه را که Original Medicare پوشش می‌دهد پوشش می‌دهد. می‌توانید از طرح MA جدید خود بپرسید که چه تجهیزات و منابع اکسیژن را پوشش می‌دهد و هزینه‌های شما چقدر خواهد بود.

فصل 4: جدول مزایا

مقدمه

این فصل در مورد خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد و هرگونه محدودیت یا قوانین محدودکننده در آن خدمات به شما می‌گوید. همچنین در مورد مزایایی که تحت پوشش طرح ما نیستند به شما می‌گوید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

اعضای جدید CalOptima Health OneCare Flex Plus: در بیشتر موارد، در اولین روز از ماه پس از درخواست ثبت‌نام در CalOptima Health OneCare Flex Plus، برای مزایای Medicare خود در CalOptima Health OneCare Flex Plus ثبت‌نام خواهید کرد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح درمانی قبلی Medi-Cal به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق CalOptima Health OneCare Flex Plus دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید، لطفاً با ما به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، تماس بگیرید.



فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش برای شما.....	66
A1. در شرایط اورژانس سلامتی عمومی.....	66
B. قوانینی برعلیه ارائه دهندگانی که بابت خدمات از شما هزینه دریافت می کنند.....	66
C. درباره جدول مزایای طرح ما.....	67
D. جدول مزایای طرح ما.....	70
E. پشتیبانیهای جامعه.....	119
F. مزایای تحت پوشش خارج از برنامه ما.....	127
F1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT).....	127
F2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental.....	127
F3. مراقبت های آسایشگاهی.....	128
F4. خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS).....	129
F5. 1915(c) چشم پوشی از خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS).....	129
F6. خدمات بهداشت رفتاری شهرستان ارائه شده خارج از برنامه ما (سلامت روان و خدمات اختلال مصرف مواد).....	132
G. مزایایی که توسط طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش داده نمی شود.....	134



A. خدمات تحت پوشش برای شما

این فصل در مورد خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد به شما اطلاعاتی ارائه مینماید. همچنین می‌توانید در مورد خدماتی که تحت پوشش نیستند اطلاعات کسب کنید. اطلاعات مربوط به فواید دارو در فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا شما آمده است. این فصل همچنین محدودیت‌های برخی خدمات را توضیح می‌دهد.

اگر برای آگاهی از خدمات تحت پوشش به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید.

اگر شرایط عضویت در Medi-Cal خود را از دست بدهید، CalOptima Health OneCare Flex Plus به پوشش تمام مزایای تحت پوشش Medicare شما تا 6 ماه ادامه خواهد داد، در حالی که شما مجدداً برای Medi-Cal درخواست می‌دهید (دوره 6 ماهه واجد شرایط بودن ادامه دار تلقی می‌شود). با این حال، در این مدت، ما به پوشش مزایای Medi-Cal (Medicaid) که تحت برنامه دولتی Medi-Cal (Medicaid) قابل اجرا هستند، ادامه نخواهیم داد و حق بیمه Medicare یا اشتراک هزینه را که Medi-Cal از طرف شما پرداخت می‌کند، را نخواهیم پرداخت. مبالغ اشتراک هزینه مدیکر برای مزایای اساسی و تکمیلی Medicare در این دوره تغییر نمی‌کند. با این حال، اگر به یک ارائه دهنده خارج از شبکه و بدون قرارداد مراجعه کنید، ممکن است مسئولیت 20% اشتراک هزینه (بیمه مشترک) Medicare را بر عهده بگیرید.

A1. در شرایط اورژانس سلامتی عمومی

در طی وضعیت اورژانس سلامتی عمومی (Public Health Emergency, PHE)، CalOptima Health OneCare Flex Plus، انعطاف‌پذیری‌های خاصی که آژانس‌های نظارتی از جمله مراکز Medicare و خدمات Medicaid و/یا وزارت خدمات مراقبت‌های بهداشتی ایالت کالیفرنیا (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) و (California state Department of Health Care Services, DHCS) اعطا کرده‌اند را اتخاذ می‌کند. به عنوان مثال، در طول همه‌گیری کووید 19، CalOptima Health OneCare Flex Plus برای اطمینان از دسترسی به موقع اعضا به خدمات، به تمدید کلیه مجوزهای دریافتی قبلی ادامه داد. CalOptima Health OneCare Flex Plus همچنین تماس تلفنی و/یا ویدیویی را به جای تعاملات رو در رو با توجه به نیازها و اولویت‌های اعضا در طول مدت اورژانس بهداشت عمومی، از جمله هرگونه تمدید وضعیت اورژانس بهداشت عمومی آینده، بکار گرفت. هرگونه انعطاف‌پذیری مشروط به مدت اورژانس بهداشت عمومی است، که ممکن است برای کل سال ادامه داشته باشد یا نداشته باشد.

برای هرگونه سؤال، می‌توانید با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

B. قوانینی برعلیه ارائه‌دهندگانی که بابت خدمات از شما هزینه دریافت می‌کنند

ما به ارائه‌دهندگان خود اجازه نمی‌دهیم برای خدمات تحت پوشش صورت‌حساب برایتان صادر کنند. ما مستقیماً به ارائه‌دهندگان خود پرداخت می‌کنیم و از شما در برابر هرگونه هزینه محافظت می‌کنیم. حتی اگر کمتر از هزینه‌هایی که ارائه‌دهنده بابت خدمات تعیین کرده است به ارائه‌دهنده پرداخت کنیم، باز هم این صدق می‌کند.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



شما هرگز نباید از یک ارائه‌دهنده برای خدمات تحت پوشش صورتحساب دریافت کنید. اگر چنین اتفاقی افتاد، به فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

C. درباره جدول مزایای طرح ما

جدول مزایا درباره خدماتی به شما می‌گوید که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند. در این جدول، خدمات تحت پوشش به ترتیب حروف الفبا آورده شده و توضیح داده می‌شود.

ما هزینه خدمات ذکرشده در جدول مزایا را در صورت رعایت قوانین زیر پرداخت می‌کنیم. تا زمانی که شرایط مشروح در زیر را داشته باشید، بابت خدمات ذکرشده در جدول مزایا هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

- ما خدمات Medicare و Medi-Cal شما را طبق قوانین تعیین‌شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌دهیم.

- خدمات شامل مراقبت‌های پزشکی، سلامت رفتاری و خدمات سوءمصرف مواد، خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت، لوازم، تجهیزات و داروها باید «ضرورت پزشکی» داشته باشند. واژه «ضرورت پزشکی» به خدمات، لوازم یا داروهایی که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت فعلی سلامتی‌تان نیاز دارید، اشاره دارد. این شامل مراقبت‌هایی می‌شود که شما را از رفتن به بیمارستان یا آسایشگاه باز می‌دارد. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها با استانداردهای پذیرفته‌شده پزشکی مطابقت دارند.

- برای ثبت نام کنندگان جدید، این طرح باید حداقل دوره انتقال 90 روزه را ارائه دهد، در این مدت، طرح MA جدید ممکن است نیازی به مجوز قبلی برای هیچ دوره فعال درمانی نداشته باشد، حتی اگر دوره درمان برای خدماتی با ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد.

- شما خدمات مراقبتی‌تان را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت می‌کنید. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. در بیشتر موارد، مراقبت‌هایی که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، مگر اینکه یک مراقبت اضطراری یا فوری مورد نیاز باشد یا اگر برنامه شما یا ارائه‌دهنده شبکه به شما ارجاع داده باشد. فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در مورد استفاده از ارائه‌دهندگان شبکه و خارج از شبکه دارد.

- شما یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) یا یک تیم مراقبتی دارید که مراقبت‌ها را به شما ارائه می‌دهد و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما باید برای اینکه بتوانید از ارائه‌دهنده‌ای غیر از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه‌تان یا از سایر ارائه‌دهندگان عضو شبکه طرح استفاده کنید، ابتدا تأییدیه بدهد. به این کار، ارجاع می‌گویند. فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در مورد دریافت ارجاع و زمان‌هایی که به ارجاع نیاز نیست، ارائه می‌دهد.

- ما برخی از خدمات ذکرشده در جدول مزایا را تنها در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان شبکه ابتدا تأییدیه ما را دریافت کند. به این موضوع «مجوز» قبلی گفته می‌شود. ما خدمات تحت پوشش را که نیاز به مجوز قبلی دارند در جدول مزایا با ستاره (*) علامت‌گذاری می‌کنیم.

- اگر طرح شما تأییدیه درخواست PA را برای یک دوره درمانی ارائه می کند، تأییدیه باید تا زمانی که از نظر پزشکی معقول و ضروری باشد معتبر باشد تا از اختلال در مراقبت بر اساس معیارهای پوشش، سابقه پزشکی شما و توصیه های ارائه دهنده خدمات درمانی جلوگیری شود.
- اگر مزایای Medi-Cal خود را از دست بدهید، در مدت شش (6) ماه پس از ادامه واجد شرایط بودن، مزایای Medicare شما در این طرح ادامه خواهد داشت. با این حال، خدمات Medi-Cal شما ممکن است تحت پوشش قرار نگیرد. برای کسب اطلاعات در مورد واجد شرایط بودن خود در Medi-Cal، با دفتر واجد شرایط بودن شهرستان یا گزینه های مراقبت بهداشتی یا Health Care Options تماس بگیرید. شما می توانید مزایای Medicare خود را حفظ کنید، اما مزایای Medi-Cal را نمی توانید حفظ نمایید.
- اطلاعات مهم در زمینه مزایا برای اعضای دارای شرایط مزمن خاص.
- اگر شرایط مزمن زیر را دارید و معیارهای پزشکی خاصی را دارید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای اضافی باشید:
- وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر.
- اختلالات خود ایمنی محدود به پلی آرتریت ندوزا، پلیمیالژیا روماتیکا، پلی میوزیت، آرتریت روماتوئید و لوپوس اریتماتوی سیستمیک.
- سرطان، به استثنای مرحله پیش از سرطان یا وضعیت درجا یا in-situ.
- اختلالات قلبی عروقی محدود به آریتمی های قلبی، بیماری عروق قلب، بیماری عروق محیطی، و اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن.
- نارسایی مزمن قلبی؛
- زوال عقل؛
- دیابت شیرین یا وابسته به انسولین؛
- بیماری کبدی در مراحل پایانی؛ مرحله نهایی بیماری کلیوی (ESRD) که نیاز به دیالیز دارد.
- اختلالات خونی شدید محدود به کم خونی آپلاستیک، هموفیلی، پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی، سندرم میلودیسپلاستیک، بیماری سلول داسی شکل (به استثنای ژن سلول داسی شکل)، و اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن.
- HIV/AIDS.
- اختلالات مزمن ریوی محدود به آسم، برونشیت مزمن، آمفیزم، فیروز ریوی، و فشار خون ریوی.
- شرایط سلامت روان مزمن و ناتوان کننده محدود به اختلالات دوقطبی، اختلالات افسردگی شدید، اختلال پارانوئید، اسکیزوفرنی، و اختلال اسکیزوافکتیو. اختلالات سیستم عصبی محدود به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، صرع، فلج گسترده (به عنوان مثال، همی پلژی، چهار پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی)، بیماری هانتینگتون، مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس، بیماری پارکینسون، پلی نوروپاتی، تنگی نخاعی، و مشکلات عصبی وابسته به سکنه مغزی و
- سکت مغزی.

- همه اعضا واجد شرایط مزایای اضافی نخواهند بود. اعضا باید:
 - یک یا چند بیماری مزمن همزام و وضعیت پیچیده پزشکی که تهدید کننده زندگی است یا به طور قابل توجهی سلامت کلی یا عملکرد فرد ثبت نام شده را محدود می کند داشته باشند.
 - خطر بالای بستری شدن در بیمارستان یا سایر پیامدهای نامطلوب سلامتی را داشته باشند. و
 - نیاز به هماهنگی مراقبت های ویژه داشته باشند.
 - برای تعیین اینکه آیا واجد شرایط دریافت مزایای اضافی هستید، ارائه دهنده شما بایستی تشخیص داده شده در مورد شما را تایید نماید یا CalOptima Health OneCare Flex Plus ارزیابی خطر سلامتی (HRA) شما را تکمیل می کند.
 - لطفاً برای اطلاعات بیشتر به ردیف «کمک به برخی بیماری های مزمن» در نمودار مزایا مراجعه کنید.
 - لطفاً برای اطلاع از واجد شرایط بودن برای مزایای اضافی با ما تماس بگیرید.
- کلیه خدمات پیشگیرانه رایگان است. این علامت سیب 🍏 را در کنار خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا می بینید.

D. جدول مزایای طرح ما

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	 غربالگری آنوریسم آئورت شکمی ما در کل یک بار هزینه غربالگری سونوگرافی را برای افراد در معرض خطر پرداخت می‌کنیم. این طرح تنها در صورتی این غربالگری را پوشش می‌دهد که شما عوامل خطر خاصی داشته باشید و برای آن از پزشک، دستیار پزشک، پزشک پرستار یا متخصص پرستار بالینی ارجاع دریافت کنید.
\$0	طب سوزنی ما هزینه حداکثر دو نوبت خدمات طب سوزنی سرپایی در هر ماه تقویمی، یا به دفعات بیشتر اگر ضرورت پزشکی داشته باشد، پرداخت می‌کنیم. همچنین اگر کمردرد مزمن طبق معیارهای زیر دارید، هزینه حداکثر 12 جلسه طب سوزنی را در دوره 90 روز پرداخت می‌کنیم: • 12 هفته یا بیشتر طول کشیده باشد؛ • دلیل خاصی نداشته باشد (هیچ علت سیستمیک قابل شناسایی نداشته باشد، مانند بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی). • با جراحی مرتبط نباشد؛ و • با بارداری مرتبط نباشد. علاوه بر این، در صورت نشان دادن بهبودی، ما هزینه هشت جلسه طب سوزنی بیشتر را برای کمردرد مزمن پرداخت می‌کنیم. شما نمی‌توانید سالانه بیش از 20 جلسه طب سوزنی برای کمردرد مزمن دریافت کنید. درمان‌های طب در صورت عدم بهبود یا بدتر شدن باید متوقف شود.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	غربالگری و مشاوره سوء مصرف الکل ما هزینه یک غربالگری سوء مصرف الکل و مواد مخدر، که به عنوان غربالگری، ارزیابی، مداخلات کوتاه مدت و ارجاع به درمان (SABIRT) شناخته می شود را یکبار در سال برای بزرگسالانی که سوء مصرف الکل و/یا مواد مخدر دارند، اما وابستگی به الکل و/یا مواد مخدر ندارند، پرداخت می کنیم. این شامل زنان باردار نیز می شود. در صورت لزوم ممکن است غربالگری های دیگری نیز انجام شود. ضرورت پزشکی باید توسط یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) یا پزشک واجد شرایط در یک محیط مراقبت های اولیه مکتوب شود.
\$0	خدمات آمبولانس* خدمات آمبولانس، چه برای موارد اورژانس و چه برای موارد غیر اورژانس تحت پوشش شامل خدمات آمبولانس زمینی، و هوایی (هواپیما و بالگرد) است. آمبولانس شما را به نزدیکترین مکانی که می توانید در آنجا تحت مراقبت قرار گیرید، می برد. وضعیت شما باید آنقدر جدی باشد که راه های دیگر رسیدن به محل خدمات مراقبتی سلامت یا جان شما را به خطر بیندازد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد باید به تأیید ما برسد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد (غیر اورژانسی) باید مورد تأیید ما باشد. در مواردی که اورژانسی نیستند، ممکن است هزینه آمبولانس را بپردازیم. وضعیت شما باید به اندازه ای جدی باشد که روش های دیگر رسیدن به محل مراقبت ممکن است زندگی یا سلامتی شما را به خطر بیندازد. * قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.
\$0	معاینه فیزیکی سالانه ما شما را به انجام یک معاینه فیزیکی معمولی در سال تشویق می کنیم. این معاینه یک ارزیابی کامل از سلامت شما خواهد بود و در صورت نیاز، شامل خدمات آزمایشگاهی و سایر غربالگریها خواهد بود. اگر از نظر پزشکی جزو مراقبت های پیشگیرانه مناسب باشد، این معاینه تحت پوشش قرار می گیرد.



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 4: جدول مزایا

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	 ویزیت سالانه تندرستی شما باید یک چکاپ سالانه انجام دهید. این کار برای ایجاد یا به روزرسانی یک برنامه پیشگیری بر اساس عوامل خطر فعلی شما است. ما هزینه آن را یکبار در هر دوره 12 ماهه پرداخت می کنیم. توجه: اولین ویزیت سالانه سلامتی شما نمی تواند در عرض 12 ماه پس از ویزیت خوش آمد به Medicare (Welcome to Medicare) انجام شود. با این حال، برای دریافت ویزیت سالانه سلامتی پس از دریافت قسمت B به مدت 12 ماه، نیازی به ویزیت Welcome to Medicare ندارید.
\$0	خدمات پیشگیرانه آسم شما می توانید از آموزش های آسم و ارزیابی محیط خانه برای شناسایی محرک هایی که معمولاً در خانه افراد مبتلا به آسم با سطح کنترل ضعیف وجود دارد، بهره مند شوید.
\$0	 سنجش تراکم استخوان ما هزینه برخی از اقدامات را برای اعضای واجد شرایط (معمولاً افرادی که در معرض خطر از دست دادن توده استخوانی یا در معرض خطر پوکی استخوان هستند) می پردازیم. اینها اقداماتی است که طی آن توده استخوانی یا قسمت از دست رفته استخوان شناسایی می شود، یا کیفیت استخوان تعیین می گردد. ما هزینه این خدمات یکبار در هر دوره 24 ماهه، یا به دفعات بیشتر اگر ضرورت پزشکی داشته باشد، پرداخت می کنیم. ما همچنین هزینه ای را برای پزشک پرداخت می کنیم تا نتایج را ببیند و نظر دهد.
\$0	 غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • یک ماموگرافی پایه بین سن 35 تا 39 سال • یک ماموگرافی غربالگری هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا • معاینه بالینی پستان هر 24 ماه یکبار

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات توانبخشی قلبی * ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی مانند ورزش، آموزش، و مشاوره را پرداخت می کنیم. اعضا باید ضمن داشتن معرفی نامه از پزشک، شرایط خاصی را داشته باشند. ما همچنین برنامه های توانبخشی قلبی فشرده را پوشش می دهیم، که فشرده تر از برنامه های توانبخشی قلبی هستند. * قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.
\$0	ویزیت کاهش خطر بیماری های قلبی عروقی (درمان بیماری قلبی) ما هر سال هزینه یک ویزیت، یا بیشتر اگر ضرورت پزشکی داشته باشد، را برای مراجعه به ارائه دهنده مراقبت های اولیه تان (PCP) پرداخت می کنیم تا به کاهش خطر ابتلا به بیماری های قلبی کمک کنیم. در طول ویزیت، پزشک ممکن است: • در مورد استفاده از آسپرین صحبت کند، • فشار خون شما را چک کند، و/یا • به شما نکاتی را گوشزد کند تا از تغذیه خوب و مناسب شما اطمینان یابد.
\$0	آزمایش بیماری های قلبی عروقی ما هزینه آزمایش های خون را برای بررسی بیماری های قلبی عروقی یکبار در هر دوره پنج ساله (60 ماه) پرداخت می کنیم. در این آزمایشات خون، عوارض ناشی از خطر بالای بیماری قلبی نیز بررسی می شود.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	 غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • برای همه زنان: تست پاپ اسمیر و معاینه لگن یکبار در هر دوره 24 ماهه • برای زنانی که در معرض خطر بالای سرطان دهانه رحم یا واژن هستند: تست پاپ اسمیر یکبار در هر دوره 12 ماهه • برای زنانی که در 3 سال گذشته نتیجه تست پاپ اسمیر آنها غیرطبیعی بوده است و در سنین باروری هستند: تست پاپ اسمیر یکبار در هر دوره 12 ماهه • برای زنان 30 تا 65 ساله: آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (Human Papillomavirus, HPV) یا آزمایش پاپ پلاس HPV یکبار در هر دوره 5 ساله
\$0	خدمات کایروپراکتیک ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • تنظیم ستون فقرات برای اصلاح انحراف خدمات کایروپراکتیک Medi-Cal به دو نوبت در ماه در ترکیب با خدمات طب سوزنی، شنوایی سنجی، کاردرمانی و گفتار درمانی محدود می شود. ممکن است Medi-Cal در صورتی که خدمات دیگر دارای ضرورت پزشکی باشند برای آنها پیش تأییدیه صادر کند. اعضای زیر واجد شرایط دریافت خدمات کایروپراکتیک هستند: • زنان باردار یا به ماه که شامل 60 روز پس از پایان بارداری نیز می شود • افرادی که در مرکز پرستاری تخصصی، مرکز مراقبت های سطح متوسط یا مرکز مراقبت های شبه حاد بستری هستند • همه اعضا، چنانچه خدمات در بخش های سرپایی بیمارستان کانتی، کلینیک های سرپایی، مراکز بهداشت مورد تأیید فدرال (Federally Qualified Health Centers, FQHC) یا کلینیک های بهداشت روستایی (Rural Health Clinic, RHC) که در شبکه CalOptima Health هستند ارائه شوند. همه FQHC ها، RHC ها یا بیمارستان های کانتی، خدمات کایروپراکتیک سرپایی ارائه نمی دهند.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	غربالگری سرطان کلورکتال (روده بزرگ)* ما هزینه خدمات زیر را برای افراد 50 سال به بالا پرداخت می کنیم: • کولونوسکوپی حداقل یا حداکثر محدودیت سنی ندارد و برای افرادی که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال نیستند، هر 120 ماه (10 سال) یک بار، 48 ماه پس از سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر قبلی پوشش داده می شود. برای اشخاص با ریسک بالا، 24 ماه پس از کولونوسکوپی غربالگری قبلی یا تنقیه باریم پوشش داده می شود. • سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر برای بیماران 45 سال و بالاتر. هر 120 ماه یک بار برای افرادی که در معرض خطر بالا نیستند، پس از انجام کولونوسکوپی غربالگری بیمار و هر 48 ماه یک بار برای اشخاص با ریسک بالا بعد از آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر یا تنقیه باریم، پوشش داده می شود. • غربالگری آزمایش خون مخفی مدفوع برای اشخاص 45 سال و بالاتر. هر 12 ماه یکبار • آزمایش DNA مدفوع چند منظوره برای اشخاص 45 تا 85 ساله و فاقد معیارهای خطر بالا. هر 3 سال یکبار. • آزمایشات نشانگر بیومارکر زیستی خون برای اشخاص 45 تا 85 ساله و فاقد معیارهای خطر بالا. هر 3 سال یکبار. • تنقیه باریم به عنوان جایگزینی برای کولونوسکوپی (یا غربالگری باریم انما) برای افراد در معرض خطر بالای سرطان کلورکتال، هر 24 ماه از آخرین باریم انما غربالگری یا آخرین کولونوسکوپی غربالگری. • تنقیه باریم به عنوان جایگزینی برای سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر برای بیماران در معرض خطر پایین و سن بالای 45 سال. یکبار حداقل 48 ماه پس از آخرین باریم انما غربالگری یا سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر غربالگری. آزمایش های غربالگری سرطان کولورکتال شامل یک کولونوسکوپی غربالگری برای پیگیری پس از اینکه نتیجه آزمایش مدفوع غربالگری سرطان کولورکتال غیر تهاجمی تحت پوشش Medicare مثبت شد، می شود. * با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS)* (Community-Based Adult Services, CBAS) یک برنامه خدمات سرپایی در داخل مراکز مربوطه است که افراد طبق برنامه زمانی در آن شرکت می کنند. این برنامه خدمات پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان ها (شامل کاردرمانی، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت از خانواده ها/مراقبان، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را ارائه می کند. اگر شما معیارهای صلاحیت را داشته باشید، هزینه CBAS را پرداخت می کنیم. توجه: اگر مرکز CBAS در دسترس نباشد، می توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه کنیم. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات دندانپزشکی* ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی، از جمله، اما نه محدود به، جرمگیری، پر کردن، و دندان مصنوعی را می پردازیم. هزینه هایی را که ما پوشش نمی دهیم از طریق برنامه دندانپزشکی Dental Medi-Cal، که در قسمت F2 در پایین توضیح داده شده است در دسترس هستند. ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی را زمانی پرداخت می کنیم که این خدمات بخشی جدایی ناپذیر از درمان خاص شرایط پزشکی اولیه ذینفع باشد. برخی از نمونه ها عبارتند از بازسازی فک پس از شکستگی یا آسیب، کشیدن دندان برای آماده سازی برای درمان پرتودرمانی سرطان فک، یا معاینات دهان و دندان قبل از پیوند کلیه. ما خدمات جامع دندانپزشکی را پوشش می دهیم از جمله: • معاینه محدود دهان و دندان، • عکسبرداری تشخیصی با اشعه ایکس، • خدمات پرپودنتیک یا درمان لثه، • خدمات عصب کشی، • پروتزهای دندانی، • جراحی دهان و فک و صورت و • سایر خدمات عمومی دندانپزشکی. خدماتی را که ما پوشش نمی دهیم از طریق Medi-Cal Dental در دسترس است. *قوانین مجوز قبلی ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.
\$0	غربالگری افسردگی  ما هر سال هزینه یک نوبت غربالگری افسردگی را پرداخت می کنیم. غربالگری باید در محیط مراقبت های اولیه انجام شود تا ارائه درمان های پیگیرانه (فالوآپ) و ارجاعات امکان پذیر باشد.



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 4: جدول مزایا

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	 غربالگری دیابت ما هزینه این غربالگری (شامل آزمایشات قند ناشتا) را در صورت داشتن هر یک از عوامل خطر زیر پرداخت می‌کنیم: • فشار خون بالا (hypertension) • سابقه غیر طبیعی بودن میزان کلسترول و تری‌گلیسیرید (dyslipidemia) • چاقی • سابقه قند خون بالا (گلوکز) آزمایشات ممکن است در برخی موارد دیگر پوشش داده شوند، مثل اگر اضافه وزن دارید و سابقه خانوادگی دیابت دارید. پس از تاریخ آخرین آزمایش غربالگری دیابتتان، شما ممکن است واجد شرایط حداکثر دو غربالگری دیابت در هر 12 ماه باشید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	آموزش، خدمات و ملزومات خود مدیریتی دیابت* ما هزینه خدمات زیر را برای همه افرادی که دیابت دارند (چه از انسولین استفاده بکنند یا نه) پرداخت می کنیم: • لوازم نظارت بر قند خون، از جمله موارد زیر: ○ دستگاه سنجش قند خون ○ نوار تست قند خون ○ دستگاه های لانست و لانست ها ○ محلول های کنترل گلوکز برای بررسی عملکرد درست نوارهای تست و دستگاه های سنجش • برای افراد مبتلا به دیابت که بیماری پای دیابتی با درجه شدید دارند، ○ یک جفت کفش سفارشی درمانی (شامل کفی طبی)، شامل اندازه گیری برای سایز، و دو جفت کفی اضافی در هر سال تقویمی، یا ○ یک جفت کفش عمقی، از جمله اندازه کردن، و سه جفت کفی در هر سال (غیر از کفی های قابل جداسازی غیر سفارشی که همراه چنین کفش هایی ارائه می شود) • در برخی موارد، ما هزینه آموزش های کمک به مدیریت دیابت را برای شما پرداخت می کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود
\$0	خدمات همراه زائو برای افرادی که باردار هستند، ما هزینه 9 ویزیت با حضور همراه زائو را در دوران قبل از زایمان و پس از زایمان و همچنین پشتیبانی در طول بارداری و زایمان پرداخت می کنیم.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مرتبط* برای تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME)»، به فصل 12 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. ما موارد زیر را پوشش می دهیم: • صندلی چرخ دار، از جمله صندلی چرخ دار برقی • عصای زیر بغل • سیستم های تشک برقی • پد فشار خشک برای تشک • لوازم دیابت • تخت های بیمارستانی که توسط یک ارائه دهنده برای استفاده در خانه سفارش داده شده است • پمپ های تزریق داخل وریدی (Intravenous, IV) و پایه سرم • دستگاه های تولید گفتار • تجهیزات اکسیژن و لوازم مربوطه • نبولایزر • واکرها • دسته منحنی استاندارد یا عصای چهار پایه و لوازم تعویضی • دستگاه کشش گردن (قابلیت نصب روی در) • استیمولاتور استخوان • تجهیزات دیالیز موارد دیگر ممکن است پوشش داده شود. ما هزینه تمام تجهیزات DME که ضرورت پزشکی داشته باشد و Medicare و Medi-Cal معمولاً پوشش می دهند پرداخت می کنیم. اگر تأمین کننده ما در منطقه شما برند یا سازنده خاصی را در دسترس ندارد، می توانید از آنها بپرسید که آیا می توانند آن را برای شما سفارش دهند یا خیر. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0 اگر مراقبت های اورژانسی را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت می کنید و پس از تثبیت وضعیت اورژانسی خود به مراقبت های بستری نیاز دارید، باید به یکی از بیمارستان های شبکه برگردید تا مراقبت شما همچنان تحت پوشش باشد یا باید مراقبت های بستری خود را در بیمارستان خارج از شبکه که این طرح مجوز داده است داشته باشید. شما هزینه مراقبت های اورژانسی و فوری و حمل و نقل اورژانسی خود را در خارج از ایالات متحده پرداخت می کنید و ما تا سقف \$100,000 در سال به شما بازپرداخت می کنیم.	مراقبت اورژانسی منظور از مراقبت اورژانسی خدماتی است با ویژگی های زیر: • توسط ارائه دهنده های آموزش دیده در حوزه ارائه خدمات اورژانسی ارائه شود، و • برای درمان یک وضعیت پزشکی اورژانسی مورد نیاز باشد. وضعیت پزشکی اورژانسی وضعیتی است که با درد شدید یا مصدومیت جدی همراه است. این وضعیت چنان جدی است که اگر فوری به آن رسیدگی نشود، بنا به تشخیص هر فرد دارای دانش متوسط در حوزه پزشکی و سلامت به این موارد منجر خواهد شد: • خطر جدی برای سلامتی شما یا فرزند متولد نشده شما؛ یا • آسیب جدی به عملکردهای بدن؛ یا • اختلال جدی در عملکرد بدن یا هریک از اندام ها یا بخش های آن. • در مورد زنان بارداری که در فاز فعال زایمان هستند، زمانی که: ○ زمان کافی برای انتقال امن شما به بیمارستان دیگر، پیش از وضع حمل، وجود نداشته باشد. ○ انتقال به بیمارستانی دیگر بتواند تهدیدی برای سلامت یا ایمنی شما یا فرزند متولد نشده شما باشد. ما برای مراقبت های اورژانسی و فوری و خدمات حمل و نقل اورژانسی که در خارج از ایالات متحده دریافت شده باشد یک مزایای \$100,000 ارائه می دهیم. شرایط مربوط به ضرورت و تناسب پزشکی برای پوشش دادن خدمات در سراسر جهان همانی است که اگر همان خدمات در داخل ایالات متحده ارائه می شد قابل اعمال بود. ابتدا باید هزینه مراقبت های پزشکی دریافت شده را بپردازید، خلاصه ترخیص یا مدارک پزشکی معادل و رسید پرداخت را ترجیحاً به انگلیسی و دلار ایالات متحده دریافت کنید. درخواست بازپرداخت را با تمام اسناد پشتیبانی به CalOptima Health OneCare Flex Plus ارسال کنید و ما قبل از بازپرداخت، آن را از لحاظ ضرورت و تناسب پزشکی بررسی خواهیم کرد.
\$0	افزایش سود دارویی درمان دارویی اختلال نعوظ تعداد 4 قرص در ماه (ژنریک) را پوشش می دهد.

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما امکان می دهد برای برخی از خدمات تنظیم خانواده، هر ارائه دهنده ای - چه ارائه دهنده درون شبکه یا ارائه دهنده خارج از شبکه - را انتخاب کنید. این به معنای هر پزشک، کلینیک، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده است. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • معاینه تنظیم خانواده و درمان پزشکی • آزمایشگاه تنظیم خانواده و تست های تشخیصی • روش های تنظیم خانواده (IUC/IUD، ایمپلنت، تزریق ها، قرص های ضد بارداری، چسب یا حلقه) • لوازم تنظیم خانواده با نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، پد، دیافراگم، کلاهک) • خدمات محدود باروری مانند مشاوره و آموزش در مورد تکنیک های آگاهی از باروری، و/یا مشاوره بهداشتی، آزمایش و درمان عفونت های مقاربتی قبل از بارداری (Sexually Transmitted Infections, STIs) • مشاوره و آزمایش HIV و ایدز و سایر عارضه های مرتبط با HIV • پیشگیری دائمی از بارداری (برای انتخاب این روش تنظیم خانواده، باید 21 سال یا بیشتر داشته باشید. شما باید حداقل 30 روز، اما حداکثر 180 روز قبل از تاریخ جراحی، یک فرم رضایت فدرال درخصوص عقیم سازی امضا کنید). • مشاوره ژنتیک ما همچنین هزینه برخی دیگر از خدمات تنظیم خانواده را پرداخت می کنیم. با این حال، باید از یک ارائه دهنده در شبکه ارائه دهندگان ما برای خدمات زیر استفاده کنید: • درمان عارضه پزشکی ناباروری (این خدمات شامل روش های مصنوعی برای باردار شدن نمی شود). • درمان ایدز و سایر عارضه های مرتبط با HIV • آزمایش ژنتیک



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	کارت چند منظوره Flex Card: برای داروهای بدون نسخه (OTC) و مواد غذایی \$245 کل کمک هزینه یا محدودیت هزینه در هر سه ماه (هر 3 ماه) برای خرید اقلام زیر: • اقلام و لوازم OTC موجود در فروشگاه های خرده فروشی و از طریق کاتالوگ سفارش پستی OTC، و • برخی از اعضای مبتلا به برخی بیماری های مزمن ** ممکن است در هر دوره سه ماهه واجد شرایط استفاده از کارت چند منظوره Flex Card به مبلغ \$245 برای خرید مواد غذایی علاوه بر داروهای بدون نسخه باشند. این مزایا در روز اول هر دوره سه ماهه در ژانویه، آوریل، جولای و اکتبر در دسترس قرار می گیرد؛ موجودی باقیمانده به سه ماهه (های) بعدی منتقل نمی شود. شما می توانید از این مزیت برای خرید اقلام بدون نسخه مانند داروهای سرماخوردگی و سرفه، استامینوفن، بانداژ و سایر محصولات واجد شرایط استفاده کنید. در صورت سفارش از طریق کاتالوگ سفارش پستی OTC، اقلام مستقیماً به خانه شما ارسال می شود. شما یک کاتالوگ سفارش پستی با دستورالعمل های سفارش و جزئیات مربوط به اقلامی که می توانید با کمک هزینه خود خریداری کنید دریافت خواهید کرد. شما می توانید از این مزیت برای خرید مواد غذایی واجد شرایط از جمله محصولات تازه، غذاهای کامل و غذاهای کنسرو شده استفاده کنید. مشروبات الکلی، تنباکو، نوشیدنی های شیرین و سایر اقلام را نمی توانید با کمک هزینه Flex Card تهیه نمایید. ** همه اعضا واجد شرایط خرید اقلام مواد غذایی نیستند. لطفاً برای اطلاع از نحوه واجد شرایط بودن برای خرید اقلام خواربار، ردیف «کمک به برخی بیماری های مزمن» را در ادامه این نمودار ببینید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	 برنامه‌های آموزشی سلامت و تندرستی ما برنامه‌های زیادی را ارائه می‌دهیم که بر عارضه‌های خاصی تمرکز دارند. این برنامه‌ها شامل موارد زیر هستند: • کلاس‌های آموزش بهداشت؛ • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • ترک سیگار و دخانیات؛ و • خط اضطراری خدمات پرستاری موارد زیر بدون هیچ هزینه‌ای در دسترس شما است: • ضویت در مراکز تناسب اندام یا YMCA که در برنامه شرکت می‌کنند. • یک برنامه ورزشی و طرح سلامت دوران سالمندی که به صورت اختصاصی برای ذینفعان Medicare طراحی شده است، شامل گزینه‌های عضویت بدون هزینه در مراکز تناسب اندام یا مراکز ورزشی موجود است. • انواع ویدیوهای درخواستی از طریق وب سایت • جلسات مربی‌گری سالمندی سالم از طریق تلفن و ویدیو یا چت با یک مربی آموزش‌دیده که می‌توانید در مورد موضوعاتی مانند ورزش، تغذیه، انزوای اجتماعی و سلامت مغز صحبت کنید • ردیاب فعالیت • شما واجد شرایط دریافت یکی از کیت‌های تناسب اندام خانگی زیر در هر سال هستید: ○ کیت ردیاب تناسب اندام پوشیدنی، ○ کیت یوگا مبتدی با تشک و حوله دستی، ○ کیت پیاده روی/راهپیمایی با 2 دسته مخصوص پیاده روی، ○ کیت یوگا متوسط/پیشرفته با بند مخصوص یوگا و 2 بلوک یوگا، ○ کیت پیلاتس با توپ و حوله پیلاتس، ○ کیت قدرت بدنی مبتدی با دمبل‌های 2 پوندی و نوارهای ورزشی، ○ کیت شنا مبتدی با عینک شنا و تخته شناور، این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 4: جدول مزایا

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند	
\$0	برنامه های آموزشی سلامت و تندرستی (ادامه) ○ کیت قدرت بدنی متوسط با دمبل های 3 پوندی و نوارهای ورزشی، ○ کیت شنای پیشرفته با دستکش های مقاومت در برابر آب و شناور کششی، یا ○ کیت قدرت بدنی پیشرفته با دمبل های 5 پوندی و نوارهای ورزشی. ● کلاس های آنلاین سالمندی سالم. ● باشگاه رفاهی برای مقالات و ویدیوهای اختصاصی و کلاس ها و رویدادهای مجازی زنده ● برنامه های تمرینی سفارشی	
\$0 CalOptima Health OneCare Flex Plus در هر سال تقویمی تا سقف \$1,000 برای لوازم کمک شنوایی را سوای سقف \$1,510 Medi-Cal پوشش می دهد. مبلغ \$1,000 مذکور برای یک گوش یا هر دو گوش قابل استفاده است، اما این مزایا را فقط یک بار در طول سال تقویمی می توان دریافت کرد. مسئولیت پرداخت هر مبلغی فراتر از این حد با خود شماست.	خدمات شنوایی* ما هزینه تست های شنوایی و تعادل را که توسط ارائه دهنده شما انجام شود، پرداخت می کنیم. این آزمایش ها به شما می گویند که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید یا خیر. هنگامی که آنها را از پزشک، شنوایی سنج یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط دریافت می کنید، اینها تحت پوشش مراقبت های سرپایی قرار می گیرند. ما همچنین هزینه سمعک را با تجویز پزشک یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط پرداخت می کنیم، از جمله: ● قالب ها، لوازم و گوشی ها ● تعمیرات ● یک سری باتری برای بار اول ● شش بار مراجعه به همان فروشنده برای آموزش، تنظیمات و نصب پس از دریافت سمعک ● اجاره دوره آزمایشی سمعک ● دستگاه های شنیداری کمکی، دستگاه های شنوایی هدایت استخوانی که از بیرون گوش استفاده می شوند ● خدمات شنوایی سنجی و پس از ارزیابی مرتبط با سمعک *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.	

اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	کمک به برخی بیماریهای مزمن اعضایی که شرایط مزمن خاصی دارند، در معرض خطر بالای بستری شدن در بیمارستان هستند و نیاز به هماهنگی مراقبت های ویژه دارند، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای اضافی باشند. شرایط مزمن شامل وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر است. اختلالات خود ایمنی محدود به پلی آرتریت ندوزا، پلیمیالژیا روماتیکا، پلی میوزیت، آرتریت روماتوئید و لوپوس اریتماتوی سیستمیک. سرطان، به استثنای شرایط پیش از سرطان یا وضعیت درجا یا insitu؛ اختلالات قلبی عروقی محدود به آریتمی های قلبی، بیماری عروق قلبی، بیماری عروق محیطی، و اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن. نارسایی مزمن قلبی؛ زوال عقل؛ دیابت شیرین وابسته با انسولین؛ مرحله نهایی بیماری کبد؛ مرحله نهایی بیماری کلیوی (ESRD) که نیاز به دیالیز دارد. اختلالات خونی شدید محدود به کم خونی آپلاستیک، هموفیلی، پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی، سندرم میلودیسپلاستیک، بیماری سلول داسی شکل (به استثنای ژن سلول داسی شکل)، و اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن. HIV/AIDS؛ اختلالات مزمن ریوی محدود به آسم، برونشیت مزمن، آمفیزم، فیبروز ریوی و فشار خون ریوی. شرایط سلامت روان مزمن و ناتوان کننده محدود به اختلالات دوقطبی، اختلالات افسردگی شدید اختلال پارانوئید، اسکیزوفرنی، و اختلال اسکیزوافکتیو. اختلالات سیستم عصبی محدود به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، صرع، فلج گسترده (به عنوان مثال، همی پلژی، چهار پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی)، بیماری هانتینگتون، مولتیپل اسکلروزیس، بیماری پارکینسون، پلی نوروپاتی، تنگی نخاعی، و مشکلات عصبی مربوط به سکته مغزی و سکته مغزی. کمک هزینه اقلام خواربار لطفاً برای اطلاعات در مورد مواردی که در این مزایا گنجانده شده است، ردیف «کارت چند منظوره Flex Card: برای اقلام بدون نسخه (OTC) و کمک هزینه اقلام مواد غذایی» را در ابتدای این نمودار ببینید.



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 4: جدول مزایا

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	غربالگری HIV ما در هر دوره 12 ماهه، هزینه یک معاینه غربالگری HIV پرداخت می کنیم برای افرادی که: • آزمایش غربالگری HIV را درخواست می کنند، یا • در معرض خطر ابتلا به عفونت HIV هستند. برای زنان باردار، ما تا سه آزمایش غربالگری HIV را در طول هر دوره بارداری پرداخت می کنیم. ما همچنین هزینه غربالگری (های) HIV را به دفعات بیشتر در صورتی که ارائه دهنده شما توصیه کرده باشد پرداخت می کنیم.
\$0	مراقبت های آژانس سلامت در منزل* قبل از اینکه بتوانید خدمات بهداشتی را در منزل دریافت کنید، پزشک باید به ما بگوید که به آنها نیاز دارید، و آنها باید توسط یک آژانس سلامت در منزل ارائه شوند. شما باید خانه نشین باشید، به این معنی که ترک کردن خانه برای شما مشکل است. ما هزینه خدمات زیر، و شاید خدمات دیگری خارج از این فهرست، را پرداخت می کنیم: • خدمات پرستاری تخصصی پاره وقت یا متناوب و کمک های بهداشتی در منزل (برای اینکه تحت پوشش مزایای مراقبت های بهداشتی در منزل قرار گیرند، مجموع خدمات پرستاری تخصصی و کمک های بهداشتی در منزل شما باید کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد). • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • تجهیزات و لوازم پزشکی *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	تزریقات در منزل* طرح ما هزینه تزریقات در منزل را طبق تعریف ذیل پرداخت می کند: تزریق داروها یا مواد بیولوژیکی که در ورید یا زیر پوست انجام می شوند، و در خانه به شما ارائه می گردد. برای انجام تزریقات در منزل به موارد زیر نیاز است: • دارو یا ماده بیولوژیکی، مانند گلوبولین ضد ویروسی یا ایمنی؛ • تجهیزات، مانند پمپ تزریق؛ و • لوازمی مانند لوله یا آنژیوکت. طرح ما خدمات تزریق در منزل را پوشش می دهد که شامل موارد زیر است اما محدود به اینها نمی شود: • خدمات حرفه ای، از جمله خدمات پرستاری، که مطابق با طرح مراقبت شما ارائه شده باشد؛ • آموزش و تعلیم اعضا که قبلاً در مزایای DME لحاظ نشده باشد؛ • نظارت از راه دور؛ و • خدمات نظارتی برای ارائه تزریقات در منزل و داروهای تزریقی در منزل که توسط یک تأمین کننده واجد شرایط تزریقات در منزل ارائه می شود. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
مبلغ پرداخت مشترک \$0 برای مراقبت های آسایشگاهی تحت پوشش Medicare. وقتی در یک برنامه آسایشگاهی مورد تأیید Medicare ثبت نام می کنید، هزینه خدمات آسایشگاهی شما و خدمات Part A و Part B مرتبط با تشخیص بیماری لاعلاج شما توسط Original Medicare پرداخت می شود و نه CalOptima Health OneCare Flex Plus.	مراقبت های آسایشگاهی اگر ارائه دهنده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که بیماری لاعلاج دارید، شما حق دارید که خدمات آسایشگاهی را انتخاب کنید. این بدان معنی است که شما یک بیماری لاعلاج دارید و امید به زندگی تان حداکثر شش ماه است. شما می توانید از هر برنامه آسایشگاهی که به تأیید Medicare رسیده است مراقبت دریافت کنید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه های آسایشگاهی دارای تأییدیه Medicare در محدوده طرح بیمه را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما هم می تواند از ارائه دهندگان شبکه و هم از ارائه دهندگان خارج از شبکه باشد. هنگام دریافت خدمات آسایشگاهی، طرح ما هزینه های زیر را پرداخت می کند: • داروهای برای درمان علائم و درد • مراقبت های فرجه ای کوتاه مدت • مراقبت در منزل صورت حساب خدمات آسایشگاهی و خدمات تحت پوشش Medicare Part B و Medicare Part A که مربوط به تشخیص بیماری لاعلاج شماست به Medicare صادر می شود. • برای اطلاعات بیشتر، به بخش F این فصل مراجعه کنید. برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند اما تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B نیستند: • طرح ما خدماتی را پوشش می دهد که تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B نیستند. ما خدمات را پوشش می دهیم، خواه به تشخیص بیماری لاعلاج شما مربوط باشد یا نباشد. شما برای این خدمات هزینه ای پرداخت نمی کنید. برای داروهایی که می تواند تحت پوشش مزایای Medicare Part D در طرح قرار گیرد: • داروها هرگز تحت پوشش خدمات آسایشگاهی و طرح ما به طور همزمان قرار نمی گیرند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	مراقبت‌های آسایشگاهی (ادامه) توجه: اگر یک بیماری جدی دارید، ممکن است واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید، که مراقبت‌های تیمی مبتنی بر بیمار و خانواده‌محور را برای بهبود کیفیت زندگی شما ارائه می‌دهد. شما ممکن است همزمان با مراقبت‌های درمانی/معمولی، مراقبت‌های تسکینی دریافت کنید. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به بخش مراقبت تسکینی که در پایین آمده است مراجعه کنید. توجه: در صورت نیاز به مراقبت‌های غیر آسایشگاهی، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود و/یا خدمات مشتریان تماس بگیرید تا خدمات را ترتیب دهد. مراقبت‌های غیر آسایشگاهی مراقبتی است که به تشخیص بیماری لاعلاج شما مرتبط نیست. طرح ما خدمات مشاوره آسایشگاهی (فقط یک بار) را برای اعضای مبتلا به بیماری لاعلاج که مزایای آسایشگاهی را انتخاب نکرده است، پوشش می‌دهد.
\$0	واکسیناسیون  ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • واکسن‌های ذات‌الریه • واکسن آنفولانزا/flu، یک‌بار در هر فصل شیوع آنفولانزا/flu در پاییز و زمستان، و امکان دریافت واکسن‌های آنفولانزا/flu بیشتر در صورت ضرورت پزشکی • واکسن‌های هپاتیت B اگر در معرض خطر بالا یا متوسط ابتلا به هپاتیت B باشید • واکسن‌های کووید-19 • واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) • سایر واکسن‌ها اگر در معرض خطر باشید و آن واکسن‌ها با قوانین پوشش‌دهی Medicare Part B مطابقت داشته باشند ما هزینه سایر واکسن‌هایی را که با قوانین پوشش‌دهی Medicare Part D مطابقت دارند، پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 6 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0 برای دریافت مراقبت‌های بستری در بیمارستانی خارج از شبکه پس از تثبیت وضعیت اورژانسی، باید از طرح ما تأییدیه دریافت کنید.	مراقبت‌های بیمارستانی بستری* ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات دارای ضرورت پزشکی را که در اینجا ذکر نشده است پرداخت می‌کنیم: • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت ضرورت پزشکی) • وعده‌های غذایی، از جمله رژیم‌های غذایی خاص • خدمات پرستاری منظم • هزینه‌های بخش‌های مراقبت ویژه، مانند آی سی یو و سی سی یو داروها • تست‌های آزمایشگاهی • عکسبرداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی مورد نیاز • لوازم مانند صندلی چرخ‌دار • خدمات اتاق عمل و ریکاوری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات بستری سوء مصرف مواد • در برخی موارد، انواع پیوندهای اعضا: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول‌های بنیادی و روده/چند احشایی. اگر به پیوند نیاز دارید، یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare پرونده شما را بررسی می‌کند و تصمیم می‌گیرد که آیا شما واجد شرایط پیوند هستید یا خیر. ارائه‌دهندگان پیوند ممکن است محلی یا خارج از محدوده خدماتی باشند. اگر ارائه‌دهندگان پیوند محلی مایل به پذیرش نرخ Medicare باشند، می‌توانید خدمات پیوند خود را به صورت محلی یا خارج از الگوی مراقبتی جامعه خود دریافت کنید. اگر طرح ما خدمات پیوند را خارج از الگوی مراقبتی جامعه ما ارائه دهد و شما بخواهید پیوندتان را در آنجا انجام دهید، ما اقامت و سفر را برای شما و یک همراه تأمین می‌کنیم یا هزینه آن را می‌پردازیم. این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	مراقبت های بیمارستانی بستری* (ادامه) • خون، از جمله ذخیره سازی و تزریق • خدمات پزشکی توجه: برای بستری شدن، ارائه دهنده شما باید دستوری بنویسد تا شما را به عنوان بستری در بیمارستان بپذیرد. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است درمان شما همچنان یک "درمان سرپایی" در نظر گرفته شود. اگر مطمئن نیستید که بستری هستید یا سرپایی، باید از کارکنان بیمارستان پرسید. همچنین می توانید اطلاعات بیشتری را در برگه اطلاعات Medicare به نام «آیا شما بیمار بستری یا بیمار سرپایی بیمارستان هستید؟ اگر Medicare دارید - پرسید!» این برگه اطلاعات در وبسایت به آدرس https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf یا با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در دسترس است. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. شما می توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته به صورت رایگان با این شماره ها تماس بگیرید. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات بستری در بیمارستان روانپزشکی* ما هزینه خدمات مراقبتی بهداشت روانی را که مستلزم بستری در بیمارستان است پرداخت می کنیم. ● اگر به خدمات بستری در یک بیمارستان روانی مستقل نیاز دارید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می کنیم. پس از آن، آژانس بهداشت روان منطقه محلی هزینه خدمات روانپزشکی همراه با بستری را که ضرورت پزشکی داشته باشد پرداخت می کند. برای دریافت مجوز مراقبت بیش از 190 روز، با آژانس بهداشت روان منطقه محلی هماهنگ می شود. ○ محدودیت 190 روزه شامل خدمات بستری بهداشت روانی که در بخش روانپزشکی یک بیمارستان عمومی ارائه شده باشد نمی شود. ● اگر 65 سال یا بیشتر دارید، ما هزینه خدماتی را که در مؤسسه بیماری های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) دریافت می کنید، پرداخت می کنیم. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	اقامت بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (Skilled Nursing Facility, SNF) در طول اقامت بستری خارج از پوشش* اگر اقامت بستری شما معقول نبوده و ضرورت پزشکی نداشته باشد یا اگر از تمام مزایای بستری یا اقامت استفاده کرده اید، هزینه آن را پرداخت نمی کنیم. با این حال، در شرایط خاصی که مراقبت های بستری تحت پوشش قرار نمی گیرد، ممکن است ما هزینه خدماتی را که در زمان بستری در بیمارستان یا مرکز پرستاری دریافت می کنید، پرداخت کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. ما هزینه خدمات زیر، و شاید خدمات دیگری خارج از این فهرست، را پرداخت می کنیم: • خدمات پزشکی • تست های تشخیصی مانند تست های آزمایشگاهی • عکسبرداری اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ درمانی، از جمله مواد و خدمات تکنسین • پانسمان های جراحی • آتل ها، گچ گیری ها و سایر وسایلی که برای شکستگی و دررفتگی استفاده می شوند • دستگاه های پروتز و ارتز، از جمله تعویض یا تعمیر این دستگاه ها، غیر از نوع دندان پزشکی. اینها دستگاه هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می شوند: ○ یک اندام داخلی بدن (از جمله بافت همجوار)، یا ○ عملکرد یک اندام داخلی بدن که از کار افتاده یا دچار نقص عملکرد شده است. • بریس های پا، بازو، پشت و گردن، پنجه ها و پاهای مصنوعی، بازوها و چشم های مصنوعی. تنظیمات، تعمیرات و تعویض های مورد نیاز به دلیل شکستگی، سایش، از دست دادن یا تغییر در وضعیت شما نیز جزء آن محسوب می شود • فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کاردرمانی *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات و ملزومات بیماری کلیوی* ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • خدمات آموزشی بیماری کلیوی برای آموزش مراقبت از کلیه و کمک به شما در تصمیم گیری خوب در مورد مراقبت. شما باید دچار مرحله چهارم بیماری مزمن کلیه باشید و پزشکتان باید شما را ارجاع داده باشد. ما حداکثر شش جلسه از خدمات آموزشی بیماری کلیوی را پوشش می دهیم. • درمان های دیالیز از نوع سرپایی، از جمله درمان های دیالیز زمانی که موقتاً خارج از محدوده خدماتی هستند، همانطور که در فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه دهنده شما برای این خدمات موقتاً در دسترس نیست یا غیرقابل دسترسی است. • درمان های دیالیز از نوع بستری اگر برای مراقبت های ویژه در بیمارستان بستری شده اید • آموزش خود دیالیزی، از جمله آموزش برای شما و هر کسی که به شما در درمان های دیالیز خانگی کمک می کند • تجهیزات و لوازم دیالیز خانگی • برخی از خدمات پشتیبانی در منزل، مانند بازدیدهای ضروری توسط کارکنان آموزش دیده دیالیز برای سر زدن به وضعیت دیالیز خانگی شما، کمک در مواقع اورژانسی، و بررسی تجهیزات دیالیز و تأمین آب شما. مزایای دارویی شما تحت Medicare Part B هزینه برخی از داروهای دیالیز را پرداخت می کند. برای کسب اطلاعات، به «داروهای تجویزی Medicare Part B» در این جدول مراجعه کنید. * با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	غربالگری سرطان ریه طرح ما هزینه غربالگری سرطان ریه را یکبار در هر دوره 12 ماهه پرداخت می کند به شرطی که: • سن شما بین 50 تا 77 سال باشد، و • یک مشاوره و ویزیت تصمیم گیری مشترک نزد پزشک یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط داشته باشید، و • حداقل 20 سال باشد که در روز 1 بسته سیگار می کشید بدون اینکه علامت یا نشانه ای از سرطان ریه داشته باشید، یا در حال حاضر سیگار می کشید یا ظرف 15 سال اخیر ترک کرده باشید. پس از اولین غربالگری، طرح ما هر سال هزینه یک غربالگری دیگر را با دستور کتبی پزشک یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط پرداخت می کند.
\$0	تغذیه درمانی پزشکی* این مزیت برای افراد مبتلا به دیابت یا بیماری کلیوی بدون دیالیز است. مزیت مذکور برای بعد از پیوند کلیه نیز می باشد البته اگر پزشکتان ارجاع داده باشد. ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره انفرادی را در طول اولین سالی که خدمات تغذیه درمانی پزشکی تحت Medicare دریافت می کنید پرداخت می کنیم. ممکن است خدمات بیشتری نیز در صورت ضرورت پزشکی مورد تأیید ما قرار گیرد. ما هر سال هزینه دو ساعت خدمات مشاوره فردی را پس از آن پرداخت می کنیم. اگر وضعیت، درمان یا تشخیص شما تغییر کند، ممکن است با معرفی نامه پزشک بتوانید ساعات بیشتری از درمان را دریافت کنید. پزشک باید این خدمات را تجویز کند و در صورت نیاز به درمان در سال تقویمی بعد، هر سال ارجاع را تمدید کند. ممکن است خدمات بیشتری نیز در صورت ضرورت پزشکی مورد تأیید ما قرار گیرد. * با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare برنامه‌های ما هزینه خدمات برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) را پرداخت می‌کند. MDPP برای کمک به افزایش رفتار سالم طراحی شده است. این برنامه آموزش عملی در زمینه‌های زیر ارائه می‌دهد: • تغییر رژیم غذایی بلندمدت، و • افزایش فعالیت بدنی، و • راه‌هایی برای کاهش وزن و سبک زندگی سالم.
\$0	داروهای تجویزی Medicare Part B* این داروها به موجب Medicare Part B تحت پوشش هستند. طرح ما هزینه داروهای زیر را پرداخت می‌کند: • داروهایی که معمولاً نمی‌توانید خودتان مصرف کنید و در حین دریافت خدمات پزشکی، خدمات سرپایی بیمارستان یا خدمات مرکز جراحی سرپایی با تزریق یا سرم به شما داده می‌شوند. • انسولین ارائه شده از طریق یک مورد از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند پمپ انسولین مورد نیاز پزشکی). • داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند نبولایزر) مصرف می‌کنید که طرح ما مجاز شمرده است • داروی آلزایمر، Leqembi (Lecanemab ژنریک) که به صورت داخل وریدی تجویز می‌شود (IV) • فاکتورهای انعقادی که در صورت ابتلا به هموفیلی به خود تزریق می‌کنید • داروهای پیوند عضو/سرکوب کننده سیستم ایمنی: اگر Medicare هزینه پیوند عضو شما را پرداخت کرده باشد، درمان دارویی پیوند را پوشش می‌دهد. شما باید Part A را در زمان عمل پیوند تحت پوشش داشته باشید، و باید Part B را در زمان دریافت داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی داشته باشید. اگر Part B داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی را پوشش ندهد، Medicare Part D آنها را پوشش می‌دهد این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	داروهای تجویزی Medicare Part B* (ادامه) - داروهای پوکی استخوان که تزریق می‌شوند. اگر در خانه هستید، شکستگی استخوان دارید که طبق تأیید پزشک مربوط به پوکی استخوان پس از یائسگی است و نمی‌توانید خودتان دارو را تزریق کنید، ما هزینه این داروها را می‌پردازیم. - برخی از آنتی ژن ها: Medicare آنتی ژن ها را در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک آنتی ژن ها را آماده کند و یک فرد که به صورت صحیح آموزش دیده است (که می‌تواند شما، بیمار باشید) آنها را تحت نظارت مناسب استفاده کند. - برخی از داروهای ضد سرطان خوراکی: Medicare برخی از داروهای سرطان خوراکی را که از طریق دهان مصرف می‌کنید را در صورتی پوشش می‌دهد که همان دارو به شکل تزریقی موجود باشد یا دارو یک پیش دارو باشد (شکل خوراکی دارویی که هنگام مصرف، به همان شکل ماده فعال موجود در داروی تزریقی تجزیه می‌شود). با در دسترس قرار گرفتن داروهای سرطان خوراکی جدید، Part B ممکن است آنها را پوشش دهد. اگر Part B آنها را پوشش ندهد، Part D پوشش خواهد داد. - داروهای ضد تهوع خوراکی: Medicare داروهای ضد تهوع خوراکی را که به عنوان بخشی از دوره شیمی درمانی ضد سرطان استفاده می‌کنید را پوشش می‌دهد، اگر قبل یا در طی 48 ساعت پس از شیمی درمانی تجویز شده باشند یا به عنوان یک جایگزین درمانی کامل داروی ضد تهوع داخل وریدی برای درمان استفاده شوند. - برخی از داروهای خوراکی مرحله پایانی بیماری کلیوی (ESRD) در صورتی که همان دارو به شکل تزریقی موجود باشد و مزیت Part B برای ESRD آن را پوشش دهد. - داروهای کلسیم‌میتیک تحت سیستم پرداخت ESRD، از جمله داروی داخل وریدی پارسایبو، و داروی خوراکی Sensipar - داروهای خاص برای دیالیز خانگی، از جمله هپارین، ضد هپارین (در صورت ضرورت پزشکی) و بی‌حس کننده‌های موضعی - عوامل محرک گلبول قرمز: اگر شما ESRD دارید یا به این دارو برای درمان کم خونی مربوط به برخی شرایط دیگر نیاز دارید (مانند Epoetin Alfa, Procrit®, Epogen®, Aranesp®) این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	داروهای تجویزی Medicare Part B* (ادامه) • گلوبولین ایمنی درون وریدی برای درمان خانگی بیماری های نقص ایمنی اولیه • تغذیه تزریقی و روده ای (تغذیه IV و لوله ای) ما همچنین برخی از واکسن ها را تحت مزایای داروهای تجویزی Medicare Part B و بیشتر واکسن های بزرگسالان که تحت پوشش داروهای نسخه ای Medicare Part D هستند. فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مزایای داروهای تجویزی سرپایی ما را توضیح می دهد. این فصل قوانینی را شرح می دهد که باید برای تحت پوشش قرار گرفتن نسخه ها رعایت کنید. فصل 6 کتابچه راهنمای اعضا توضیح می دهد که برای داروهای سرپایی خود از طریق طرح ما چقدر می پردازید. * قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.
\$0	مراقبت های مراکز پرستاری* مراکز پرستاری (Nursing Facility, NF) مکانی است که از افرادی که نمی توانند در خانه تحت مراقبت قرار گیرند اما نیازی به بستری در بیمارستان ندارند، مراقبت می کند. خدماتی که هزینه آنها را پرداخت می کنیم شامل موارد زیر است، اما محدود به اینها نیست: • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت ضرورت پزشکی) • وعده های غذایی، از جمله رژیم های غذایی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • درمان تنفسی • داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی به شما داده می شود. (این شامل موادی می شود که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، مانند فاکتورهای انعقاد خون). • خون، از جمله ذخیره سازی و تزریق • لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	مراقبت های مراکز پرستاری* (ادامه) • آزمایشات آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری انجام می شود • عکسبرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • استفاده از وسایلی مانند صندلی چرخ دار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • خدمات پزشکی/درمانگر • تجهیزات پزشکی بادوام • خدمات دندانپزشکی از جمله دندان مصنوعی • مزایای بینایی • معاینات شنوایی • مراقبت های کایروپراکتیک • خدمات متخصص پا شما معمولاً مراقبت های خود را از مراکز شبکه دریافت می کنید. با این حال، ممکن است بتوانید مراقبت خود را از یک مرکز خارج از شبکه نیز دریافت کنید. می توانید از مکان های زیر مراقبت دریافت کنید به شرطی که مبالغ طرح ما را برای پرداخت بپذیرند: • مراکز نگهداری سالمندان یا جامعه بازنشستگان نیازمند مراقبت مداوم که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آن زندگی می کردید (مشروط بر اینکه مراقبت های مراکز پرستاری را ارائه کنند). • مرکز پرستاری که در زمان مرخص شدن شما از بیمارستان، همسر یا شریک زندگی تان در آن زندگی می کند. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 4: جدول مزایا

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	غربالگری و درمان چاقی برای کاهش وزن اگر شاخص توده بدنی تان 30 به بالا باشد، ما هزینه مشاوره برای کمک به کاهش وزن شما را پرداخت می کنیم. شما باید در یک مرکز مراقبت های اولیه مشاوره دریافت کنید. به این ترتیب، مشکل چاقی تان را می توان با برنامه پیشگیری کامل مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر، با ارائه دهنده مراقبت های اولیه خود صحبت کنید.
\$0	خدمات برنامه درمان مصرف مواد افیونی (Opioid Treatment Program, OTP)* طرح ما هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال مصرف مواد مخدر (Opioid Use Disorder, OUD) پرداخت می کند: • فعالیت های مصرف مواد • ارزیابی های دوره ای • داروهای مورد تأیید سازمان غذا و دارو (FDA) و در صورت لزوم، مدیریت و ارائه این داروها به شما • مشاوره اختلال مصرف مواد • درمان فردی و گروهی • آزمایش مواد مخدر یا مواد شیمیایی در بدن شما (تست سم شناسی) *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 4: جدول مزایا

مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	تست های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی * ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات دارای ضرورت پزشکی را که در اینجا ذکر نشده است پرداخت می کنیم: • تصویربرداری با اشعه ایکس • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم مورد نیاز تکنسین • لوازم جراحی، مانند پانسمان • آتل ها، گچ گیری ها و سایر وسایلی که برای شکستگی و دررفتگی استفاده می شوند • تست های آزمایشگاهی • خون، از جمله ذخیره سازی و تزریق • سایر آزمایشات تشخیصی سرپایی * قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات سرپایی در بیمارستان* ما هزینه خدمات دارای ضرورت پزشکی را که در بخش سرپایی یک بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحی دریافت می کنید، پرداخت می کنیم، مانند: • خدمات در بخش اورژانس یا کلینیک سرپایی، مانند جراحی سرپایی یا خدمات معاینه ○ خدمات معاینه به پزشک شما کمک می کند تا بداند که آیا نیاز به بستری شدن در بیمارستان به عنوان «بیمار بستری» دارید یا خیر. ○ گاهی اوقات می توانید یک شب در بیمارستان باشید و همچنان «سرپایی» محسوب شوید. ○ اطلاعات بیشتر در مورد بستری یا سرپایی بودن را می توانید در این برگه اطلاعات بیابید: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf • تست های آزمایشگاهی و تشخیصی با صورتحساب صادره از بیمارستان • مراقبت های بهداشت روانی، از جمله مراقبت در برنامه بستری جزئی، در صورتی که پزشک تأیید کند که بدون آن درمان بستری ضرورت پیدا می کند • عکسبرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی با صورتحساب صادره بیمارستان • لوازم پزشکی، مانند آتل و گچ • غربالگری های پیشگیرانه و خدمات ذکر شده در جدول مزایا • برخی از داروهایی که نمی توانید خودتان مصرف کنید *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	مراقبت های سرپایی بهداشت روانی* ما هزینه خدمات بهداشت روانی را که اشخاص زیر ارائه کنند پرداخت می کنیم: • روانپزشک یا پزشک دارای مجوز ایالتی • روانشناس بالینی • مددکار اجتماعی بالینی • پرستار متخصص بالینی • یک مشاور حرفه ای دارای مجوز (LPC) • یک متخصص ازدواج و درمانگر خانواده (LMFT) • پرستار متخصص (NP) • دستیار پزشک (PA) • هر متخصص دیگری در زمینه مراقبت های بهداشت روانی که مورد تأیید Medicare باشد و طبق قوانین قابل اجرای ایالتی مجاز محسوب شود ما هزینه خدمات زیر، و شاید خدمات دیگری خارج از این فهرست، را پرداخت می کنیم: • خدمات کلینیک • درمان روزانه • خدمات توانبخشی روانی-اجتماعی • بستری جزئی یا برنامه های سرپایی فشرده • ارزیابی و درمان بهداشت روانی فردی و گروهی • تست روانشناختی زمانی که از نظر بالینی برای ارزیابی پیامدهای بهداشت روانی تجویز شود • خدمات سرپایی به منظور نظارت بر درمان دارویی • آزمایشگاه، داروها، لوازم و مکمل های سرپایی • مشاوره روانپزشکی *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات توانبخشی سرپایی* ما هزینه های فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی را پرداخت می کنیم. شما می توانید خدمات توانبخشی سرپایی را از بخش های سرپایی بیمارستان، دفاتر درمانگر مستقل، مراکز جامع توانبخشی سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORFs) و سایر مراکز دریافت کنید. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.
\$0	خدمات سرپایی سوء مصرف مواد ما هزینه خدمات زیر، و شاید خدمات دیگری خارج از این فهرست، را پرداخت می کنیم: • غربالگری و مشاوره سوء مصرف الکل • درمان سوء مصرف مواد مخدر • مشاوره گروهی یا فردی توسط پزشک واجد شرایط • سم زدایی تحت حاد در یک برنامه ترک اعتیاد اقامتی • خدمات ترک الکل و/یا مواد مخدر در یک مرکز درمان سرپایی فشرده • درمان با نالتراکسون (Naltrexone) (Vivitrol) با رهاسازی آهسته
\$0	جراحی سرپایی* ما هزینه جراحی و خدمات سرپایی در مراکز سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی را پرداخت می کنیم. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات مراقبت تسکینی خدمات مراقبت تسکینی تحت پوشش طرح ما است. مراقبت تسکینی مختص افراد مبتلا به بیماریهای جدی است. این خدمات یک برنامه مراقبت بیمار و خانواده محور را ارائه می دهد که کیفیت زندگی را با پیش بینی، پیشگیری و درمان رنج و درد بهبود می بخشد. خدمات مراقبت تسکینی مانند خدمات آسایشگاهی نیست، بنابراین برای واجد شرایط بودن برای مراقبت تسکینی لازم نیست امید به زندگی شش ماه یا کمتر داشته باشید. مراقبت تسکینی همزمان با مراقبت های درمانی/منظم ارائه می شود. مراقبت تسکینی شامل موارد زیر است: • برنامه ریزی مراقبت از قبل • ارزیابی و مشاوره مراقبت تسکینی • یک طرح مراقبت شامل تمام مراقبت های تسکینی و درمانی مجاز، از جمله خدمات سلامت روان و خدمات اجتماعی پزشکی • خدمات تیم مراقبت تعیین شده برای شما • هماهنگی مراقبت • مدیریت درد و علائم اگر بیش از 21 سال سن دارید، ممکن است مراقبت آسایشگاهی و مراقبت تسکینی را به طور همزمان دریافت نکنید. اگر مراقبت تسکینی دریافت می کنید و واجد شرایط مراقبت آسایشگاهی نیز هستید، می توانید در هر زمانی درخواست تغییر به مراقبت آسایشگاهی را بدهید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات بستری جزئی و خدمات سرپایی فشرده * بستری جزئی در بیمارستان یکی از برنامه های ساختاریافته از درمان فعال روانپزشکی است. این خدمات به عنوان خدمات سرپایی بیمارستانی یا توسط یکی از مراکز بهداشت روان جامعه ارائه می شود. این خدمات فشرده تر از مراقبتی است که در مطب پزشک، درمانگر، مشاور مجاز ازدواج و خانواده (LMFT) یا دفتر مشاور حرفه ای دارای مجوز دریافت می کنید. خدمات مذکور می تواند به شما در جلوگیری از بستری شدن در بیمارستان کمک کند. خدمات سرپایی فشرده یک برنامه ساختاریافته از خدمات فعال درمان رفتاری (روانی) است که به عنوان خدمات سرپایی بیمارستانی، یک مرکز بهداشت روان اجتماعی، یک مرکز بهداشتی فدرال واجد شرایط، یا یک کلینیک بهداشت روستایی ارائه می شود که کامل تر از مراقبت های دریافتی در مطب پزشک، درمانگر، LMFT یا مطب مشاور حرفه ای دارای مجوز شماست، اما شدت کمتری نسبت به بستری شدن در بیمارستان دارد. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.
\$0	خدمات پزشک/ارائه دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشک * ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • خدمات مراقبت های بهداشتی یا جراحی با ضرورت پزشکی در مکان هایی مانند: ○ مطب پزشک ○ مرکز مجاز جراحی سرپایی ○ بخش سرپایی بیمارستان • مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص • معاینات اولیه شنوایی و تعادل که توسط ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما انجام می شود، در صورتی که پزشکتان دستور انجام آنها را برای تشخیص نیازتان به درمان داده باشد این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات پزشک/ارائه دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشک* (ادامه) • خدمات دوراپزشکی (خدمات درمانی مجازی و تلفنی) برای بازدیدهای ماهانه مربوط به بیماری کلیوی مرحله نهایی (End-Stage Renal Disease, ESRD) برای اعضای دیالیز خانگی در یک مرکز دیالیز کلیوی مستقر در بیمارستان یا دسترسی حیاتی، مرکز دیالیز کلیوی، یا در خانه • خدمات دوراپزشکی برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم سکتة مغزی • خدمات دوراپزشکی برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلالات روانی همزمان • خدمات دوراپزشکی برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات بهداشت روانی در صورتی که: ○ ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت دوراپزشکی، یک ویزیت حضوری داشته باشید ○ در حین دریافت این خدمات دوراپزشکی، هر 12 ماه یک بار یک ویزیت حضوری داشته باشید ○ در شرایط خاص می توان در موارد فوق استثنا قائل شد • خدمات بهداشتی از راه دور برای ویزیت های سلامت روان که توسط کلینیک های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی فدرال واجد شرایط ارائه می شود. • پذیرش های مجازی (به عنوان مثال، از طریق تلفن یا چت تصویری) با پزشک به مدت 5 تا 10 دقیقه اگر ○ شما یک بیمار جدید نیستید و ○ پذیرش مربوط به ویزیت در مطب در 7 روز گذشته نیست و ○ آن پذیرش منجر به ویزیت در مطب طی 24 ساعت آتی یا سریع ترین نوبت موجود نشود این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات پزشک/ارائه دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشک* (ادامه) • ارزیابی فیلم و/یا تصاویری که برای پزشک ارسال می کنید و تفسیر و پیگیری توسط پزشک در عرض 24 ساعت اگر ○ شما یک بیمار جدید نیستید و ○ ارزیابی مربوط به ویزیت در مطب در 7 روز گذشته نیست و ○ آن ارزیابی منجر به ویزیت در مطب طی 24 ساعت آتی یا سریع ترین نوبت موجود نشود • اگر بیمار جدیدی نیستید، مشاوره با پزشکان دیگر از طریق تلفن، اینترنت یا پرونده الکترونیکی سلامت • نظر ثانویه توسط یکی دیگر از ارائه دهندگان شبکه قبل از جراحی • مراقبت های غیر روتین دندان. خدمات تحت پوشش محدود به موارد زیر است: ○ جراحی فک یا ساختارهای مرتبط ○ جا انداختن شکستگی های فک یا استخوان های صورت ○ کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک ○ خدماتی که در صورت ارائه توسط پزشک تحت پوشش قرار می گیرند *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.
\$0	خدمات پزشکی پا* ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی جراحات و بیماری های پا (مانند انگشت چکشی یا خار پاشنه) • مراقبت معمول از پا برای اعضای مبتلا به بیماری هایی که روی پاها اثر می گذارند، مانند دیابت *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	معاینات غربالگری سرطان پروستات برای مردان 50 سال به بالا، هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یکبار پرداخت می کنیم: • معاینه دیجیتال مقعدی • آزمایش آنتی ژن اختصاصی پروستات (Prostate Specific Antigen, PSA)
\$0	دستگاه های پروتز و آرتوز و لوازم مرتبط* دستگاه های پروتز جایگزین تمام یا بخشی از یک قسمت یا عملکرد بدن می شوند. این شمال اما نه محدود به موارد زیر است: • آزمایش، نصب یا آموزش استفاده از پروتزها و ارتزها • کیسه های کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت های کولوستومی • تغذیه انترال و پارنترال، شامل کیت های تغذیه، پمپ تزریق، لوله و آداپتور، محلول ها و مواد لازم برای تزریقات توسط خود بیمار • ضربان ساز قلب • بریس ها • کفش پروتز • دست و پای مصنوعی • پروتزهای سینه (از جمله سینه بند جراحی بعد از ماستکتومی) • پروتز برای جایگزینی تمام یا بخشی از قسمت خارجی صورت که در نتیجه بیماری، جراحی یا نقص مادرزادی برداشته شده یا آسیب دیده است • کرم و پوشک بی اختیاری ما هزینه برخی از لوازم مربوط به دستگاه های پروتز و آرتوز را پرداخت می کنیم. ما همچنین هزینه تعمیر و یا تعویض دستگاه های پروتز و آرتوز را پرداخت می کنیم. ما هزینه های پس از برداشتن آب مروارید یا جراحی آب مروارید را تا حدی پوشش می دهیم. برای جزئیات به «مراقبت های بینایی» در ادامه این جدول مراجعه کنید. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	خدمات احیای ریوی* ما هزینه برنامه های توانبخشی ریوی را برای اعضای مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) با درجه متوسط تا بسیار شدید پرداخت می کنیم. شما باید از پزشک یا ارائه دهنده معالجه COPD برای توانبخشی ریوی معرفی نامه داشته باشید. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید.
\$0	غربالگری و مشاوره عفونت های مقاربتی (STIs) ما هزینه غربالگری های کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B را می پردازیم. این غربالگری ها برای زنان باردار و برای برخی از افرادی که در معرض خطر ابتلا به STI هستند پوشش داده می شود. یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه باید آزمایش ها را تجویز کند. ما یکبار در هر دوره 12 ماهه یا در زمان های خاصی از دوران بارداری این آزمایش ها را پوشش می دهیم. ما همچنین هر سال هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره رفتاری فشرده را برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض خطر ابتلا به بیماری های مقاربتی هستند، می پردازیم. هر جلسه می تواند 20 تا 30 دقیقه باشد. ما هزینه این جلسات مشاوره را به عنوان نوعی خدمات پیشگیرانه فقط در صورتی پرداخت می کنیم که ارائه دهنده مراقبت های اولیه ارائه کرده باشد. جلسات باید در محیط مراقبت های اولیه، مانند مطب پزشک، برگزار شود.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)* ما هزینه خدمات زیر، و شاید خدمات دیگری خارج از این فهرست، را پرداخت می کنیم: • اتاق نیمه خصوصی یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی داشته باشد • وعده های غذایی، از جمله رژیم های غذایی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی خود دریافت می کنید، از جمله موادی که به طور طبیعی در بدن هستند، مانند فاکتورهای انعقاد خون. • خون، از جمله ذخیره سازی و تزریق • لوازم پزشکی و جراحی که توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • تست های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری انجام می شود • اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی ارائه شده توسط مراکز پرستاری • وسایلی مانند صندلی چرخ دار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • خدمات پزشک/ارائه دهنده شما معمولاً مراقبت های خود را از مراکز شبکه دریافت می کنید. با این حال، ممکن است بتوانید مراقبت خود را از یک مرکز خارج از شبکه نیز دریافت کنید. می توانید از مکان های زیر مراقبت دریافت کنید به شرطی که مبالغ طرح ما را برای پرداخت بپذیرند: • مراکز نگهداری سالمندان یا جامعه بازنشستگان نیازمند مراقبت مداوم که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آن زندگی می کردید (مشروط بر اینکه مراقبت های مراکز پرستاری را ارائه کنند). • مرکز پرستاری که زمان مرخص شدن شما از بیمارستان، همسر یا شریک زندگی شما در آن زندگی می کند *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	مشاوره برای ترک سیگار یا استعمال دخانیات اگر از دخانیات استفاده می‌کنید، علائم یا نشانه‌های بیماری مرتبط با دخانیات را ندارید و می‌خواهید ترک کنید یا لازم است ترک کنید: - ما هزینه دو بار تلاش برای ترک را در یک دوره 12 ماهه در قالب خدمات پیشگیرانه پرداخت می‌کنیم. این سرویس برای شما رایگان است. هر اقدام به ترک شامل حداکثر چهار جلسه مشاوره حضوری است. - اگر از دخانیات استفاده می‌کنید و به بیماری‌های مرتبط با دخانیات در شما تشخیص داده شده است یا داروهایی مصرف می‌کنید که ممکن است مصرف دخانیات روی آنها تأثیر بگذارد: - ما هزینه دو بار مشاوره برای ترک اعتیاد را در هر دوره 12 ماهه پرداخت می‌کنیم. هر اقدام برای مشاوره شامل حداکثر چهار جلسه حضوری است.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0	ورزش درمانی تحت نظارت (SET)* ما هزینه تمرین درمانی تحت نظارت (Supervised Exercise Therapy, SET) را برای اعضای مبتلا به بیماری عروق محیطی دارای علائم (Peripheral Artery Disease, PAD) که برای PAD از پزشک معالج آن ارجاع دارند، پرداخت می‌کنیم. طرح ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند: • حداکثر 36 جلسه در طول یک دوره 12 هفته‌ای در صورتی که همه شرایط SET برقرار باشد • 36 جلسه اضافه‌تر به مرور زمان اگر بنا به نظر یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، ضرورت پزشکی داشته باشد برنامه SET باید شرایط زیر را داشته باشد: • جلسات 30 تا 60 دقیقه‌ای از یک برنامه تمرینی-ورزشی درمانی باشد که برای PAD در اعضای مبتلا به گرفتگی پا به دلیل جریان خون ضعیف (لنگش) ارائه می‌شود • در یک بیمارستان سرپایی یا در مطب پزشک باشد • توسط پرسنل واجد شرایط ارائه شود که باید اطمینان یابند مزیت‌های آن نسبت به زیان‌هایش بیشتر است و در تمرین درمانی برای بیماران مبتلا به بیماری عروق محیطی آموزش دیده باشند • تحت نظارت مستقیم یک پزشک، دستیار پزشک، یا پزشک پرستار/متخصص پرستار بالینی که در هر دو تکنیک پایه و پیشرفته حمایت از زندگی آموزش دیده است. *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و معرفی‌نامه‌ای دریافت کنید



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی* این مزیت مقرون به صرفه ترین و در دسترس ترین سرویس حمل و نقل را فراهم می کند. حمل و نقل مذکور می تواند شامل موارد زیر باشد: آمبولانس، ون مجهز به رمپ صندلی چرخ دار، خدمات حمل و نقل پزشکی با ون دارای صندلی چرخ دار، و هماهنگی با سرویس حمل و نقل معلولین. اشکال گوناگون حمل و نقل زمانی مجاز است که: - شرایط پزشکی و/یا جسمانی تان به شما اجازه نمی دهد با اتوبوس، ماشین سواری، تاکسی، یا شکل دیگری از حمل و نقل عمومی یا خصوصی سفر کنید، و - بسته به خدمات، ممکن است به مجوز قبلی نیاز باشد *قوانین مجوز ممکن است اعمال شود. با ارائه دهنده خود صحبت کنید و معرفی نامه ای دریافت کنید. برای برنامه ریزی خدمات حمل و نقل خود با شماره تلفن 1-866-612-1256 (TTY 711) حداقل دو روز کاری قبل از نوبت خود تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر در مورد این سرویس، به فصل 3، بخش G1 مراجعه کنید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	حمل و نقل: حمل و نقل غیر پزشکی این مزیت امکان رفت و آمد به خدمات پزشکی را با خودروی سواری، تاکسی یا سایر اشکال حمل و نقل عمومی/خصوصی فراهم می کند. حمل و نقل به منظور دریافت مراقبت های پزشکی مورد نیاز، از جمله سفر به محل نوبت های دندانپزشکی و دریافت داروهای تجویزی، ضروری است. این مزایا محدودیتی برای مزایای حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی شما ایجاد نمی کند. این پوشش همچنین شام موارد زیر است: • سفرهای نامحدود رفت و برگشت به باشگاه ورزشی در شعاع 10 مایلی آدرس شروع سفر شما. کل سفر رفت و برگشت باید در محدوده اورنج کانتی باشد. • روش های حمل و نقل به باشگاه ورزشی یا خواربار فروشی عبارتند از: ○ بلیط اتوبوس روزانه/ماهانه ○ کوپن های OC Access ○ تاکسی با تماس با شماره (TTY 711) 1-866-612-1256 خدمات حمل و نقل خود را حداقل از دو روز کاری قبل برنامه ریزی کنید. کاربران TTY می توانند با 711 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر در مورد این سرویس، به فصل 3، بخش G2 مراجعه کنید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند
\$0 سهم هزینه شما برای خدمات فوری مورد نیاز. شما هزینه مراقبت‌های اضطراری و فوری و حمل‌ونقل اورژانسی خود در خارج از ایالات متحده را پرداخت می‌کنید و ما تا سقف \$100,000 در سال به شما بازپرداخت خواهیم کرد.	مراقبت‌های فوری مورد نیاز مراقبت‌های فوری مورد نیاز، مراقبتی است که برای درمان موارد زیر انجام می‌شود: • یک وضعیت غیر اورژانسی که نیاز به مراقبت فوری پزشکی دارد، یا • یک بیماری ناگهانی، یا • جراحی یا • عارضه‌ای که نیاز به مراقبت فوری دارد. اگر به مراقبت فوری نیاز دارید، ابتدا باید سعی کنید آن را از یک ارائه دهنده درون شبکه دریافت کنید. با این حال، زمانی که نمی‌توانید به یک ارائه دهنده شبکه دسترسی پیدا کنید، می‌توانید از ارائه دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید، این در صورتی مورد قبول است که با توجه به شرایط، موقعیت یا مکان شما، دریافت خدمات از ارائه دهندگان شبکه ممکن نیست یا غیرمنطقی است (به عنوان مثال، زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح بیمه هستید و شما به خدمات فوری پزشکی برای یک وضعیت غیرقابل پیش بینی که یک اورژانس پزشکی نیست نیاز دارید). ما برای مراقبت‌های اورژانسی و فوری و خدمات حمل‌ونقل اورژانسی که در خارج از ایالات متحده دریافت شده باشد یک مزایای \$100,000 ارائه می‌دهیم. شرایط مربوط به ضرورت و تناسب پزشکی برای پوشش دادن خدمات در سراسر جهان همانی است که اگر همان خدمات در داخل ایالات متحده ارائه می‌شد قابل اعمال بود. ابتدا باید هزینه مراقبت‌های پزشکی دریافت‌شده را بپردازید، خلاصه ترخیص یا مدارک پزشکی معادل و رسید پرداخت را ترجیحاً به انگلیسی و دلار ایالات متحده دریافت کنید. درخواست بازپرداخت را با تمام اسناد پشتیبانی به CalOptima Health OneCare Flex Plus ارسال کنید و ما قبل از بازپرداخت، آن را از لحاظ ضرورت و تناسب پزشکی بررسی خواهیم کرد.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0 برای معاینه تا تشخیص و درمان بیماری ها و مشکلات مربوط به چشم (از جمله غربالگری سالانه گلاکوما). \$0 دلار برای معاینه های معمول چشم (برای حداکثر 1 معاینه در سال). طرح ما هر سال تا مبلغ \$300 را برای (1) عینک (فریم و لنز) یا لنزهای تماسی پرداخت می کند. سهم هزینه \$0 برای عینک یا لنز تماسی بعد از عمل آب مروارید.	مراقبت های بینایی ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • یک نوبت معاینه معمول چشم در سال و • تا \$300 برای عینک (فریم و لنز) یا برای لنزهای تماسی در هر سال ما هزینه خدمات پزشکی سرپایی را برای تشخیص و درمان بیماری ها و آسیب های چشمی پرداخت می کنیم. برای مثال، معاینه سالانه چشم برای رتینوپاتی دیابتی در افراد مبتلا به دیابت و درمان دژنراسیون ماکولار وابسته به سن از این قبیل است. برای افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به گلوکوما هستند، ما هزینه یک غربالگری آب سیاه یا گلاکوما را در سال پرداخت می کنیم. افراد در معرض خطر بالای ابتلا به گلوکوما عبارتند از: • افرادی که سابقه خانوادگی گلوکوما دارند • افراد مبتلا به دیابت • آمریکایی های آفریقایی تبار که سنشان 50 سال به بالا است • آمریکایی های اسپانیایی تبار که سنشان 65 سال به بالا است ما هزینه یک عینک یا لنز تماسی را بعد از هر عمل جراحی آب مروارید که پزشک لنز داخل چشمی قرار می دهد، پرداخت می کنیم. اگر دو عمل مجزای آب مروارید دارید، پس از هر جراحی باید یک عینک بگیرید. نمی توانید بعد از جراحی دوم دو عینک را یکجا بگیرید، حتی اگر بعد از جراحی اول عینک نگرفته باشید.



مبلغ قابل پرداخت از طرف شما	خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می کند
\$0	 ویزیت پیشگیرانه «Welcome to Medicare» (به Medicare خوش آمدید) ما یکبار ویزیت پیشگیرانه «خوش آمدگویی Medicare» را پوشش می دهیم. این ویزیت شامل موارد زیر است: • مروری بر وضعیت سلامتی شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه لازم (از جمله غربالگری و واکسن) و • ارائه معرفی نامه برای سایر خدمات مراقبتی در صورت نیاز شما. توجه: ما ویزیت پیشگیرانه «Welcome to Medicare» را فقط در طی 12 ماه اولی که Medicare Part B دارید پوشش می دهیم. وقتی نوبت می گیرید، به مطب پزشک خود بگویید که می خواهید برای ویزیت پیشگیرانه «Welcome to Medicare» وقت بگیرید.

E. پشتیبانیهای جامعه

ممکن است تحت برنامه مراقبت فردی خود از پشتیبانی برخوردار شوید. حمایت های اجتماعی، خدمات یا تنظیمات جایگزین مناسب و مقرون به صرفه ای از نظر پزشکی هستند که تحت پوشش طرح ایالت Medi-Cal قرار دارند. این خدمات برای اعضا اختیاری هستند. اگر واجد شرایط باشید، این خدمات ممکن است به شما کمک کند زندگی مستقل تری داشته باشید. آنها جایگزین مزایایی نمی شوند که قبل از تحت Medi-Cal دریافت می نمودید.

نمونه هایی از خدمات پشتیبانی جامعه که ما ارائه می کنیم عبارتند از:

خدمات ناوبری انتقال مسکن: خدمات انتقال مسکن به افراد در به دست آوردن مسکن دائمی کمک می کند. این شامل کار با یک هدایتگر مسکن برای ارائه پشتیبانی از طریق فرآیند شناسایی و درخواست مسکن، پیگیری مزایا، و برقراری ارتباطات با منابع است.

- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:
 - عضو باید بی خانمان باشد
 - عضو در معرض خطر بی خانمانی است و یکی از معیارهای زیر را دارد:
 - یک یا چند بیماری مزمن جدی دارد
 - دارای یک بیماری روانی جدی است
 - در معرض خطر نهادینه شدن است

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- در معرض خطر اوردوز یا مصرف بیش از حد مواد مخدر است
- به دلیل اختلال مصرف مواد (SUD) به خدمات مسکونی نیاز دارد
- دارای یک اختلال احساسی جدی است
- مدیریت مراقبت پیشرفته (ECM) را دریافت می کند
- یک نوجوان در مرحله سنی نزدیک به بزرگسالی با موانع قابل توجهی برای ثبات مسکن است، مانند یک یا چند محکومیت، سابقه سرپرستی موقت، درگیر شدن با سیستم قضایی نوجوانان یا عدالت کیفری، مبتلا به یک بیماری روانی جدی، اختلال عاطفی جدی، و/یا نوجوانی که قربانی قاچاق یا خشونت خانگی شده است.
- عضو برای دریافت مسکن حمایتی دائمی یا کمک هزینه اجاره از طریق سیستم ورود هماهنگ اورنج کانتی یا Orange County Coordinated Entry System در اولویت قرار دارد.
- محدودیت ها عبارتند از:
 - موانع و محدودیت ها در زمینه انتقال مسکن/خدمات ناوبری باید به صورت معقول و ضروری در طرح حمایت از مسکن فردی اعضا مشخص شوند.
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده مراقبت های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم های ارجاع را می توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.
- سپرده های مسکن:** سپرده های مسکن به شناسایی، هماهنگی، تامین امنیت یا تامین مالی برای یک بار ارائه خدمات و تغییراتی کمک می کند که به فرد کمک می نماید که مسکن جدیدی را تهیه کند.
- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:
 - عضو باید بی خانمان باشد یا در خطر بی خانمانی باشد
 - عضو خدمات ناوبری انتقال مسکن را دریافت می کند
 - عضو برای دریافت مسکن حمایتی دائمی یا کمک هزینه اجاره از طریق سیستم Orange County Coordinated Entry System در اولویت است.
- محدودیت ها عبارتند از:
 - اعضای که قبلاً هزینه ودیعه مسکن دریافت کرده اند.
 - اعضا همچنین باید خدمات ناوبری انتقال مسکن (حداقل، غربالگری مربوط به مستاجر، ارزیابی مسکن و طرح حمایت از مسکن فردی یا Individualized Housing Support Plan) را در ارتباط با این سرویس دریافت کنند.
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده مراقبت های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم های ارجاع را می توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

اجاره مسکن و خدمات مسکن پایدار: اجاره مسکن و خدمات نگهداری محل سکونت، افراد را با حمایتی که برای حفظ خانه دائمی خود نیاز دارند، مرتبط می‌کند، که ممکن است شامل مربیگری، کمک به نگرانی‌های صاحبخانه و خدمات مداخله زودهنگام باشد.

- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:

- عضو باید بی خانمان باشد یا در خطر بی خانمانی باشد
- عضو خدمات ناوبری انتقال مسکن را دریافت می‌کند
- عضو برای دریافت مسکن حمایتی دائمی یا کمک هزینه اجاره از طریق سیستم Orange County Coordinated Entry System در اولویت است.

- محدودیت‌ها عبارتند از:

- این خدمات از زمان شروع خدمات تا زمانی که طرح حمایتی مسکن فرد تشخیص می‌دهد که دیگر نیازی به خدمات نیست، در دسترس هستند.
 - خدمات فقط برای یک مدت مشخص در طول زندگی فرد در دسترس هستند.
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

مسکن کوتاه مدت پس از بستری شدن در بیمارستان: مسکن کوتاه مدت پس از بستری، مسکن طولانی مدتی را برای اعضای که بی خانمانی را تجربه می‌کنند و نیازهای بهداشتی درمانی یا رفتاری دارند، فراهم می‌کند. این سرویس نه تنها به روند بهبودی کمک می‌کند، بلکه به اعضا زمان می‌دهد تا شناسایی شوند و به یک خانه دائمی نقل مکان کنند.

- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:

- عضو در حال مرخص شدن از مرکز مراقبت‌های بهبودی، بستری در بیمارستان، مرکز درمان اختلال مصرف مواد مخدر، مرکز درمانی بهداشت روان مسکونی، مرکز اصلاح و تربیت یا مراکز پرستاری است.
- عضو باید بی خانمان باشد یا در خطر بی خانمانی باشد

- محدودیت‌ها عبارتند از:

- این مزایا برای فقط یک بار در طول عمر است و نباید از شش (6) ماه تجاوز کند.
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

مراقبت‌های بهبودی (مهلت پزشکی): مراقبت‌های بهبودی (مهلت پزشکی) مسکن کوتاه مدت برای افرادی است که بی خانمانی را تجربه می‌کنند و در حال بهبودی از یک آسیب یا بیماری هستند و می‌توانند در حین تکمیل روند بهبودی از نظارت پزشکی بهره مند شوند.

- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:

- عضو باید بی خانمان باشد یا در خطر بی خانمانی باشد

- عضو در معرض خطر بستری شدن یا پس از بستری شدن است
- عضو تنها و بدون کمک و حمایت رسمی زندگی می کند
- محدودیت ها عبارتند از:
 - یک عضو نمی تواند بیش از 90 روز متوالی از مراقبت های بهبودی استفاده کند.
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده مراقبت های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم های ارجاع را می توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>
- خدمات مهلت استراحت:** خدمات مهلت استراحت کمک و حمایت مورد نیاز را برای مراقبین اعضای که نیاز به نظارت دائم دارند را ارائه می کند. این خدمات می توانند در داخل یا خارج از خانه ارائه شوند و مراقبین را قادر می سازند تا در کنار وظایف مستمر خود استراحت کنند.
- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:
 - افرادی که در جامعه زندگی می کنند و در فعالیت های روزمره زندگی خود (ADLs) ناتوانی دارند و بنابراین به یک مراقب واجد شرایط وابسته هستند که بیشتر حمایت لازم را به آنها را ارائه می دهد و برای اجتناب از بستری شدن در یک موسسه به کمک مراقب نیاز دارد.
- محدودیت ها عبارتند از:
 - این سرویس فقط برای جلوگیری از نهادینه شدن است که برنامه مراقبت مدیریت شده Medi-Cal مسئول آن است.
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده مراقبت های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم های ارجاع را می توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>
- برنامه های توان بخشی روزانه:** برنامه های توان بخشی روزانه، مهارت های مورد نیاز برای عملکرد موفقیت آمیز در محیط جامعه را در اختیار افراد قرار می دهند، مانند توسعه روابط بین فردی، ایجاد مهارت های زندگی روزانه و استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی.
- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:
 - عضو بی خانمان است
 - عضو در خطر بی خانمانی یا نهادینه شدن است
 - عضو در 24 ماه گذشته بی خانمانی را ترک کرد و در مکان ثابتی ساکن شده است
- محدودیت ها عبارتند از:
 - اعضای که به همه موارد مورد نیاز مسلط باشند، واجد شرایط این سرویس نیستند.
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده مراقبت های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم های ارجاع را می توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>

انتقال / ترک مرکز پرستاری به تسهیلات زندگی کمکی: انتقال / ترک مرکز پرستاری به تسهیلات زندگی کمکی خدمات حمایتی را ارائه می دهد تا افراد بتوانند به یک محیط اجتماعی مانند خانه برگردند یا از قرار گرفتن طولانی مدت در یک مرکز پرستاری اجتناب کنند.

- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:
 - برای انتقال تسهیلات پرستاری:
 - بیش از 60 روز در یک مرکز پرستاری اقامت داشته است.
 - مایل به زندگی در یک تسهیلات زندگی کمکی به عنوان جایگزینی برای یک مرکز پرستاری باشد.
 - قادر به اقامت ایمن در یک تسهیلات زندگی کمکی با پشتیبانی مناسب و مقرون به صرفه باشد
 - برای ترک تسهیلات پرستاری:
 - علاقه مند به ماندن در جامعه؛
 - مایل و قادر به اقامت ایمن در یک تسهیلات زندگی کمکی با پشتیبانی و خدمات مناسب و مقرون به صرفه. و
 - در حال حاضر باید سطح مراقبت مرکز پرستاری (LOC) از نظر پزشکی ضروری باشد یا حداقل معیارهای دریافت خدمات LOC مرکز پرستاری را داشته باشد و به جای رفتن به یک مرکز، انتخاب می کند که در جامعه بماند و به دریافت خدمات LOC تسهیلات پرستاری ضروری پزشکی در یک مرکز زندگی کمکی ادامه دهد.
- محدودیت ها عبارتند از:
 - اعضا مستقیماً مسئول پرداخت هزینه های زندگی خود هستند.
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده مراقبت های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم های ارجاع را می توانید در وب سایت زیر ببینید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.
- خدمات انتقال اجتماعی / انتقال از تسهیلات پرستاری به خانه:** خدمات انتقال اجتماعی / انتقال از مرکز پرستاری به خانه خدمات حمایتی و تغییراتی را ارائه می کند تا افراد بتوانند از یک مرکز پرستاری به یک مسکن خصوصی برگردند.
- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:
 - در حال حاضر خدمات LOC مرکز پرستاری مورد نیاز پزشکی را دریافت می کند و به جای ماندن در مرکز پرستاری یا استراحت پزشکی، انتقال به خانه را انتخاب می کند و به دریافت خدمات ضروری پزشکی مرکز پرستاری LOC ادامه می دهد؛
 - بیش از 60 روز در خانه سالمندان و/یا مرکز استراحت پزشکی زندگی کرده است.
 - علاقه مند و موافق بازگشت به جامعه است. و
 - قادر به اقامت ایمن در جامعه با پشتیبانی و خدمات مناسب و مقرون به صرفه باشد
- محدودیت ها عبارتند از:

- خدمات انتقال اجتماعی شامل هزینه های ماهانه اجاره یا رهن، غذا، هزینه های معمول آب و برق، و/یا لوازم خانگی یا اقلامی که صرفاً برای اهداف انحرافی/تفریحی در نظر گرفته شده اند، نمی شود.
- هزینه های خدمات انتقال جامعه تا حداکثر مبلغ \$7500 در طول عمر قابل پرداخت است.
- خدمات انتقال جامعه باید برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی اعضا ضروری باشد و بدون آن عضو نمی تواند به محل اقامت خصوصی نقل مکان کند و سپس مستلزم ادامه بستری یا نهادهی سازی مجدد خواهد بود.
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده مراقبت های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم های ارجاع را می توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.
- خدمات مراقبت شخصی و خانه داری:** خدمات مراقبت شخصی و خانه داری برای افرادی که نیاز به حمایت در فعالیت های روزمره زندگی دارند، شرایطی را فراهم می نماید تا بتوانند به زندگی مستقل در خانه ادامه دهند. به طور معمول، این کار همراه با خدمات حمایتی در خانه از طریق Medi-Cal ارائه می شود.
- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:
 - اعضای در معرض خطر بستری شدن در بیمارستان یا بستری شدن در یک مرکز پرستاری؛ یا
 - اعضای دارای نقص عملکردی و فاقد سیستم حمایتی کافی یا
 - اعضای تأیید شده برای خدمات حمایتی در خانه (IHSS) یا درخواستی ارائه شده که در انتظار ارزیابی مددکار اجتماعی و تعیین ساعات است
- محدودیت ها عبارتند از:
 - اعضای که در امکاناتی مانند مراکز اقامت و مراقبت، تسهیلات زندگی کمکی (ALF) یا مرکز پرستاری زندگی می کنند.
 - اعضای که برای IHSS درخواست نداده اند.
 - عضوی که به حمایت قابل اعتماد مراقب از جانب خانواده یا دوستان دسترسی دارد.
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده مراقبت های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم های ارجاع را می توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.
- سازگاری های دسترسی محیطی (اصلاحات خانه):** سازگاری های دسترسی محیطی (اصلاحات خانه) بودجه ای را برای سازگاری های فیزیکی فراهم می کند که این امکان را برای فرد فراهم می کند که به طور ایمن به زندگی مستقل در خانه ادامه دهد.
- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:
 - اعضای در معرض خطر برای استقرار در یک مرکز پرستاری
- محدودیت ها عبارتند از:
 - اگر خدمات طرح دولتی دیگری مانند تجهیزات پزشکی بادوام (DME) در دسترس باشد و همان اهداف استقلال و اجتناب از بستری شدن در یک مرکز را محقق کند.

- خدمات باید مطابق با قوانین ساختمانی قابل اجرا و محلی انجام شود.
- خدمات حداکثر تا \$7500 در طول عمر قابل پرداخت هستند.
- خدمات شامل تزیینات و دکور نیست.
- اصلاحات محدود به مواردی است که مستقیماً برای عضو مزیت پزشکی یا درمانی دارد و انطباقها یا پیشرفت‌هایی را که برای خانواده مفید است مستثنی می‌کند.
- سرویس‌ها اجازه اضافه‌کردن به خانه را برای افزودن متراژ مربع نمی‌دهند.
- CalOptima Health باید مستندات کتبی مبنی بر دائمی بودن تغییرات به مالک و عضو ارائه دهد و در صورتی که عضو از اقامت خود در محل اقامت خودداری کند، دولت مسئولیتی در قبال نگهداری یا تعمیر اصلاح یا حذف هیچ موردی ندارد.
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>
- وعده‌های غذایی متناسب با وضعیت پزشکی/غذای حمایتی پزشکی:** وعده‌های غذایی متناسب با نیازهای پزشکی/غذای حمایتی پزشکی خدماتی است که از طریق تحویل وعده‌های غذایی و مواد غذایی مغذی به افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن کمک غذایی و حمایت آموزشی را ارائه می‌کند.
- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:
 - دارای یک وضعیت پزشکی واجد شرایط، مانند، اما نه محدود به:
 - دیابت، اختلالات قلبی عروقی، نارسایی احتقانی قلب، سکته مغزی، اختلالات ریوی مزمن، ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)، سرطان، دیابت بارداری یا سایر شرایط پرخطر دوران بارداری، و اختلالات سلامت روانی/رفتاری مزمن یا ناتوان کننده
 - اعضای که از بیمارستان یا یک مرکز پرستاری ماهر ترخیص می‌شوند یا در معرض خطر بالای بستری شدن یا استقرار در مرکز پرستاری هستند.
 - اعضای که نیاز به هماهنگی مراقبت گسترده دارند
- محدودیت‌ها عبارتند از:
 - اعضای که به یخچال دسترسی ندارند.
 - اعضای که غذا را از طریق برنامه دیگری در منزل خود تحویل می‌گیرند
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>
- مراکز هوشیاری:** مراکز هوشیاری یک اقامتگاه جایگزین برای افرادی است که در معرض مستی و نشئه گی عمومی قرار دارند و محیطی امن و حمایتی را برای هوشیاری فراهم می‌کنند.
- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:

- سن 18 سال یا بیشتر
- مست یا نشئه بودن
- به هوش باشد
- قادر به همکاری باشد
- قادر به راه رفتن باشد
- رفتار غیر خشونت آمیز داشته باشد
- بدون هرگونه علائم هشداردهنده پزشکی (از جمله علائم خماری تهدید کننده زندگی یا علائم ظاهری زمینه ای)
- موافق دریافت خدمات باشد
- محدودیت ها عبارتند از:
 - سن زیر 18 سال
 - وضعیت ناپایدار از نظر پزشکی برای ماندن در این شرایط
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده مراقبت های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم های ارجاع را می توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>
- درمان آسم:** اصلاح آسم تغییرات فیزیکی را در محیط خانه فراهم می کند تا اطمینان حاصل شود که فرد می تواند به زندگی ایمن در آنجا ادامه دهد و از حمله های حاد آسم جلوگیری کند.
- موارد لازم برای واجد شرایط شدن:
 - اعضای مبتلا به آسم با کنترل ناکافی که توسط یکی از موارد زیر تعیین می شود:
 - مراجعه به بخش اورژانس یا بستری شدن در بیمارستان
 - دو (2) ویزیت مراقبت فوری بیمار در 12 ماه گذشته
 - نمره 19 یا کمتر در تست کنترل آسم
- محدودیت ها عبارتند از:
 - عضو در برنامه ایالتی دیگری شرکت می کند که همان اهداف پیشگیری از اورژانس های آسم یا بستری شدن در بیمارستان را انجام می دهد.
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خود ارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده مراقبت های درمانی، یا ارجاع توسط ارائه دهنده پشتیبانی جامعه، به این سرویس دسترسی داشته باشند. فرم های ارجاع را می توانید در وب سایت زیر بیابید <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>
- اگر به کمک نیاز دارید یا می خواهید بدانید کدام یک از خدمات پشتیبانی جامعه ممکن است برای شما در دسترس باشد، با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید یا با ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی خود تماس بگیرید.

F. مزایای تحت پوشش خارج از برنامه ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی‌دهیم، اما آنها از طریق سیستم هزینه برای خدمات Medicare یا Medi-Cal در دسترس هستند.

F1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)

برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT) از سازمان‌های پیشرو محلی برای کمک به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal که حداقل 90 روز متوالی در یک مرکز بستری زندگی کرده‌اند، استفاده می‌کند تا به یک محیط اجتماعی برگردند و با امنیت و خیال آسوده در آن زندگی کنند. برنامه CCT خدمات هماهنگی انتقال را در طول دوره قبل از انتقال و به مدت 365 روز پس از انتقال برای کمک به ذینفعان در بازگشت به یک محیط اجتماعی تأمین می‌کند.

شما می‌توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان پیشرو ارائه‌دهنده CCT که به شهرستان محل زندگی‌تان خدمات می‌دهد، دریافت کنید. می‌توانید فهرستی از سازمان‌های پیشرو ارائه‌دهنده CCT و شهرستان‌های تحت پوشش خدمات آنان را در وبسایت سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی به نشانی: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT بیابید.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT

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

برای خدماتی که با هماهنگی انتقال CCT شما مرتبط نیستند

ارائه‌دهنده صورتحساب خدمات دریافتی شما را برای ما صادر می‌کند. طرح ما هزینه خدمات ارائه‌شده به شما پس از مرحله انتقال را پرداخت می‌کند. شما برای این خدمات هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

حین اینکه شما خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما هزینه خدمات مندرج در جدول مزایای بخش D را پرداخت می‌کنیم.

عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی

برنامه CCT داروها را پوشش نمی‌دهد. شما مزایای دارویی معمول خود را همچنان از طریق طرح ما دریافت می‌کنید. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت‌های انتقال غیر CCT نیاز دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود تماس بگیرید تا خدمات را برایتان هماهنگ کند. مراقبت‌های انتقال غیر CCT مراقبتی است که به انتقال شما از یک مؤسسه یا مرکز مربوط نیست.

F2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental

برخی از خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental در دسترس هستند. اطلاعات بیشتر در وبسایت SmileCalifornia.org موجود است. Medi-Cal Dental شامل موارد زیر می‌شود اما محدود به آنها نیست:

- معاینات اولیه، اشعه ایکس، تمیز کردن و درمان با فلوراید

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- ترمیم و روکش

- درمان عصب کشی

- دندان‌های مصنوعی کامل و جزئی، تنظیم، ترمیم و لایه سازی داخل دندان مصنوعی

برای دریافت اطلاعات بیشتر در زمینه مزایای دندانپزشکی در برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental یا برای دریافت اطلاعات بیشتر، یا اگر برای یافتن دندانپزشکی که برنامه دندانپزشکی Medi-Cal را می‌پذیرد به کمک نیاز دارید، با خط خدمات مشتریان به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرید). این تماس رایگان است. نمایندگان برنامه خدمات دندانپزشکی Medi-Cal Dental از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر از دوشنبه تا جمعه برای کمک به شما در دسترس هستند. همچنین می‌توانید برای اطلاعات بیشتر به وبسایت smilecalifornia.org/ مراجعه کنید.

طرح ما خدمات دندانپزشکی گسترده تری را ارائه می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر به نمودار مزایا در بخش **D** مراجعه کنید.

F3. مراقبت‌های آسایشگاهی

اگر ارائه‌دهنده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که بیماری لاعلاج در پیش دارید، شما حق دارید که خدمات آسایشگاهی را انتخاب کنید. این بدان معنی است که شما یک بیماری لاعلاج دارید و امید به زندگی‌تان حداکثر شش ماه است. شما می‌توانید از هر برنامه آسایشگاهی که به تأیید Medicare رسیده است مراقبت دریافت کنید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاهی دارای تأییدیه Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما هم می‌تواند از ارائه‌دهندگان شبکه و هم از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه باشد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد هزینه‌هایی که حین دریافت خدمات مراقبت‌های آسایشگاهی تحت پوشش ما هستند، به جدول مزایا در بخش **D** مراجعه کنید.

برای خدمات آسایشگاهی و خدمات تحت پوشش **Medicare Part A** یا **Medicare Part B** که به تشخیص بیماری لاعلاج شما مربوط می‌شود

- ارائه‌دهنده آسایشگاه صورتحساب خدمات شما را برای Medicare صادر می‌کند. Medicare هزینه خدمات آسایشگاهی مربوط به تشخیص بیماری لاعلاج شما را پرداخت می‌کند. شما برای این خدمات هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

برای خدمات تحت پوشش **Medicare Part A** یا **Medicare Part B** که با بیماری لاعلاج شما مرتبط نیستند (به جز مراقبت‌های اورژانسی یا مراقبت‌های ضروری فوری)

- ارائه‌دهنده صورتحساب خدمات شما را برای Medicare صادر می‌کند. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش **Medicare Part A** یا **Medicare Part B** را پرداخت خواهد کرد. شما هیچ هزینه‌ای برای این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

برای داروهایی که می‌تواند تحت پوشش مزایای **Medicare Part D** در طرح قرار گیرد

- داروها هرگز تحت پوشش درمانگاه و طرح ما به طور همزمان قرار نمی‌گیرند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

توجه: اگر یک بیماری جدی دارید، ممکن است واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید، که مراقبت‌های تیمی مبتنی بر بیمار و خانواده‌محور را برای بهبود کیفیت زندگی شما ارائه می‌دهد. شما ممکن است همزمان با مراقبت‌های درمانی/معمولی، مراقبت‌های تسکینی دریافت کنید. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به بخش مراقبت تسکینی در بال مراجعه کنید.

توجه: در صورت نیاز به مراقبت‌های غیر آسایشگاهی، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود تماس بگیرید تا خدمات را ترتیب دهد. مراقبت غیرآسایشگاهی مراقبتی است که با بیماری لاعلاج شما مرتبط نیست.

F4. خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)

- برنامه IHSS به پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک می‌کند تا بتوانید با خیال راحت در خانه خود بمانید. IHSS به عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از خانه، مانند خانه‌های سالمندان یا امکانات هیئت مدیره و مراقبت در نظر گرفته می‌شود.
- انواع خدماتی که می‌توانند از طریق IHSS مجاز باشند عبارتند از نظافت منزل، تهیه غذا، خشکشویی، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند مراقبت از روده و مثانه، حمام کردن، نظافت و خدمات پیراپزشکی)، همراهی با قرار ملاقات‌های پزشکی، و نظارت حفاظتی برای معلولان ذهنی.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی شما می‌تواند به شما کمک کند برای IHSS با آژانس خدمات اجتماعی شهرستان خود درخواست دهید. برای اطلاعات، لطفاً با IHSS به شماره 1-714-825-3000 تماس بگیرید.

F5. 1915(c) چشم پوشی از خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS)

معافیت برای زندگی در مراکز کمک دهی (ALW)

- معافیت برای زندگی در مراکز کمک دهی (ALW) به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal انتخاب اقامت در یک محیط زندگی با امکانات کمکی را به عنوان جایگزینی برای استقرار طولانی مدت در یک مرکز پرستاری ارائه می‌دهد. هدف ALW تسهیل انتقال از مرکز پرستاری به یک محیط خانگی و اجتماعی یا جلوگیری از اجبار برای رفتن به مرکز پرستاری ماهر برای ذینفعانی است که نیاز فوری به استقرار در این مرکز پرستاری دارند.
 - اعضای که در ALW ثبت نام کرده اند می‌توانند در ALW ثبت نام کرده و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس هماهنگی مراقبت ALW شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید کار می‌کند.
 - هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی شما می‌تواند به شما کمک کند برای ALW درخواست دهید.
- لطفاً برای لیستی از آژانس‌های محلی هماهنگی مراقبت ALW که به اورنج کانتی خدمات ارائه می‌دهند، به زیر مراجعه کنید:

A-Biz Health Systems تلفن: 1-818-654-6874	All Hours Adult Care, SPC تلفن: 1-844-657-4748
AARP Care Coordination Agency تلفن: 1-805-695-3200	.Anthem Hospice Providers Inc تلفن: 1-909-533-4553
Access TLC Home Health Care تلفن: 1-818-551-1900 یا 1-800 852-9887	.Archangel Home Health Inc تلفن: 1-562-861-7047

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 4: جدول مزایا

- | | |
|---|---|
| Bayview Hospice ○
تلفن: 1-855-962-4800 | Media Home Health ○
تلفن: 1-818-536-7468 |
| .Calstro Hospice, Inc ○
تلفن: 1-909-929-7312 | Prestigious Health Services ○
تلفن: 1-626-331-7300 |
| Central Coast ○
Healthcare Services
تلفن: 1-888-852-7260 | River of Light Hospice ○
تلفن: 1-909-748-7999 |
| Concise Home Health Services ○
تلفن: 1-310-912-3156 | .Sierra Hospice Care Inc ○
تلفن: 1-213-380-1100 |
| Faith in Angels Hospice ○
تلفن: 1-818-509-0934 | .Star Nursing, Inc ○
تلفن: 1-916-542-1445 |
| Grandcare Assisted ○
Living Services
تلفن: 1-877-405-6990 | The Caring Connection ○
تلفن: 1-818-368-5007 |
| Guidant Care Management ○
تلفن: 1-844-494-6304 | True Care Home Health ○
تلفن: 1-888-944-6248 |
| Home Health Services ○
of California
تلفن: 1-213-385-9949 | .Universal Home Care, Inc ○
تلفن: 1-323-653-9222 |
| I Care Hospice, Inc ○
تلفن: 1-818-238-9188 | Victor Valley Home ○
Health Services
تلفن: 1-442-327-9060 |
| Libertana Home Health Care ○
تلفن: 1-818-902-5000 | Vigilans Home Health Services ○
تلفن: 1-909-748-7980 |

HCBS معافیت برای افراد ساکن کالیفرنیا با ناتوانی های رشدی (HCBS-DD)

معافیت برای برنامه خود تعیینی کالیفرنیا (SDP) برای افراد دارای ناتوانی های رشدی

- دو معافیت (c) 1915 وجود دارد، معافیت HCBS-DD و معافیت SDP که خدماتی را به افرادی ارائه می دهد که ناتوانی رشدی در آنها تشخیص داده شده است که قبل از تولد 18 سالگی فرد شروع می شود و انتظار می رود به طور نامحدود ادامه یابد. هر دوی این معافیت ها راهی برای تأمین مالی خدمات خاصی است که به افراد دارای معلولیت رشدی اجازه می دهد به جای اقامت در یک مرکز بهداشتی دارای مجوز، در خانه یا در جامعه زندگی کنند. هزینه های این خدمات به طور مشترک توسط برنامه Medicaid دولت فدرال و ایالت کالیفرنیا تأمین می شود. هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما می تواند به شما در ارتباط با خدمات معافیت معافیت DD کمک کند.

اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با
CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**،
تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare**
مراجعه نمایید.



معافیت برای جایگزینی با برنامه های مبتنی بر خانه و جامعه (HCBA)

- معافیت HCBA خدمات مدیریت مراقبت را به افراد در معرض خطر برای نگهداری در خانه سالمندان یا استقرار در آسایشگاه ها ارائه می کند. خدمات مدیریت مراقبت توسط یک تیم مدیریت مراقبت چند جانبه متشکل از یک پرستار و مددکار اجتماعی ارائه می شود. این تیم خدمات معافیت و طرح دولتی (مانند پزشکی، سلامت رفتاری، خدمات حمایتی در خانه و غیره) را هماهنگ می کند و سایر خدمات و پشتیبانی های بلندمدت موجود در جامعه محلی را برنامه ریزی می کنند. خدمات مدیریت مراقبت و معافیت، در محل سکونت و جامعه عضو ذینفع ارائه می شود. این اقامتگاه می تواند ملک خصوصی، ملک اجاره ای با قرارداد اجاره یا محل سکونت یکی از اعضای خانواده شرکت کننده باشد.
 - اعضای که در معافیت HCBA ثبت نام کرده اند، می توانند همچنان در معافیت HCBA ثبت نام کرده باشند و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما در زمینه هماهنگی خدمات دریافتی شما با آژانس معافیت HCBA شما همکاری می کند.
 - هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما می تواند به شما کمک کند برای HCBA درخواست دهید.
- لطفاً برای لیستی از آژانس های محلی هماهنگی مراقبت HCBA که به Orange County خدمات ارائه می دهند، به زیر مراجعه کنید:

Access TLC ○
تلفن: 1-800-852-9887

Libertana Home Health ○
تلفن: 1-800-750-1444 یا
1-818-902-5000

برنامه معافیت Medi-Cal (MCWP)

- برنامه معافیت Medi-Cal (MCWP) به عنوان جایگزینی برای مراقبت گرفتن در مرکز پرستاری یا بستری شدن در بیمارستان، خدمات مراقبتی جامع و مراقبت مستقیم را به افراد مبتلا به HIV ارائه می دهد. مدیریت پرونده یک رویکرد تیمی با مشارکت ذینفع و متشکل از یک پرستار ثبت نام شده و مدیر پرونده مددکاری اجتماعی است. مدیران پرونده با شرکت کنندگان و ارائه دهندگان مراقبت های اولیه، خانواده، مراقب (ها) و سایر ارائه دهندگان خدمات همکاری می کنند تا نیازهای مراقبتی لازم برای زندگی ذینفع در خانه و جامعه خود ارزیابی کنند.
 - اهداف MCWP عبارتند از: (1) ارائه خدمات مبتنی بر خانه و جامعه برای افراد مبتلا به HIV که ممکن است به خدمات نهادینه شدن نیاز داشته باشند. (2) کمک به اعضا در مدیریت سلامت HIV. (3) تسهیل دسترسی به حمایت از خدمات سلامت اجتماعی و رفتاری و (4) هماهنگی ارائه دهندگان خدمات و حذف خدمات تکراری.
 - اعضای که در معافیت MCWP ثبت نام کرده اند، می توانند در معافیت MCWP ثبت نام کرده و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس معافیت MCWP شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می کنید کار می کند.
 - هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما می تواند به شما کمک کند برای MCWP درخواست دهید.
- لطفاً برای یافتن آژانس هماهنگی مراقبت محلی MCWP که به اورنج کانتی خدمات می دهد، به اطلاعات زیر مراجعه کنید:

Radiant Health Centers (formerly AIDS Services Foundation) ○
تلفن: 1-949-809-5700

برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP) خدمات مدیریت مراقبت های اجتماعی و بهداشتی را برای کمک به افراد برای ماندن در خانه و جامعه خود ارائه می دهد.
- در حالی که اکثر شرکت کنندگان برنامه خدمات حمایتی در خانه را نیز دریافت می کنند، MSSP برای جلوگیری یا به تعویق انداختن بستری عضو در مراکز طولانی مدت، هماهنگی مراقبت مداوم را فراهم می کند، شرکت کنندگان را به سایر خدمات و منابع اجتماعی مورد نیاز پیوند می دهد، با ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی هماهنگ می کند و برخی از خدمات مورد نیاز را خریداری می کند که در غیر این صورت در دسترس نیستند. مجموع هزینه ترکیبی سالانه مدیریت مراقبت و سایر خدمات باید کمتر از هزینه دریافت مراقبت در یک مرکز پرستاری ماهر باشد.
- تیمی از متخصصان خدمات بهداشتی و اجتماعی برای هر یک از شرکت کنندگان MSSP ارزیابی کامل سلامت و روانی اجتماعی را برای تعیین خدمات مورد نیاز ارائه می دهند. سپس تیم با شرکت کننده MSSP، پزشک، خانواده و دیگران برای ایجاد یک برنامه مراقبت فردی کار می کند. خدمات عبارتند از:
 - مدیریت مراقبت
 - مراقبت روزانه بزرگسالان
 - تعمیرات/نگهداری جزئی خانه
 - خدمات تکمیلی در منزل، مراقبت شخصی و نظارت حفاظتی
 - خدمات استراحت برای مراقبین
 - خدمات حمل و نقل
 - خدمات مشاوره ای و درمانی
 - خدمات غذا
 - خدمات ارتباطی
- اعضای که در معافیت MSSP ثبت نام کرده اند، می توانند همچنان در معافیت MSSP ثبت نام نمایند و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت می کنند. طرح ما با ارائه دهنده MSSP شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می کنید کار می کند.
- هماهنگ کننده مراقبتهای شخصی شما می تواند به شما در ثبت نام برای MSSP کمک کند.

برای دریافت اطلاعات بیشتر در زمینه MSSP یا برای درخواست عضویت در این برنامه، لطفاً با CalOptima Health MSSP با شماره **1-714-347-5780** تماس بگیرید.

F6. خدمات بهداشت رفتاری شهرستان ارائه شده خارج از برنامه ما (سلامت روان و خدمات اختلال مصرف مواد)

شما به خدمات بهداشتی رفتاری ضروری پزشکی که Medicare و Medi-Cal پوشش می دهند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات بهداشت رفتاری تحت پوشش مراقبت های مدیریت شده Medicare و Medi-Cal را فراهم می کنیم. طرح ما خدمات بهداشت روانی تخصصی Medi-Cal یا خدمات اختلال مصرف مواد شهرستان را ارائه نمی دهد، اما این خدمات از طریق آژانس های خدمات بهداشت رفتاری شهرستان در دسترس شما هستند.

در صورتی که معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان شهرستان (MHP) در دسترس شما است. خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal ارائه شده توسط MHP شهرستان شما عبارتند از:

- خدمات بهداشت روان
- خدمات پشتیبانی دارویی
- درمان روزانه فشرده
- توانبخشی روزانه
- مداخله در بحران
- خدمات تثبیت بحران
- خدمات درمانی مسکونی بزرگسالان
- خدمات درمان مسکونی در شرایط بحرانی
- خدمات مراکز بهداشت روانی
- خدمات بیمارستانی بستری روانپزشکی
- مدیریت هدفمند موردی
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات سیار مداخله در بحران مبتنی بر جامعه
- هماهنگی مراقبت های ویژه
- خدمات فشرده در منزل

در صورتی که معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید، خدمات سیستم تحویل سازماندهی شده Drug Medi-Cal از طریق آژانس بهداشت رفتاری شهرستان شما در دسترس است. خدمات Drug Medi-Cal ارائه شده توسط شهرستان شما عبارتند از:

- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- درمان اختلال مصرف مواد در مرکز مسکونی در دوران بارداری
- خدمات درمانی سرپایی
- برنامه درمان مواد مخدر
- داروهای برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو)
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات سیار مداخله در بحران مبتنی بر جامعه

خدمات سیستم تحویل سازماندهی شده Drug Medi-Cal عبارتند از:

- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات درمانی سرپایی فشرده

- خدمات بستری جزئی
- داروهای برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو)
- خدمات درمانی مسکونی
- خدمات مدیریت ترک و خماری
- برنامه درمان مواد مخدر
- خدمات بازیابی
- هماهنگی مراقبت
- خدمات پشتیبانی همتایان
- خدمات سیار مداخله در بحران مبتنی بر جامعه
- خدمات مدیریت اضطراری

علاوه بر خدمات ذکر شده در بالا، در صورت داشتن معیارها، ممکن است به خدمات داوطلبانه سم زدایی بیماران بستری نیز دسترسی داشته باشید.

اگر در مورد خدمات بهداشت رفتاری، مجوز برای خدمات، غربالگری سطح نقص برای تعیین خدمات مناسب سؤالی دارید، با CalOptima Health Behavioral Health به شماره **1-855-877-3885 (TTY 711)** تماس بگیرید و گزینه CalOptima Health OneCare را انتخاب کنید.

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

این بخش در مورد مزایایی که در طرح ما «مستثنی» هستند به شما توضیح می‌دهد. «مستثنی» به این معنی است که ما برای این مزایا هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنیم. Medicare و Medi-Cal نیز برای آنها هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. لیست زیر برخی از خدمات و اقلامی را که تحت هیچ شرایطی تحت پوشش ما نیستند و آنهایی که تنها در برخی موارد در طرح ما مستثنی شده‌اند توضیح می‌دهد.

ما برای مزایای پزشکی مستثنی طبق فهرست این بخش (یا هر جای دیگری در این کتابچه راهنمای اعضا) هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنیم، مگر تحت شرایط خاص ذکر شده. حتی اگر آن خدمات را در یک مرکز اورژانس دریافت کنید، طرح ما هزینه خدمات را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می‌کنید طرح ما باید برای یکی از خدماتی که تحت پوشش نیست هزینه پرداخت کند، می‌توانید درخواست بررسی مجدد کنید. برای اطلاعات در مورد درخواست بررسی مجدد، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

علاوه بر هرگونه استثنا یا محدودیتی که در جدول مزایا توضیح داده شده است، طرح ما اقلام و خدمات زیر را نیز پوشش نمی‌دهد:

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و دارای ضرورت پزشکی» تلقی نمی‌شوند، مگر اینکه این خدمات به عنوان خدمات تحت پوشش در فهرست ذکر شده باشند.

- درمان‌های پزشکی و جراحی، اقلام و داروها از نوع تجربی، مگر اینکه Medicare، یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare یا طرح ما آنها را پوشش دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد مطالعات تحقیقات بالینی، به فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. درمان‌ها و اقلام تجربی مواردی هستند که عموماً مورد قبول جامعه پزشکی نیستند.
- درمان جراحی برای مرض چاقی، مگر در مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشد و Medicare هزینه آن را پرداخت کند.
- یک اتاق خصوصی در بیمارستان، مگر در موارد دارای ضرورت پزشکی.
- پرستاران خصوصی.
- وسایل شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری، مانند تلفن یا تلویزیون.
- مراقبت‌های پرستاری تمام وقت در منزل شما.
- هزینه‌هایی که بستگان درجه یک یا اعضای خانواده شما اعمال می‌کنند.
- وعده‌های غذایی که در منزل شما تحویل داده می‌شود.
- اقدامات یا خدمات تقویتی اختیاری یا انتخابی (شامل کاهش وزن، رشد مو، عملکرد جنسی، عملکرد ورزشی، اهداف زیبایی، ضد پیری و عملکرد ذهنی)، مگر در مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشد.
- جراحی زیبایی یا سایر عمل‌های زیبایی، مگر اینکه به دلیل جراحت ناشی از تصادف یا بهبود بخشی از بدن که شکل مناسبی ندارد، مورد نیاز باشد. با این حال، ما هزینه بازسازی سینه پس از ماستکتومی و درمان سینه دیگر را برای هم‌شکل کردن با آن می‌پردازیم.
- مراقبت‌های کایروپراکتیک، به غیر از دستکاری دستی ستون فقرات طبق دستورالعمل‌های پوشش.
- مراقبت‌های معمول پا، به جز مواردی که در خدمات پاپزشکی در جدول مزایای بخش D توضیح داده شده است.
- کفش‌های ارتوپدی، مگر اینکه کفش جزء بریس پا باشد و در هزینه بریس لحاظ شود یا کفش برای فرد مبتلا به بیماری پای دیابتی باشد.
- وسایل کمکی برای پا، به جز کفش‌های ارتوپدی یا طبی برای افراد مبتلا به بیماری پای دیابتی.
- کراتوتومی رادیال، جراحی لیزیک و سایر وسایل کمکی کم‌بینایی.
- معکوس کردن روش‌های عقیم‌سازی.
- خدمات طبیعت‌درمانی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین).
- خدمات ارائه شده به کهنه‌سربازان در مراکز امور کهنه‌سربازان (Veterans Affairs, VA) با این حال، هنگامی که یک کهنه‌سرباز خدمات اورژانسی را در بیمارستان‌های VA دریافت می‌کند و مبلغ سهم بیمار برای VA بیشتر از مبلغ سهم بیمار در طرح ما باشد، مابه‌التفاوت را به کهنه‌سرباز بازپرداخت می‌کنیم. شما همچنان مسئول پرداخت مبالغ سهم بیمار هستید.
- خدمات پیراپزشکی، درمان‌های پزشکی اورژانسی هستند که در محل حادثه توسط یک امدادگر ارائه می‌شود. برای اطلاع از پوشش با شهرداری خود تماس بگیرید.

فصل 5: دریافت داروهای تجویزی سرپایی شما

مقدمه

این فصل درباره قوانینی برای دریافت داروهای تجویزی سرپایی شما توضیح می‌دهد. اینها داروهایی هستند که ارائه‌دهنده شما برایتان سفارش می‌دهد و آنها را از داروخانه دریافت می‌کنید. داروهای تحت پوشش Medicare Part D و Medi-Cal جزء آنها هستند. **فصل 6 کتابچه راهنمای اعضا** به شما می‌گوید که برای این داروها چه هزینه‌ای پرداخت می‌کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

ما داروهای زیر را نیز پوشش می‌دهیم، اگرچه در این فصل مورد بحث قرار نگرفته‌اند:

- **داروهای تحت پوشش Medicare Part A.** اینها معمولاً شامل داروهایی هستند که حین مدت حضورتان در بیمارستان یا مرکز پرستاری به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت پوشش Medicare Part B.** برخی از داروهای شیمی‌درمانی، برخی از تزریقات دارویی که طی ویزیت در مطب پزشک یا ارائه‌دهندگان دیگر به شما داده می‌شود، و همچنین داروهایی که در کلینیک دیالیز به شما داده می‌شود از این دسته است. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروهای Medicare Part B، به جدول مزایا در **فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
- اگر در آسایشگاه Medicare هستید، علاوه بر Medicare Part D و پوشش مزایای پزشکی، داروهای شما ممکن است تحت پوشش Original Medicare قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 5، بخش F3** «اگر در یک برنامه آسایشگاه دارای گواهی Medicare هستید» مراجعه کنید.

قوانین پوشش دارویی سرپایی طرح ما

ما معمولاً تا زمانی که از قوانین این بخش پیروی کنید، داروهای شما را تحت پوشش قرار می‌دهیم. شما باید از یک ارائه‌دهنده (پزشک، دندانپزشک یا سایر تجویز کنندگان) بخواهید نسخه شما را بنویسد، که باید طبق قانون قابل اجرای ایالتی معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما است. همچنین اگر ارائه‌دهنده مراقبت اولیه شما را برای دریافت خدمات مراقبتی ارجاع داده باشد، این شخص می‌تواند ارائه‌دهنده دیگری باشد.

تجویزکننده شما **نباید** در فهرست‌های موارد مستثنی یا حذف‌شده Medicare یا هر فهرست مشابه Medi-Cal باشد. شما معمولاً باید از یک داروخانه شبکه برای تهیه داروهای نسخه خود استفاده کنید.

داروی تجویزی شما باید در **فهرست داروهای تحت پوشش طرح ما** باشد. ما به صورت کوتاه‌شده، به آن «**فهرست داروها**» می‌گوییم. (به **بخش B** این فصل مراجعه کنید).

- اگر دارو در «**فهرست داروها**» نیست، ممکن است بتوانیم با قائل شدن استثنا آن را برای شما پوشش دهیم.
- برای آشنایی با درخواست اعمال استثنا، به **فصل 9** مراجعه کنید.
- لطفاً همچنین توجه داشته باشید که درخواست برای پوشش داروی تجویزی شما مطابق با استانداردهای هردو برنامه Medicare و Medi-Cal ارزیابی خواهد شد.

داروی شما باید برای یکی از مصارف مورد قبول پزشکی باشد. این بدان معنی است که مورد مصرف دارو را یا سازمان غذا و دارو تأیید کرده یا مراجع پزشکی خاصی بر آن صحه گذاشته‌اند. تجویز کننده داروی شما ممکن است بتواند به شما در شناسایی مراجع پزشکی برای تأیید مورد مصرف درخواستی داروی تجویزی کمک کند. مصرف داروهای تحت پوشش Medi-Cal Rx برای درمان عارضه‌هایی که توسط سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) یا کتاب‌های مرجع پشتیبانی نمی‌شوند، با عنوان مصارف «خارج از برچسب» (off-label) نامیده می‌شوند. داروهایی که برای موارد «خارج از برچسب» استفاده می‌شوند، به‌عنوان مصارف مورد قبول پزشکی محسوب نمی‌شوند و بنابراین به عنوان مزایای تحت پوشش به حساب نمی‌آیند، مگر اینکه: مورد مصرف «خارج از برچسب» در پژوهش‌هایی که تحت فرآیند بررسی هم‌تا قرار گرفته‌اند توصیف شده باشد و دارو ضرورت پزشکی داشته باشد. Medi-Cal Rx داروهای دارای ضرورت پزشکی را به عنوان داروهای لازم برای محافظت از جان، پیشگیری از بیماری جدی یا ناتوانی قابل توجه، یا برای کاهش درد شدید از طریق تشخیص یا درمان بیماری، کسالت یا جراحت، معقول و ضروری باشد توصیف می‌کند.

داروی شما ممکن است نیاز به تأیید داشته باشد قبل از اینکه ما آن را پوشش دهیم. به بخش C در این فصل مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. تهیه داروهای نسخه‌ای خود	139
A1. تهیه داروهای نسخه‌ای خود از یک داروخانه شبکه	139
A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت خود هنگام تهیه داروهای نسخه‌ای	139
A3. اقدام لازم در صورت تغییر داروخانه شبکه	139
A4. اقدام لازم در صورت خارج شدن داروخانه‌تان از شبکه	139
A5. استفاده از داروخانه تخصصی	140
A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروهای خود	140
A7. تأمین دارو برای یک دوره طولانی	140
A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست	141
A9. بازپرداخت هزینه نسخه به شما	141
B. فهرست داروهای طرح ما	142
B1. داروهای موجود در فهرست داروهای ما	142
B2. چگونه یک دارو را در فهرست داروهای ما پیدا کنید	142
B3. داروهایی که در فهرست داروهای ما نیستند	143
B4. ردیف‌های سهم بیمار در فهرست داروها	144
C. محدودیت روی برخی داروها	144

- D. دلایلی که ممکن است داروی شما تحت پوشش قرار نگیرد. 145**
D1. دریافت یک مقدار موقت از دارو. 146
D2. درخواست عرضه موقت دارو. 147
D3. درخواست استثنا. 147
- E. تغییرات پوشش برای داروهای شما. 148**
- F. پوشش دارویی در موارد خاص. 150**
F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاری تخصصی برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می‌دهد. 150
F2. در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت. 150
F3. در یک برنامه آسایشگاهی مورد تأیید Medicare. 150
- G. برنامه‌های ایمنی دارو و مدیریت دارو. 151**
G1. برنامه‌هایی برای کمک به استفاده ایمن از داروها. 151
G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود. 151
G3. برنامه مدیریت مواد جهت استفاده ایمن از داروهای افیونی. 152

A. تهیه داروهای نسخه‌ای خود

A1. تهیه داروهای نسخه‌ای خود از یک داروخانه شبکه

در بیشتر موارد، ما هزینه داروهای نسخه‌ای را تنها زمانی پرداخت می‌کنیم که از یکی از داروخانه‌های تحت قرارداد شبکه‌مان تهیه شود. داروخانه شبکه داروخانه‌ای است که می‌پذیرد داروهای تجویزی را برای اعضای طرح ما تأمین کند. شما می‌توانید از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما استفاده کنید.

برای پیدا کردن یکی از داروخانه‌های شبکه، در فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها جستجو کنید، به وبسایت ما مراجعه کنید، یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت خود هنگام تهیه داروهای نسخه‌ای

برای تهیه داروهای نسخه‌ای خود، کارت شناسایی (Identification, ID) عضویت خود را به داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه برای هزینه‌های دارو تحت پوشش به ما صورتحساب می‌دهد. داروخانه شبکه یک داروخانه است که می‌پذیرد داروهای نسخه‌ای را به اعضای طرح ما ارائه کند. شما می‌توانید از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما استفاده کنید.

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

اگر هنگام تهیه داروهای نسخه‌ای، کارت شناسایی عضویت یا BIC خود را همراه ندارید، از داروخانه بخواهید تا برای دریافت اطلاعات لازم با ما تماس بگیرد، یا می‌توانید از داروخانه بخواهید اطلاعات عضویت طرح بیمه شما را جستجو کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید کل هزینه نسخه را هنگام تحویل گرفتن آن بپردازید. سپس می‌توانید از ما بخواهید که سهم هزینه اشتراک را به شما باز گردانیم. اگر نمی‌توانید هزینه را بپردازید، فوراً با خدمات مشتریان تماس بگیرید. ما هر کاری که بتوانیم برای کمک به شما انجام خواهیم داد.

• برای درخواست از ما جهت بازپرداخت هزینه‌ها، به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

• اگر برای تهیه نسخه به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A3. اقدام لازم در صورت تغییر داروخانه شبکه

اگر داروخانه‌ها را تغییر می‌دهید و نیاز به تهیه مجدد نسخه دارید، می‌توانید درخواست کنید نسخه جدیدی توسط ارائه‌دهنده نوشته شود یا از داروخانه خود بخواهید اگر مقداری از داروهای نسخه‌تان باقی مانده است، آن را به داروخانه جدید منتقل کند.

اگر برای تغییر داروخانه شبکه خود به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A4. اقدام لازم در صورت خارج شدن داروخانه‌تان از شبکه

اگر داروخانه‌ای که استفاده می‌کنید از شبکه طرح ما خارج شود، باید داروخانه دیگری که عضو شبکه است پیدا کنید.

برای پیدا کردن یک داروخانه جدید عضو شبکه، به فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها رجوع کنید، به وبسایت ما مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A5. استفاده از داروخانه تخصصی

گاهی اوقات نسخه‌ها باید از یک داروخانه تخصصی تهیه شوند. داروخانه‌های تخصصی عبارتند از:

- داروخانه‌هایی که داروهای مخصوص تزریق در منزل را عرضه می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که برای ساکنین یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت، مانند آسایشگاه سالمندان، دارو تأمین می‌کنند.
 - معمولاً مراکز مراقبت‌های بلندمدت داروخانه‌های مخصوص به خود را دارند. اگر ساکن یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت هستید، اطمینان حاصل می‌کنیم که بتوانید داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه مرکز تهیه کنید.
 - اگر داروخانه مرکز مراقبت‌های بلندمدت شما در شبکه ما نیست یا در زمینه گرفتن داروهای خود در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت مشکل دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- داروخانه‌هایی که به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی سرخپوستان (IHCP) و داروخانه‌های سازمان شهری سرخپوستان (UIO) خدمات بهداشتی سرخپوستان / برنامه سلامت قبیله‌ای / شهری سرخپوستان خدمات می‌دهند. به جز در موارد اورژانسی، فقط بومیان آمریکا یا بومیان آلاسکا می‌توانند از این داروخانه‌ها استفاده کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهای محدودشده به دستور FDA را به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا داروهای که نیاز به رسیدگی خاص، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد استفاده از آنها دارند. (توجه: این سناریو به ندرت اتفاق می‌افتد).

برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی، به فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها (*Provider and Pharmacy Directory*) رجوع کنید، به وبسایت ما مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروهای خود

طرح ما خدمات سفارش پستی را ارائه نمی‌دهد.

A7. تأمین دارو برای یک دوره طولانی

شما می‌توانید در فهرست دارویی طرح ما، داروهای مخصوص درمان نگهدارنده طولانی مدت را برای یک دوره بلندمدت تأمین کنید. داروهای مخصوص درمان نگهدارنده داروهای هستند که شما به طور منظم برای یک عارضه پزشکی مزمن یا طولانی مدت مصرف می‌کنید. همچنین می‌توانید برای اطلاعات بیشتر با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

برخی از داروخانه‌های شبکه به شما امکان می‌دهند تا داروهای مخصوص درمان نگهدارنده را برای یک دوره بلندمدت تأمین کنید. مبلغ پرداخت مشترک برای مصرف 100 روزه با مصرف یک‌ماهه یکسان است. فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها به شما می‌گوید کدام داروخانه‌ها می‌توانند داروهای درمان نگهدارنده را برای دوره‌های بلندمدت در اختیار شما قرار دهند.

A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست

به طور کلی، ما فقط زمانی هزینه داروهای تأمین‌شده در داروخانه‌های خارج از شبکه را پرداخت می‌کنیم که شما نتوانید از داروخانه شبکه استفاده کنید. ما داروخانه‌هایی در خارج از محدوده خدماتی خود داریم که عضو شبکه هستند و می‌توانید داروهای نسخه‌های خود را به عنوان عضوی از طرح ما از آنجا دریافت کنید. در این موارد، ابتدا با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا مطمئن شوید که آیا یک داروخانه شبکه در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر. ممکن است از شما خواسته شود که تفاوت بین مبلغی را که برای دارو در داروخانه خارج از شبکه می‌پردازید و هزینه‌ای که ما در داروخانه درون شبکه پوشش می‌دهیم را بپردازید.

ما هزینه نسخه‌هایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده‌اند در موارد زیر می‌پردازیم:

- اگر نتوانید یک داروی تحت پوشش را به موقع از محدوده خدماتی ما تهیه کنید زیرا داروخانه شبکه در دسترس نیست یا فعال نیست، (به عنوان مثال، یک داروخانه شبانه‌روزی عضو شبکه در فاصله‌ای معقول برای دسترسی با خودرو قرار نداشته باشد).
- اگر در نسخه‌تان یک داروی تحت پوشش هست که هیچ‌کدام از داروخانه‌های قابل دسترس عضو شبکه آن را به طور منظم موجود نمی‌کنند. (به عنوان مثال، یک داروی تخصصی).
- اگر در حال سفر به خارج از محدوده خدماتی (در داخل ایالات متحده) هستید و داروی خود را تمام می‌کنید، یا دارویتان را گم می‌کنید یا بیمار می‌شوید و نمی‌توانید به یک داروخانه شبکه دسترسی پیدا کنید.
- اگر داروی تجویزی برای یک وضعیت اورژانسی پزشکی یا مراقبت‌های فوری است، زمانی که داروخانه‌های شبکه در دسترس نیستند.
- اگر زمانی نسخه‌تان را تهیه می‌کنید که یک فاجعه یا وضعیت اورژانس بهداشت عمومی از طرف فدرال اعلام شده است و در پی آن خانه‌تان را تخلیه کردید یا از خانه خود آواره شده‌اید و قادر به دسترسی به داروخانه شبکه نیستید.

A9. بازپرداخت هزینه نسخه به شما

اگر باید از یک داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، باید کلی باید هنگام دریافت نسخه، هزینه کامل دارو را به جای سهم هزینه مشترک بپردازید. شما می‌توانید از ما درخواست کنید که سهم هزینه خود را به شما بازپرداخت کنیم.

اگر تمام هزینه نسخه خود را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرد پرداخت کنید، ممکن است بتوانید مبلغ پرداختی را پس از پرداخت شدن هزینه نسخه توسط Medi-Cal Rx، از آن داروخانه پس بگیرید. از طرف دیگر، می‌توانید از Medi-Cal Rx بخواهید با ارسال درخواست «بازپرداخت هزینه‌های پرداختی از جیب»

Medi-Cal (Conlan) هزینه را به شما بازگرداند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وبسایت Medi-Cal Rx بیابید: www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/

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

B. فهرست داروهای طرح ما

ما فهرستی تحت عنوان فهرست داروهای تحت پوشش داریم. ما به صورت کوتاه‌شده، به آن «فهرست داروها» می‌گوییم.

ما داروهای موجود در فهرست داروها را با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. فهرست داروها همچنین قوانینی را که باید برای دریافت داروهای خود رعایت کنید مشخص می‌کند.

اگر از قوانینی که در این فصل توضیح می‌دهیم پیروی کنید، معمولاً داروهای نامبرده در فهرست داروهای طرح خود را پوشش می‌دهیم.

B1. داروهای موجود در فهرست داروهای ما

فهرست داروهای ما شامل داروهای تحت پوشش Medicare Part D است.

اکثر داروهای تجویزی که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح شما هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (Over-The-Counter, OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx (<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov>) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه خود از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع (BIC) از برنامه Medi-Cal را همراه داشته باشید.

فهرست داروهای ما شامل داروهای برند، داروهای ژنریک و محصولات بیولوژیکی (که ممکن است شامل بیوسیمیلارها باشد) است.

یک داروی برند نوعی از داروهای تجویزی است که تحت نام تجاری متعلق به سازنده دارو فروخته می‌شود. محصولات بیولوژیکی داروهایی هستند که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند. در فهرست داروهای ما، وقتی به «داروها» اشاره می‌کنیم، می‌تواند به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای ژنریک مواد فعال مشابه داروهای برند را دارند. فرآورده‌های بیولوژیکی جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار نامیده می‌شود. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی مؤثر هستند و معمولاً هزینه کمتری دارند. برای بسیاری از داروهای با نام برند تجاری جایگزین‌های دارویی ژنریک مشابه و برای برخی از محصولات بیولوژیکی اصلی جایگزین‌های بیوسیمیلار وجود دارد. برخی از بیوسیمیلارها بیوسیمیلارهای قابل تعویض هستند و بسته به قوانین ایالت، ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می‌توانند جایگزین داروهای با نام برند تجاری شوند.

برای شناسایی انواع داروهایی که ممکن است در فهرست داروها باشند، به فصل 12 مراجعه کنید.

B2. چگونه یک دارو را در فهرست داروهای ما پیدا کنید

برای اطلاع از اینکه آیا داروی مصرفی‌تان در فهرست داروهای ما قرار دارد یا خیر، می‌توانید:

- از وبسایت طرح ما به آدرس www.caloptima.org/OneCare بازدید کنید. فهرست داروها در وبسایت ما همیشه به‌روزترین فهرست است.
- برای اطلاع از وجود یک دارو در فهرست داروهای ما یا درخواست کپی این فهرست، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- داروهایی که تحت پوشش Part D نیستند ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx به آدرس (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید.
- از "ابزار مزایای کنونی" یا "Real Time Benefit Tool" ما در www.caloptima.org/OneCare استفاده کنید یا با خدمات مشتری تماس بگیرید. با استفاده از این ابزار می توانید داروهای موجود در فهرست دارو را جستجو کنید تا تخمینی از مبلغی که می پردازید و اینکه آیا داروهای جایگزینی در فهرست دارو وجود دارد که می تواند همان بیماری را درمان کند، به دست آورید.

B3. داروهایی که در فهرست داروهای ما نیستند

ما همه داروهای تجویزی را پوشش نمی دهیم. برخی از داروها در فهرست داروهای ما نیستند زیرا قانون به ما اجازه نمی دهد آن داروها را پوشش دهیم. در موارد دیگر، خودمان تصمیم گرفتیم دارویی را در فهرست داروهای خود قرار ندهیم.

طرح ما برای انواع داروهایی که در این بخش توضیح داده شده است، هزینه ای پرداخت نمی کند. این داروها را **داروهای مستثنی می نامند**. اگر نسخه ای برای یک داروی مستثنی دریافت می کنید، ممکن است لازم باشد هزینه آن را خودتان بپردازید. اگر فکر می کنید که به دلیل شرایط شما باید هزینه یک داروی مستثنی را بپردازیم، می توانید درخواست بررسی مجدد کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست بررسی مجدد، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

در اینجا سه قانون کلی برای داروهای مستثنی وجود دارد:

1. پوشش دارویی سرپایی طرح ما (که شامل Medicare Part D می شود) نمی تواند برای دارویی که Medicare Part A یا Medicare Part B هم اکنون پوشش می دهد، هزینه کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B را به صورت رایگان پوشش می دهد، اما این داروها بخشی از مزایای داروهای تجویزی سرپایی شما محسوب نمی شوند.
 2. طرح ما نمی تواند داروی خریداری شده در خارج از ایالات متحده و قلمرو آن را پوشش دهد.
 3. مورد مصرف دارو باید توسط (FDA) تأیید شده باشد یا مراجع پزشکی مشخصی آن را به عنوان درمانی برای عارضه شما تأیید کرده باشند. پزشک یا ارائه دهنده دیگر شما ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان این بیماری تأیید نشده باشد. به این حالت «استفاده خارج از برچسب» می گویند. طرح ما معمولاً داروهای تجویزی برای استفاده خارج از برچسب را پوشش نمی دهد.
- همچنین، طبق قانون، Medicare یا Medi-Cal نمی توانند انواع داروهای فهرست زیر را پوشش دهند.

- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
- داروهای مورد استفاده برای تسکین علائم سرفه یا سرماخوردگی*
- داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا برای افزایش رشد مو
- ویتامین ها و فرآورده های معدنی تجویزی، به جز ویتامین های دوران بارداری و فرآورده های فلوراید*
- داروهای مورد استفاده برای درمان اختلال عملکرد جنسی یا نعوظ
- داروهای مورد استفاده برای درمان بی اشتهایی، کاهش وزن یا افزایش وزن*
- داروهای سرپایی ساخته شده توسط شرکتی که می گوید شما باید آزمایش ها یا خدمات را فقط نزد آنها انجام دهید

* محصولات منتخب ممکن است تحت پوشش Medi-Cal باشند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید.

B4. ردیف‌های سهم بیمار در فهرست داروها

هر دارویی در فهرست داروهای ما در یکی از این دو ردیف قرار می‌گیرد. یک ردیف به گروهی از داروهای عموماً یکسان گفته می‌شود (به عنوان مثال، داروهای برند، داروهای ژنریک یا داروهای بدون نسخه (OTC)). به طور کلی، هرچه سطح اشتراک هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای دارو بالاتر است.

ردیف 1 شامل داروهای ژنریک است. هزینه پرداخت مشترک برای داروها در این ردیف \$0، \$1.60، یا \$4.90 است.

ردیف 2 شامل داروهای نام برند تجاری است. هزینه پرداخت مشترک برای داروها در این ردیف \$0، \$4.80، یا \$12.15 است.

برای اینکه بفهمید داروی شما در کدام ردیف اشتراک هزینه قرار دارد، دارو را در فهرست داروهای ما جستجو کنید.

فصل 6 کتابچه راهنمای اعضا مبلغی را که برای داروها در هر ردیف می‌پردازید، بیان می‌کند.

C. محدودیت روی برخی داروها

برای برخی داروهای تجویزی، قوانین خاصی نحوه و زمان پوشش آنها در طرح ما را محدود می‌کند. به طور کلی، قوانین ما شما را ترغیب می‌کنند که دارویی را دریافت کنید که برای وضعیت پزشکی شما ایمن و مؤثر است. هنگامی که یک داروی ایمن و کم‌هزینه همان عملکرد داروی گران‌تر را دارد، از ارائه‌دهنده شما انتظار داریم داروی ارزان‌تر را تجویز کند.

اگر قانون خاصی برای داروی شما وجود داشته باشد، معمولاً به این معنی است که شما یا ارائه‌دهنده شما باید اقدامات بیشتری انجام دهید تا ما آن را پوشش دهیم. برای مثال، ممکن است ارائه‌دهنده شما ابتدا مجبور باشد تشخیصی را که در موردتان داده است به ما بگوید یا نتایج آزمایش‌های خون را ارائه دهد. اگر شما یا ارائه‌دهنده‌تان فکر می‌کنید قانون ما نباید در مورد عارضه شما اعمال شود، از ما درخواست کنید که استثنا قائل شویم. ما ممکن است موافقت کنیم که به شما اجازه مصرف دارو را بدون انجام اقدامات اضافی بدهیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثنا، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

1. محدودیت استفاده از یک دارو با نام تجاری یا محصولات بیولوژیکی اصلی، زمانی که به نوبه خود، یک نمونه بیوسیمیلار ژنریک یا جایگزین در دسترس باشد

به طور کلی، یک داروی ژنریک یا داروی بایوسیمیلار جایگزین مانند یک داروی برند یا داروی بیولوژیک اصلی عمل می‌کند و معمولاً هزینه کمتری دارد. در بیشتر موارد، اگر یک نمونه داروی ژنریک یا داروی بایوسیمیلار جایگزین برای یک داروی برند یا داروی بیولوژیک اصلی موجود باشد، داروخانه‌های شبکه ما نسخه ژنریک یا داروی بایوسیمیلار جایگزین را به شما می‌دهند.

- ما معمولاً هزینه داروهای برند یا داروی بایوسیمیلار جایگزین را وقتی نسخه ژنریک آن موجود باشد پرداخت نمی‌کنیم.

- با این حال، اگر ارائه‌دهنده شما دلیل پزشکی را به ما گفته است که داروی ژنریک، داروی بایوسیمیلار جایگزین یا سایر داروهای تحت پوششی که همان بیماری را درمان می‌کنند برای شما کارساز نیستند، ما داروی برند را پوشش می‌دهیم.

- سهم هزینه مشترک شما ممکن است برای داروی با نام تجاری یا محصولات بیولوژیکی اصلی بیشتر از داروی ژنریک یا داروی بیوسیمیلار قابل تعویض باشد.

2. دریافت تأییدیه طرح از قبل

برای برخی از داروها، قبل از اینکه نسخه خود را بگیرید، شما یا ارائه دهنده نسخه شما باید تأییدیه طرح ما را دریافت کنید. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است دارو را پوشش ندهیم.

3. امتحان کردن داروهای دیگر در وهله اول

به طور کلی، ما از شما می‌خواهیم قبل از پوشش داروهایی که هزینه بیشتری دارند، داروهای ارزان‌تری را امتحان کنید که به همان اندازه مؤثر هستند. به عنوان مثال، اگر داروی A و داروی B عارضه پزشکی یکسانی را درمان می‌کنند و داروی A هزینه کمتری نسبت به داروی B دارد، ممکن است لازم باشد ابتدا داروی A را امتحان کنید. اگر داروی A برای شما مؤثر نباشد، ما داروی B را تحت پوشش قرار می‌دهیم. به این فرآیند، مرحله‌درمانی می‌گویند.

4. محدودیت در تعداد

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید داشته باشید محدود است. چنین قانونی را محدودیت در تعداد می‌گویند. به عنوان مثال، ممکن است مقدار دارویی را که با هر بار نسخه‌پیچی می‌توانید تهیه کنید محدود نماییم.

برای اطلاع از اینکه اعمال شدن هریک از قوانین بالا در مورد دارویی که مصرف می‌کنید یا می‌خواهید مصرف کنید، فهرست داروهای ما را بررسی کنید. برای دریافت به‌روزترین اطلاعات، با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا وبسایت ما را به آدرس www.caloptima.org/onecare بررسی کنید. اگر با تصمیم ما درباره پوشش موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

D. دلایلی که ممکن است داروی شما تحت پوشش قرار نگیرد

ما سعی می‌کنیم پوشش دارویی شما برایتان مناسب باشد، اما گاهی اوقات ممکن است دارو آنطور که شما دوست دارید پوشش داده نشود. برای مثال:

- اگر طرح ما دارویی را که می‌خواهید مصرف کنید پوشش نمی‌دهد. ممکن است این دارو در فهرست داروهای ما نباشد. ما ممکن است نوع ژنریک دارو را پوشش دهیم، اما نسخه مایل به مصرف نوع داروی برند باشید، که پوشش نمی‌دهیم. یک دارو ممکن است جدید باشد، و ما هنوز آن را از نظر ایمنی و اثربخشی بررسی نکرده باشیم.
 - طرح ما دارو را پوشش می‌دهد، اما قوانین یا محدودیت‌های خاصی برای پوشش وجود دارد. همانطور که در بخش بالا توضیح داده شد، برخی از داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد قوانینی دارند که استفاده از آنها را محدود می‌کند. در برخی موارد، شما یا تجویزکننده می‌توانید از ما بخواهید استثنا قائل شویم.
- اگر دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، کارهایی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.

D1. دریافت یک مقدار موقت از دارو

در برخی موارد، زمانی که دارو در فهرست داروهای ما نیست یا به نحوی محدود شده است، می‌توانیم به شما یک مقدار موقت از دارو را بدهیم. این به شما زمان می‌دهد تا با ارائه‌دهنده خود در مورد دریافت داروی دیگری صحبت کنید یا از ما بخواهید دارو را پوشش دهیم.

برای دریافت مقدار موقت دارو، باید دو قانون زیر در مورد شما صدق کند:

1. دارویی که مصرف می‌کردید:

- دیگر در فهرست داروهای ما نباشد یا

- هرگز در فهرست داروهای ما نبوده است یا

- اکنون به نوعی محدود شده است.

2. شما باید در یکی از این شرایط باشید:

- سال گذشته در طرح ما بودید.

- ما تأمین موقت داروی شما را در 90 روز اول سال تقویمی پوشش می‌دهیم.

- این تأمین موقت برای حداکثر 30 روز است.

- اگر نسخه شما برای تعداد روز کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می‌دهیم چندین بار نسخه‌پیچی مجدد شود تا دارو حداکثر برای 30 روز تأمین گردد. شما باید داروهای نسخه را از یک داروخانه شبکه تهیه کنید.

- داروخانه‌های مراقبت‌های بلندمدت ممکن است برای جلوگیری از هدر رفتن، در هر برهه زمانی مقادیر کمی از داروی تجویزی شما را ارائه دهند.

- شما عضو جدید طرح ما هستید.

- ما تأمین موقت داروی شما را در 90 روز اول عضویت‌تان در طرح پوشش می‌دهیم.

- این مقدار موقت تا 30 روز است.

- اگر نسخه شما برای تعداد روز کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می‌دهیم چندین بار نسخه‌پیچی مجدد شود تا دارو حداکثر برای 30 روز تأمین گردد. شما باید داروهای نسخه را از یک داروخانه شبکه تهیه کنید.

- داروخانه‌های مراقبت‌های بلندمدت ممکن است برای جلوگیری از هدر رفتن، در هر برهه زمانی مقادیر کمی از داروی تجویزی شما را ارائه دهند.

- شما بیش از 90 روز در برنامه ما بوده‌اید، در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت زندگی می‌کنید و فوراً به مقداری از آن دارو نیاز دارید.

- ما تأمین دارو برای یک دوره 31 روزه را پوشش می‌دهیم، یا اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، کمتر. این سوای مقدار موقت فوق است.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با

CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)،

تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare

مراجعه نمایید.



- شما در حال انتقال از یک محیط درمانی به محیط دیگر هستید (به این فرآیند، تغییر سطح مراقبت می‌گویند).
 - نمونه‌هایی از تغییر سطح مراقبت عبارتند از: ورود به یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت از یک بیمارستان مراقبت‌های حاد؛ ترخیص از بیمارستان به منزل؛ پایان دادن به دوره اقامت در مرکز پرستاری تخصصی Part A با بازگشت به پوشش Part D؛ انصراف از وضعیت مراقبت آسایشگاهی برای بازگشت به مزایای استاندارد بخش A و بخش B؛ پایان دادن به اقامت در مرکز مراقبت‌های بلندمدت و بازگشت به جامعه؛ و ترخیص از بیمارستان روانی.
 - اگر سطح مراقبت شما تغییر یابد، ما یک مقدار موقت از داروی شما را پوشش خواهیم داد. این تأمین موقت برای حداکثر 30 روز خواهد بود. اگر نسخه شما برای تعداد روز کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می‌دهیم چندین بار نسخه‌پیچی مجدد شود تا دارو حداکثر برای 30 روز تأمین گردد. باید داروهای نسخه را از یک داروخانه شبکه تهیه کنید.

D2. درخواست عرضه موقت دارو

- برای درخواست مقدار موقت دارو، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- هنگامی که یک مقدار موقت دارو دریافت می‌کنید، در اسرع وقت با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید که وقتی این مقدار تمام شد چه کاری انجام دهید. در اینجا انتخاب‌هایی برای شما وجود دارد:
- به داروی دیگری تغییر دهید.
 - طرح ما ممکن است داروی دیگری را پوشش دهد که برای شما مناسب باشد. با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا فهرست داروهایی را که تحت پوشش ما هستند و همان بیماری را درمان می‌کنند، درخواست کنید. این فهرست می‌تواند به ارائه‌کننده شما کمک کند تا داروی تحت پوششی را بیابد که ممکن است برای شما کارآمد باشد.
 - یا
 - درخواست استثنا کنید.

شما و ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید از ما بخواهید که استثنا قائل شویم. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در فهرست داروهای ما نیست پوشش دهیم یا از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌دهنده‌تان بگوید که دلیل پزشکی خوبی برای استثنا دارید، می‌تواند به شما کمک کند تا آن را درخواست کنید.

D3. درخواست استثنا

- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثنا، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر برای درخواست استثنا به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

E. تغییرات پوشش برای داروهای شما

بیشتر تغییرات پوشش دارویی در 1 ژانویه اتفاق می افتد، اما ممکن است در طول سال داروهایی را در فهرست داروها اضافه یا از آن حذف کنیم. ما همچنین ممکن است قوانین خود را در مورد داروها تغییر دهیم. برای مثال، ممکن است:

- تصمیم بگیریم که برای یک دارو به تأیید قبلی (prior approval (PA)) نیاز باشد یا نباشد (یعنی دریافت مجوز از ما قبل از اینکه بتوانید دارو را دریافت کنید).
- مقدار دارویی را که می توانید دریافت کنید اضافه نماییم یا تغییر دهیم (محدودیت در تعداد).
- محدودیت های مرحله درمانی را روی یک دارو اضافه کنیم یا تغییر دهیم (قبل از اینکه دارویی را پوشش دهیم باید یک داروی دیگر را امتحان کنید).

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

اگر دارویی را مصرف می کنید که ما در ابتدای سال پوشش داده ایم، ما معمولاً پوشش آن دارو را در مابقی سال برنمی داریم یا تغییر نمی دهیم، مگر اینکه:

- یک داروی جدید و ارزان تر به بازار بیاید که اثربخشی یکسانی با دارویی که هم اکنون در فهرست داروها قرار دارد عمل کند، یا
- ما متوجه ایمن نبودن یکی از داروها شویم، یا
- یک دارو از بازار حذف شود.

اگر پوشش دارویی که مصرف می کنید تغییر کند چه اتفاقی می افتد؟

برای دریافت اطلاعات بیشتر در مواقع تغییر در فهرست داروهای ما چه اتفاقی می افتد، همیشه می توانید اقدامات زیر را انجام دهید:

- نسخه جاری فهرست داروها را به صورت آنلاین در www.caloptima.org/OneCare بررسی کنید یا
- برای بررسی لیست داروهای فعلی ما از طریق شماره تلفن موجود در پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

تغییراتی که ممکن است در فهرست داروها ایجاد کنیم که می تواند در طول سال جاری طرح بیمه بر شما تأثیر بگذارد

برخی از تغییرات در فهرست داروها به صورت ناگهانی اتفاق می افتند. برای مثال:

- یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می گیرد. گاهی اوقات، یک داروی ژنریک جدید یا یک داروی بیوسیمیلار به بازار می آید که به اندازه یک دارو با برند تجاری یا داروی بیولوژیکی اصلی در فهرست فعلی داروهای ما کارایی دارد. وقتی این اتفاق بیفتد، ممکن است داروی برند را حذف کنیم و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید ثابت خواهد ماند یا کاهش پیدا خواهد کرد.
- وقتی داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی برند را در لیست نگه داریم اما قوانین یا محدودیت های پوشش آن را تغییر دهیم.

- ممکن است قبل از انجام این تغییر به شما اطلاع ندهیم، اما به محض وقوع، اطلاعات دقیقی درباره تغییری که ایجاد کرده‌ایم برای شما ارسال خواهیم کرد.
- شما یا ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید درخواست «استثنا» از این تغییرات کنید. ما اطلاعاتی به همراه مراحل که می‌توانید برای درخواست استثنا انجام دهید برای شما ارسال خواهیم نمود. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناها، به **فصل 9** این کتابچه مراجعه کنید.
- **یک دارو از بازار خارج می‌شود.** اگر (FDA) بگوید دارویی که مصرف می‌کنید ایمن یا موثر نیست یا سازنده دارو آن را از بازار خارج کند، ما ممکن است که سریعاً آن را از فهرست داروها حذف کنیم. اگر مصرف‌کننده آن دارو باشید، ما برای اطلاع به شما بعد از انجام تغییرات اطلاعاتی ارسال می‌کنیم. شما می‌توانید با پزشک یا سایر تجویزکننده‌های خود برای یافتن داروی دیگری که ما برای عارضه شما پوشش می‌دهیم همکاری کنید. می‌توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا فهرستی از داروهای تحت پوشش را که درمان‌کننده همان عارضه پزشکی هستند از ما بخواهید.
- **ممکن است ما تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد.** ما از قبل در مورد این تغییرات دیگر در فهرست داروها به شما اطلاع می‌دهیم. این تغییرات ممکن است در موارد زیر رخ دهد:
 - **FDA** دستورات جدیدی ارائه می‌دهد یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی در مورد یک دارو اعلام می‌شود. هنگامی که این تغییرات اتفاق می‌افتد، ما:
 - حداقل 30 روز قبل از اینکه تغییر را در فهرست داروهایمان ایجاد کنیم، به شما اطلاع می‌دهیم یا
 - به شما اطلاع خواهیم داد و پس از اینکه برای نسخه‌پیچی مجدد دارو درخواست دهید، دارو را برای 30 روز شما تأمین می‌کنیم.
- این به شما زمان خواهد داد تا با پزشک یا تجویزکننده خود صحبت کنید. آنها می‌توانند به شما در تصمیم‌گیری نسبت به موارد زیر کمک کنند:
 - اگر داروی مشابهی در فهرست داروهای ما وجود دارد که بتوانید آن را مصرف کنید یا
 - اگر لازم است که برای این تغییرات درخواست استثنا کنید تا بتوانید پوشش دارو یا نسخه دارویی که مصرف می‌نمایید را ادامه دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثنا، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
- تغییراتی در فهرست دارویی که در طول سال جاری طرح بیمه بر شما تأثیری ندارد**
 - ممکن است تغییراتی در داروهای مصرفی‌تان اعمال کنیم که در بالا ذکر نشده اند و در حال حاضر بر شما تأثیری نداشته باشد. برای چنین تغییراتی، اگر دارویی مصرف می‌کنید که ما در ابتدای سال پوشش می‌داده‌ایم، ما معمولاً پوشش آن دارو را در مابقی سال حذف نمی‌کنیم یا تغییر نمی‌دهیم.
 - برای مثال، اگر یکی از داروهای مصرفی‌تان را حذف کنیم یا استفاده از آن را محدود کنیم، این تغییر روی استفاده شما از دارو و مبلغی که می‌پردازید برای مابقی سال تأثیری نمی‌گذارد.
 - اگر هر یک از این تغییرات برای دارویی که مصرف می‌کنید اتفاق بیفتد (به جز تغییرات ذکر شده در بخش بالا)، این تغییر تا اول ژانویه سال آینده بر داروی مصرفی شما تأثیری نخواهد گذاشت.

ما این نوع تغییرات را مستقیماً در طول سال جاری به شما اطلاع نخواهیم داد. شما باید فهرست داروها را برای سال بعدی بیمه خود بررسی کنید (زمانی که لیست در طول دوره ثبت نام آزاد در دسترس است) تا ببینید آیا تغییراتی وجود دارد که در طول سال بعدی طرح بیمه بر شما تأثیر می گذارد یا خیر.

F. پوشش دارویی در موارد خاص

F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاری تخصصی برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می دهد

اگر برای اقامتی که تحت پوشش طرح ما هست در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی بستری می شوید، ما به طور کلی هزینه داروهای تجویزی شما را در طول اقامتتان پوشش می دهیم. شما مبلغی بابت پراخت مشترک نمی پردازید. هنگامی که شما بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی را ترک کردید، تا زمانی که داروها با همه قوانین پوشش ما مطابقت داشته باشند، داروهای شما را تحت پوشش قرار می دهیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش دارو و هزینه ای که می پردازید، به فصل 6 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

F2. در یک مرکز مراقبت های بلندمدت

معمولاً یک مرکز مراقبت های بلندمدت، مانند آسایشگاه سالمندان، داروخانه مخصوص به خود یا داروخانه ای دارد که برای همه ساکنانش دارو ارائه می کند. اگر در یک مرکز مراقبت های بلندمدت زندگی می کنید، در صورتی که بخشی از شبکه ما باشد، می توانید داروهای تجویزی خود را از طریق داروخانه آن مرکز دریافت کنید.

فهرست ارائه دهنده ها و داروخانه ها را بررسی کنید تا متوجه شوید که آیا داروخانه مرکز مراقبت های بلندمدت شما بخشی از شبکه ما است یا خیر. اگر اینطور نیست یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

F3. در یک برنامه آسایشگاهی مورد تأیید Medicare

داروها هرگز تحت پوشش درمانگاه و طرح ما به طور همزمان قرار نمی گیرند.

- ممکن است در یک آسایشگاه Medicare ثبت نام کرده باشید و به داروهای خاصی (به عنوان مثال: داروی درد، داروهای ضد تهوع، ملین یا داروهای ضد اضطراب) نیاز داشته باشید که آسایشگاه شما آن را پوشش نمی دهد زیرا به بیماری و عارضه های لاعلاج تشخیص داده شده در شما مربوط نیست. در آن صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویزکننده یا ارائه دهنده آسایشگاه شما اعلانی دریافت کند مبنی بر اینکه دارو مرتبط نیست.

- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت داروهای غیرمرتبط که طرح ما باید پوشش دهد، می توانید از ارائه دهنده آسایشگاه یا تجویزکننده خود درخواست کنید تا قبل از اینکه از داروخانه بخواهید نسخه تان را ارائه دهد، اعلان مربوط به نامرتب بودن دارو به دست ما رسیده باشد.

اگر آسایشگاه را ترک کنید، طرح ما همه داروهای شما را پوشش می دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه هنگام خاتمه مزایای آسایشگاه Medicare، اسناد را به داروخانه ببرید تا تأیید شود که آسایشگاه را ترک کرده اید. به بخش های قبلی این فصل که در مورد داروهای تحت پوشش طرح ما است مراجعه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای آسایشگاه به فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G. برنامه‌های ایمنی دارو و مدیریت دارو

G1. برنامه‌هایی برای کمک به استفاده ایمن از داروها

هر بار که داروهای نسخه‌ای را می‌گیرید، ما به دنبال مشکلات احتمالی مانند خطاهای دارویی یا داروهایی می‌گردیم که:

- ممکن است به آنها نیاز نباشد زیرا داروی مشابه دیگری مصرف می‌کنید که همان اثر را دارد
- ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشد
- اگر آنها را همزمان مصرف کنید ممکن است به شما آسیب برساند
- موادی داشته باشد که به آنها حساسیت دارید یا ممکن است به آنها حساسیت داشته باشید
- مقادیر نامطمئنی از داروهای مسکن افیونی برایتان تجویز شده باشد

اگر مشکل احتمالی در استفاده شما از داروهای تجویزی پیدا کنیم، برای اصلاح مشکل با ارائه‌دهنده شما همکاری می‌کنیم.

G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود

طرح ما برنامه‌ای برای کمک به اعضای با نیازهای پیچیده بهداشتی دارد. در چنین مواردی، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات رایگان از طریق برنامه مدیریت دارودرمانی (Medication Therapy Management, MTM) باشید. این برنامه به شما و ارائه‌دهنده شما کمک می‌کند مطمئن شوید که داروهای شما برای بهبود سلامت شما کار می‌کنند. اگر برای این برنامه واجد شرایط هستید، یک داروساز یا سایر متخصصان سلامت به شما یک بررسی جامع از همه داروهای شما ارائه می‌دهد و با شما در مورد موارد زیر صحبت می‌کند:

- چگونه از داروهایی که مصرف می‌کنید بیشترین بهره را ببرید
 - هرگونه نگرانی احتمالی مانند هزینه داروها و واکنش‌های دارویی
 - بهترین روش برای مصرف داروهای خود
 - هرگونه سؤال یا مشکلی که در مورد داروهای تجویزی و بدون نسخه‌تان داشته باشید
- سپس، این موارد را به شما خواهند داد:

- خلاصه مکتوب از گفتگوی انجام‌گرفته. خلاصه مذکور حاوی یک برنامه اقدام دارویی است که توصیه‌های لازم را در مورد بهترین روش مصرف داروهایتان به شما می‌دهد.
 - لیست داروهای شخصی که شامل تمام داروهایی که مصرف می‌کنید، چه مقدار مصرف می‌کنید و چه زمانی و چرا آنها را مصرف می‌کنید، می‌شود.
 - اطلاعات در مورد دفع ایمن آن دسته از داروهای تجویزی که مواد کنترل‌شده هستند.
- بهرتر است با ارائه‌دهنده نسخه خود در مورد برنامه اقدام و لیست دارویی‌تان صحبت کنید.
- برنامه اقدام و لیست دارویی‌تان را به جلسه ویزیت ببرید یا هر زمان که با پزشکان، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی صحبت می‌کنید، همراه داشته باشید.
 - اگر به بیمارستان یا بخش اورژانس می‌روید، لیست داروهای خود را همراه داشته باشید.

برنامه‌های مدیریت دارودرمانی MTM برای اعضای واجد شرایط داوطلبانه و رایگان است. اگر برنامه‌ای داشته باشیم که متناسب با نیاز شما باشد، شما را در برنامه ثبت‌نام می‌کنیم و اطلاعات را برای شما ارسال می‌کنیم. اگر نمی‌خواهید در برنامه حضور داشته باشید، به ما اطلاع دهید تا شما را از آن خارج کنیم.

اگر در مورد این برنامه‌ها سؤالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

G3. برنامه مدیریت مواد جهت استفاده ایمن از داروهای افیونی

طرح ما برنامه‌ای دارد که می‌تواند به اعضا کمک کند تا با خیال راحت از داروهای افیونی تجویزی‌شان و سایر داروهایی که اغلب مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند استفاده کنند. به این برنامه، برنامه مدیریت دارو (Drug Management Program, DP) می‌گویند.

اگر از داروهای افیونی استفاده می‌کنید که از چندین ارائه دهنده نسخه یا داروخانه دریافت می‌کنید، یا اگر اخیراً دچار آوردوز مواد افیونی شده‌اید، می‌توانیم با ارائه دهنده نسخه خود صحبت کنیم تا مطمئن شویم که استفاده شما از داروهای افیونی اقدامی مناسب و دارای ضرورت پزشکی باشد. در همکاری با ارائه دهنده گان نسخه، اگر به این نتیجه رسیدیم که استفاده از داروهای تجویزی افیونی یا بنزودیازپین ایمن نیست، ممکن است نحوه دریافت آن داروها را محدود کنیم. محدودیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- الزام به نسخه‌پیچی آن داروها از داروخانه‌های خاص و/یا دریافت نسخه‌های مربوطه از ارائه دهنده گان نسخه خاص

- محدود کردن مقدار آن دسته از داروهایی که ما برای شما پوشش می‌دهیم

اگر از نظر ما اعمال یک یا چند محدودیت لازم باشد، از قبل برایتان نامه ارسال می‌کنیم. نامه به شما می‌گوید که آیا پوشش این داروها را برای شما محدود می‌کنیم یا اینکه باید نسخه این داروها را فقط از یک ارائه دهنده یا داروخانه خاص دریافت کنید.

این فرصت را خواهید داشت که ارائه دهند نسخه خود یا داروخانه‌ها موردنظر خود را همراه با هر اطلاعاتی که فکر می‌کنید دانستن آن برای ما مهم است. به ما اطلاع دهید. اگر تصمیم بگیریم پوشش شما را برای این داروها پس از فرصتی که به شما برای پاسخگویی داده شده است محدود کنیم، نامه دیگری برای شما ارسال می‌کنیم که محدودیت‌ها را تأیید می‌کند.

اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، موافق نیستید که در معرض خطر سوء مصرف داروهای تجویزی قرار دارید، یا با محدودیت موافق نیستید، شما و تجویزکننده‌تان می‌توانید درخواست بررسی مجدد کنید. در صورت درخواست بررسی مجدد، ما پرونده شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم خود را به شما اطلاع می‌دهیم. اگر همچنان هر بخشی از درخواست شما برای بررسی مجدد را در ارتباط با محدودیت‌های دسترسی‌تان به این داروها رد کنیم، پرونده شما را به‌طور خودکار برای یک سازمان بازبینی مستقل یا Independent Review Organization (IRO) ارسال می‌کنیم. (برای کسب اطلاعات بیشتر درمورد درخواست‌های بررسی مجدد و سازمان بررسی مستقل، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).

DMP ممکن است برای شما اعمال نشود اگر:

- عارضه پزشکی خاص، مانند سرطان یا بیماری سلول داسی شکل داشته باشید،
- در حال دریافت مراقبت آسایشگاهی، مراقبت‌های تسکینی یا مراقبت‌های پایان زندگی باشید، یا
- در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت زندگی می‌کنید.

فصل 6: مبلغ پرداختی شما برای داروهای نسخه‌ای Medicare و Medi-Cal

مقدمه

در این فصل، مبلغ پرداختی شما برای داروهای نسخه‌ای سربای‌تان شرح داده می‌شود. منظور ما از «داروها» در این سند عبارت است از:

- داروهای نسخه‌ای Medicare Part D، و
- داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx، و
- داروها و اقلام تحت پوشش طرح ما به عنوان مزایای اضافی.

از آنجایی که شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، برای کمک به پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare Part D خود، «کمک اضافی» را از Medicare دریافت می‌کنید. ما یک درج جداگانه به نام «شواهد پوشش بیمه برای افرادی که برای پرداخت داروهای نسخه‌ای کمک بیشتری دریافت می‌کنند» (همچنین به عنوان «راننده یارانه کم درآمد» یا LIS Rider نیز شناخته می‌شود) ارسال کردیم که به شما درباره پوشش دارویی شما می‌گوید. اگر این درج را ندارید، لطف با خدمات مشتری تماس بگیرید و «LIS Rider» را بخواهید.

کمک اضافی (Extra Help) یک برنامه Medicare است که به افرادی که درآمد و منابع محدودی دارند کمک می‌کند و هزینه داروهای نسخه‌ای Part D از Medicare مانند نرخ بیمه، سهم بیمه‌شده (فرانشیز) و پرداخت مشترک را کاهش می‌دهد. «کمک اضافی» را «یارانه افراد کم درآمد» یا (Low-Income Subsidy, LIS) نیز می‌نامند.

سایر اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا شما آمده است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروهای نسخه‌ای، می‌توانید به این قسمت‌ها نگاه کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش ما.

- این را «فهرست داروها» می‌نامیم. این موارد در آن به شما گفته می‌شود:
 - هزینه کدام داروها را می‌پردازیم
 - هر دارو در کدام یک از دو سطح دارویی قرار دارد
 - آیا محدودیتی روی داروها وجود دارد
- اگر نسخه‌ای از «فهرست داروها» ما را لازم دارید، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید. همچنین، می‌توانید جدیدترین نسخه فهرست داروها را در وبسایت ما به نشانی www.caloptima.org/OneCare بیابید.

- اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش CalOptima Health OneCare Flex Plus هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (Over-The-Counter, OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع (Beneficiary Identification Card, BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.
- **فصل 5 کتابچه راهنمای اعضای شما.**
 - نحوه دریافت داروهای نسخه‌ای سرپایی شما از طریق طرح ما در آن بیان می‌شود.
 - قوانینی که باید به آن پایبند باشید در آن درج شده است. همچنین به شما می‌گوید کدام نوع از داروهای نسخه‌ای تحت پوشش طرح ما نیستند.
 - هنگامی که از "ابزار مزایای زمان واقعی" طرح برای جستجوی پوشش دارو استفاده می‌کنید (به فصل 5، بخش B2 مراجعه کنید)، هزینه نشان داده شده به صورت "زمان واقعی" ارائه می‌شود به این معنی که هزینه نمایش داده شده در این ابزار یک لحظه مورد نظر در زمان را منعکس می‌کند تا برآوردی از هزینه‌هایی که انتظار می‌رود شما از جیب خود پرداخت کنید، ارائه دهد. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید با خدمات مشتری تماس بگیرید.
- **راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما.**
 - در بسیاری از موارد، برای دریافت داروهای تحت پوشش خود، باید به داروخانه شبکه ما مراجعه کنید. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که موافقت خود را نسبت به همکاری با ما اعلام کرده‌اند.
 - در راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها، داروخانه‌های شبکه ما ذکر شده است. به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید تا اطلاعات بیشتری درباره داروخانه‌های شبکه ما کسب کنید.

فهرست مطالب

A. توضیح مزایا (Explanation of Benefits, EOB)	156
B. نحوه ثبت سوابق هزینه‌های دارویی شما.	157
C. مراحل پرداخت دارو برای داروهای Medicare Part D.	158
D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	159
D1. انتخاب‌های داروخانه شما.	159
D2. دریافت ذخیره بلندمدت دارو	159
D3. مواردی که شما پرداخت می‌کنید	159
D4. پایان مرحله پوشش اولیه.	160
E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی	160
F. هزینه داروی شما، اگر پزشک دارو را برای کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند.	161
G. کمک به اشتراک هزینه نسخه برای افراد مبتلا به HIV/AIDS	161
G1. برنامه کمک به داروی ایدز (The AIDS Drug Assistance Program, ADAP).	161
G2. اگر در ADAP ثبت نام نکرده اید	162
G3. اگر در ADAP ثبت نام کرده اید	162
H. واکسیناسیون‌ها.	162
H1. آنچه باید قبل از تزریق واکسن بدانید.	162
H2. میزان هزینه ای که برای واکسیناسیون تحت پوشش Medicare Part D پرداخت می‌کنید.	163



A. توضیح مزایا (Explanation of Benefits, EOB)

طرح ما سوابق داروهای نسخه‌ای شما را ثبت می‌کند. ما سوابق دو نوع هزینه را ثبت می‌کنیم:

- **هزینه‌های پرداخت شده از جیب شما.** این مبلغ مقدار پولی است که شما یا دیگران از طرف شما برای نسخه‌های خود می‌پردازید. این شامل هر مبلغی که هنگام دریافت داروهای تحت پوشش قسمت D پرداخت کرده‌اید، هر گونه هزینه پرداخت شده برای داروهای شما توسط خانواده یا دوستان، هر گونه هزینه پرداختی برای داروهای شما توسط "کمک اضافی" از Medicare، طرح‌های بهداشتی کارفرما یا اتحادیه، خدمات بهداشتی سرخپوستان انجام شده است، برنامه‌های کمک دارویی آیدز، موسسات خیریه، و اکثر برنامه‌های کمک دارویی دولتی (SPAPS) می‌شود.
- **کل هزینه داروهای شما.** این شامل مجموع تمام هزینه‌های پرداخت شده برای داروهای تحت پوشش قسمت D شما است. این شامل هزینه‌هایی است که طرح بیمه پرداخت کرده است، و آنچه برنامه‌ها یا سازمان‌های دیگر برای داروهای تحت پوشش قسمت D شما پرداخت کرده‌اند.
- وقتی داروهای نسخه‌ای خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید، متن خلاصه‌شده‌ای را که توضیح *مزایا* نام دارد به شما ارسال می‌کنیم. آن را به اختصار EOB می‌نامیم. EOB یک صورت حساب نیست. EOB حاوی اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی است که مصرف می‌کنید مانند افزایش قیمت و داروهای دیگر با اشتراک هزینه کمتر که ممکن است در دسترس باشند. می‌توانید در مورد این گزینه‌های کم هزینه با پزشک خود صحبت کنید. EOB شامل این موارد است:
- **اطلاعات مربوط به هر ماه.** در این خلاصه، داروهای نسخه‌ای دریافتی‌تان در ماه گذشته به شما اطلاع داده می‌شود. در آن بیان می‌شود که کل هزینه داروها چقدر است، چه میزان ما پرداخت کرده‌ایم و چه میزان شما یا افراد دیگر از طرف شما پرداخت کرده‌اید.
- **اطلاعات مربوط به ابتدای سال تاکنون.** این بخش میزان کل هزینه‌های دارویی و کل پرداختی‌های شما از 1 ژانویه به این سو است.
- **اطلاعات قیمت دارو.** این قسمت قیمت کل دارو و هرگونه درصد تغییر قیمت دارو از اولین نوبت دریافت دارو است.
- **جایگزین(های) کم‌هزینه‌تر.** این موارد، در صورت وجود، زیر داروهای فعلی شما در سند خلاصه ذکر می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید با تجویزکننده داروی خود صحبت کنید.
- ما داروهایی را که تحت پوشش Medicare نیستند پوشش می‌دهیم.
- پرداخت‌هایی که برای این داروها انجام می‌دهید در کل هزینه‌های پرداختی از جیب شما محاسبه نمی‌شود.
- اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وبسایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین، می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه‌ها از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.
- برای اطلاع از اینکه طرح ما چه داروهایی را پوشش می‌دهد، به «فهرست داروهای» ما مراجعه کنید.

B. نحوه ثبت سوابق هزینه‌های دارویی شما

برای ثبت سوابق هزینه‌های دارویی و پرداخت‌هایی که انجام می‌دهید، از سوابق دریافتی از شما و داروخانه استفاده می‌کنیم. در اینجا شرح داده شده است که چگونه می‌توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی (ID) طرح خود استفاده کنید.

در هر بار دریافت نسخه، کارت شناسایی عضویت خود (ID) را نشان دهید. این کار به ما کمک می‌کند بدانیم چه داروهایی را در نسخه‌تان دریافت کرده‌اید و چه مبلغی پرداخت کرده‌اید.

2. اطمینان حاصل کنید که ما اطلاعات لازم را داریم.

کپی‌هایی از رسید داروهای زیر پوششی را که برای آنها هزینه پرداخت کرده‌اید به ما بدهید. می‌توانید از ما بخواهید که مبلغ سهم اشتراک خود را برای هزینه دارو به شما بازپرداخت کنیم.

برخی از مثالهایی که در آن باید کپی رسیدهایتان را به ما ارائه کنید در قسمت زیر ذکر شده است:

- هنگامی که داروی تحت پوششی را در یک داروخانه شبکه با قیمت ویژه خریداری می‌کنید یا از کارت تخفیفی استفاده می‌کنید که بخشی از مزایای طرح ما نیست
 - وقتی برای داروهایی که تحت برنامه کمک به بیمار داروساز دریافت می‌کنید، هزینه پرداخت مشترک را می‌پردازید
 - وقتی داروهای تحت پوشش را از داروخانه خارج از شبکه خریداری می‌کنید
 - وقتی هزینه کامل داروی تحت پوششی را پرداخت می‌کنید
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست از ما برای بازپرداخت مبلغ سهم اشتراک خود از هزینه دارو به شما، به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضای مراجعه کنید.

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

پرداخت‌هایی که توسط افراد و سازمان‌های مشخص دیگر انجام می‌شود نیز جزو هزینه‌های پرداخت از جیب شما محسوب می‌شوند. مثلاً، پرداخت‌هایی که توسط یک برنامه کمکی داروهای ایدز (ADAP)، خدمات سلامت سرخپوستان و اکثر مؤسسات خیریه انجام می‌شود جزو هزینه‌های پرداخت از جیب شما محسوب می‌شود. این می‌تواند به شما کمک کند تا واجد شرایط پوشش شرایط بحرانی شوید. وقتی به مرحله پوشش شرایط بحرانی رسیدید، طرح ما تمام هزینه‌های داروهای Medicare Part D را برای بقیه سال پرداخت می‌کند.

4. EOB هایی را که به شما ارسال می‌کنیم بررسی کنید.

وقتی EOB را به صورت پستی دریافت می‌کنید، از کامل بودن و صحت آن مطمئن شوید.

- آیا نام هر کدام از داروخانه‌ها را می‌شناسید؟ تاریخ‌ها را بررسی کنید آیا در آن روز دارو از آنها دریافت کرده‌اید؟
- آیا داروهای ذکر شده را دریافت کردید؟ آیا آنها با موارد ذکر شده در رسید شما مطابقت دارند؟ آیا داروها با تجویز پزشک مطابقت دارند؟

برای اطلاعات بیشتر، می‌توانید با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus تماس بگیرید یا کتابچه راهنمای اعضا CalOptima Health OneCare Flex Plus را مرور نمایید. شما می‌توانید یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضا را در وب سایت ما به آدرس www.caloptima.org/OneCare بیابید.

اگر اشتباهاتی در این خلاصه رسید پیدا کردید چه اقدامی باید انجام دهید؟

اگر در این EOB موردی گیج کننده است یا درست به نظر نمی رسد، لطفاً با ما در خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus تماس بگیرید. همچنین می توانید پاسخی از سؤالات را در وب سایت ما بیابید: www.caloptima.org/OneCare.

در زمینه کلاهبرداری احتمالی چه باید کرد؟

اگر این خلاصه رسید، داروهایی را که مصرف نمی کنید یا هر چیز دیگری که به نظر شما مشکوک است نشان می دهد، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با ما در خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus تماس بگیرید.
- یا با Medicare با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. شما می توانید به صورت رایگان در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با این شماره ها تماس بگیرید.
- اگر مشکوک هستید که ارائه دهنده ای که Medi-Cal دریافت می کند مرتکب کلاهبرداری، اتلاف یا سوء استفاده شده است، حق شماست که آن را با شماره تلفن رایگان محرمانه 1-800-822-6222 گزارش دهید. سایر روش های گزارش تقلب در Medi-Cal را می توانید در آدرس زیر پیدا کنید: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

اگر فکر می کنید مشکلی وجود دارد یا چیزی جا افتاده است یا اگر سؤالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. همچنین می توانید پاسخی از سؤالات را در وب سایت ما بیابید: www.caloptima.org/OneCare. این نسخه های EOB را نگه دارید. آنها سوابق مهمی از هزینه های دارویی شما هستند.

C. مراحل پرداخت دارو برای داروهای Medicare Part D

در طرح ما، دو مرحله پرداخت برای پوشش داروهای تجویزی Part D از Medicare وجود دارد. مبلغ پرداختی شما به مرحله ای که هنگام نسخه پیچی اولیه یا نسخه پیچی مجدد در آن هستید بستگی دارد. دو مرحله وجود دارد:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی
در این مرحله، ما بخشی از هزینه های داروهای شما را پرداخت می کنیم و شما سهم خود را پرداخت می کنید. سهم شما مبلغ پرداخت مشترک نامیده می شود. زمانی که اولین نسخه سال خود را دریافت کنید، این مرحله را شروع می کنید.	طی این مرحله، ما تمام هزینه های داروها را تا 31 دسامبر 2025 پرداخت می کنیم. اگر مبلغ معینی از هزینه های پرداختی از جیب را پرداخته باشید، این مرحله را آغاز می کنید.

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در طی «مرحله پوشش اولیه»، ما سهمی از هزینه داروهای نسخه‌ای تحت پوشش را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خود را پرداخت می‌کنید. سهم شما مبلغ پرداخت مشترک نامیده می‌شود. این مبلغ پرداخت مشترک بستگی به ردیف تقسیم هزینه دارو و محل دریافت آن دارد.

ردیف‌های اشتراک هزینه، گروهی از داروها با سهم هزینه مشابه هستند. هر دارویی که در فهرست دارویی طرح ما قرار دارد در یکی از دو سطح تقسیم هزینه است. به طور کلی، هر چه تعداد ردیف بالاتر باشد، سهم هزینه بیشتر است. برای یافتن سطوح تقسیم هزینه برای داروهای خود، به فهرست دارویی ما مراجعه کنید.

- ردیف 1 شامل داروهای ژنریک و بدون مارک تجاری است. مبلغ پرداخت مشترک در این ردیف بسته به میزان درآمد شما، از \$0 تا \$4.90 است.

- ردیف 2 شامل داروهای با نام برند تجاری است. مبلغ پرداخت مشترک در این ردیف بسته به میزان درآمد شما، از \$0 تا \$12.15 است.

D1. انتخاب‌های داروخانه شما

میزان پرداختی شما برای یک دارو بستگی به این دارد که دارو را از کدامیک از داروخانه‌های زیر دریافت می‌کنید:

- داروخانه شبکه یا
- داروخانه خارج از شبکه.

در موارد محدودی، ما هزینه نسخه‌های دریافتی در داروخانه‌های خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم. برای اطلاع از اینکه چه مواقعی این کار را می‌کنیم، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این انتخاب‌ها، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا و راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید.

D2. دریافت ذخیره بلندمدت دارو

در مورد برخی از داروها، می‌توانید در هنگام دریافت نسخه از داروخانه، ذخیره بلندمدت (همچنین موسوم به «تمدید ذخیره») را دریافت کنید. مدت ذخیره بلندمدت حداکثر تا ذخیره 100 روزه است. هزینه آن برای شما برابر با هزینه دریافت منبع یک ماهه دارو است.

برای اطلاع از محل و چگونگی دریافت ذخیره بلندمدت دارو، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا یا راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید.

D3. مواردی که شما پرداخت می‌کنید

در حین مرحله پوشش اولیه، ممکن است در هر بار دریافت نسخه از داروخانه، مبلغ پرداخت مشترک را بپردازید. اگر هزینه‌های داروی تحت پوشش شما کمتر از مبلغ پرداخت مشترک باشد، شما مبلغ کمتر را پرداخت می‌کنید.

برای اطلاع از مبلغ پرداخت مشترک خود برای هریک از داروهای تحت پوشش، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 6: مبلغ پرداختی شما برای داروهای نسخه‌ای Medi-Cal و Medicare

سهم شما از هزینه‌ها هنگام دریافت ذخیره یک‌ماهه یا بلندمدت داروهای نسخه‌ای تحت پوشش از موارد زیر:

داروهای شبکه ذخیره یک‌ماهه یا تا سقف 30 روزه	داروهای مراقبت‌های بلندمدت عضو شبکه تا سقف ذخیره 31 روزه	داروهای خارج از شبکه تا سقف ذخیره 30 روزه. پوشش محدود به موارد خاصی است. برای اطلاعات از جزئیات، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.	
تقسیم هزینه ردیف 1 (داروهای ژنریک)	\$0، \$1.60 یا \$4.90 بسته به سطح «کمک‌های اضافی» که دریافت می‌کنید.	\$0، \$1.60 یا \$4.90 بسته به سطح «کمک‌های اضافی» که دریافت می‌کنید.	
تقسیم هزینه ردیف 2 (داروهای با برند تجاری)	\$0، \$4.80 یا \$12.15 بسته به سطح «کمک‌های اضافی» که دریافت می‌کنید.	\$0، \$4.80 یا \$12.15 بسته به سطح «کمک‌های اضافی» که دریافت می‌کنید.	

برای کسب اطلاعات درباره داروهای شما می‌توانید ذخیره بلندمدت به شما بدهند، به راهنمای ارائه‌کنندگان و داروهای ما مراجعه کنید.

D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله پوشش اولیه زمانی به پایان می‌رسد که مجموع هزینه‌های پرداخت شده از جیب شما به \$2,000 برسد. در آن مرحله، مرحله پوشش بحرانی آغاز می‌شود. ما تمام هزینه‌های دارویی شما را از آن زمان تا پایان سال پوشش می‌دهیم.

EOB شما، به شما کمک می‌کند تا میزان هزینه‌ای که برای داروهای خود در طول سال پرداخت کرده‌اید را پیگیری کنید. اگر به سقف \$2,000 رسیدید به شما اطلاع می‌دهیم. بیشتر افراد در طول یک سال به این سقف نمی‌رسند.

E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی

زمانی که به محدودیت \$2,000 برای هزینه پرداختی از جیب بابت داروهای نسخه‌ای خود می‌رسید، مرحله پوشش بحرانی آغاز می‌شود. تا پایان سال تقویمی در «مرحله پوشش بحرانی» باقی می‌مانید. در این مرحله، شما هیچ هزینه‌ای برای داروهای تحت پوشش قسمت D خود نمی‌پردازید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



F. هزینه داروی شما، اگر پزشک دارو را برای کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند

معمولاً مبلغی که پرداخت می‌کنید برای پوشش یک ماه کامل یک داروی تحت پوشش است. با این حال، پزشک شما می‌تواند دارو را برای کمتر از یک ماه تجویز کند.

- ممکن است مواقعی وجود داشته باشد که بخواهید از پزشک خود در مورد تجویز دارو برای مصرف کمتر از یک ماه درخواست نمایید (به عنوان مثال، زمانی که برای اولین بار دارویی را امتحان می‌کنید که عوارض جانبی جدی دارد).

- اگر پزشک شما موافقت کند، شما برای آن داروهای خاص هزینه کل ماه را پرداخت نمی‌کنید.

زمانی که کمتر از یک ماه دارو دریافت می‌کنید، مبلغی که می‌پردازید بر اساس تعداد روزهای است که دارو را دریافت می‌کنید. ما مبلغی را که در روز برای داروی خود پرداخت می‌کنید ("نرخ اشتراک هزینه روزانه") محاسبه می‌کنیم و آن را در تعداد روزهای که داروی رادریافت می‌کنید ضرب می‌کنیم.

- در اینجا یک مثال آورده شده است: فرض کنید پرداخت هزینه داروی شما برای یک ماه کامل (یک منبع 30 روزه) 1.35 دلار است. این بدان معناست که مبلغی که برای داروی خود پرداخت می‌کنید کمتر از 0.05 دلار در روز است. اگر برای 7 روز دارو را دریافت کنید، مبلغ پرداختی شما کمتر از 0.05 دلار در روز ضرب در 7 روز است، که مبلغ کل پرداختی شما کمتر از 0.35 دلار خواهد بود.

- تقسیم هزینه روزانه به شما امکان می‌دهد قبل از پرداخت هزینه یک ماه کامل، مطمئن شوید که یک دارو برای شما مناسب است یا خیر.

- همچنین می‌توانید از ارائه‌دهنده خود بخواهید که برای کمتر از یک ماه کامل دارو را برای شما تجویز کند تا به شما کمک نماید تا:

- بتوانید بهتر برای زمان دریافت مجدد داروهای خود برنامه ریزی کنید،
- دریافت مجدد دارو را با داروهای دیگری که مصرف می‌کنید هماهنگ کنید و
- دفعات کمتری به داروخانه سفر کنید.

G. کمک به اشتراک هزینه نسخه برای افراد مبتلا به HIV/AIDS

G1. برنامه کمک به داروی ایدز (The AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

ADAP به افراد واجد شرایطی که مبتلا به HIV/AIDS هستند کمک می‌کند تا به داروهای حیاتی HIV دسترسی پیدا کنند. داروهای سرپایی نسخه‌ای Medicare Part D که تحت پوشش ADAP نیز هستند، واجد شرایط دریافت کمک به هزینه اشتراک برای داروهای نسخه‌ای از طریق اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا، دفتر ایدز (California Department of Public Health, Office of AIDS) برای افراد ثبت‌نام شده در ADAP هستند.

G2. اگر در ADAP ثبت نام نکرده اید

برای کسب اطلاعات در مورد معیارهای واجد شرایط شدن، داروهای تحت پوشش، یا نحوه ثبت نام در برنامه، با شماره تلفن 1-844-421-7050 تماس بگیرید یا به وب سایت ADAP در آدرس زیر www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx مراجعه کنید.

G3. اگر در ADAP ثبت نام کرده اید

ADAP می‌تواند به مشتریان ADAP کمک‌های تقسیم سهم هزینه داروهای نسخه ای Medicare Part D برای داروهای موجود در فرمول دارویی ADAP را ادامه دهد. برای اطمینان از ادامه دریافت این کمک، هر گونه تغییر در نام طرح Medicare Part D یا شماره طرح خود را به کارمند ثبت نام ADAP محلی خود اطلاع دهید. اگر برای یافتن نزدیکترین دفتر ثبت نام ADAP و/یا تماس با یک کارمند ثبت نام به کمک نیاز دارید، با شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید یا وب سایت فهرست شده در بالا را بررسی کنید.

H. واکسیناسیون‌ها

پیام مهم در مورد هزینه ای که برای واکسن می پردازید: برخی از واکسن ها مزایای پزشکی محسوب می شوند و تحت پوشش Medicare Part B قرار دارند. سایر واکسن‌ها جزو داروهای Medicare Part D محسوب می‌شوند. می‌توانید این واکسن‌ها را در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست فرمول دارویی) طرح بیابید. طرح ما اکثر واکسن های Medicare Part D بزرگسالان را بدون هیچ هزینه ای برای شما پوشش می دهد. برای اطلاع از جزئیات پوشش و اشتراک هزینه در مورد واکسن‌های خاص، به فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست فرمول دارویی) طرح خود مراجعه کنید یا با خدمات مشتری تماس بگیرید.

پوشش ما در مورد واکسن‌های «Medicare Part D» دو بخش دارد:

1. بخش اول پوشش مربوط به هزینه خود واکسن است. واکسن جزو داروهای نسخه‌ای است.
2. بخش دوم پوشش مربوط به هزینه ارائه واکسن به شما است. مثلاً، گاهی اوقات ممکن است واکسن را پزشکتان تزریق کند.

H1. آنچه باید قبل از تزریق واکسن بدانید

اگر قصد تزریق واکسن دارید، توصیه می‌کنیم با «خدمات مشتریان».

- می‌توانیم به شما بگوییم که طرح ما چگونه هزینه واکسیناسیون شما را پوشش می‌دهد تماس بگیرید و در زمینه سهم هزینه خود توضیحاتی دریافت نمایید.
- می‌توانیم به شما بگوییم که چگونه هزینه‌های خود را با استفاده از داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان شبکه کاهش دهید. داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان شبکه موافقت خود را نسبت به همکاری با ما اعلام کرده‌اند. ارائه‌کننده شبکه با ما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل کند که لازم نیست پیشاپیش هزینه‌ای برای واکسن Medicare Part D پرداخت کنید.

H2. میزان هزینه ای که برای واکسیناسیون تحت پوشش Medicare Part D پرداخت می کنید

هزینه ای که برای واکسیناسیون می پردازید بستگی به نوع واکسن دارد (برای چه بیماری واکسینه می شوید).

- برخی از واکسن ها مانند داروها، به عنوان بخشی از مزایای درمانی در نظر گرفته می شوند. این واکسن ها بدون هیچ هزینه ای برای شما پوشش داده می شوند. برای آشنایی با پوشش این واکسن ها، به نمودار مزایا در فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

- سایر واکسن ها به عنوان داروهای Medicare Part D در نظر گرفته می شوند. می توانید این واکسن ها را در فهرست دارویی طرح ما بیابید. ممکن است مجبور باشید برای واکسن های Medicare Part D مبلغی را پرداخت کنید. در صورتی که واکسن توسط سازمانی به نام کمیته مشورتی یا اقدامات ایمن سازی (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP) برای بزرگسالان توصیه شده باشد، واکسن هیچ هزینه ای برای شما نخواهد داشت.

در اینجا سه راه متداول برای دریافت واکسن Medicare Part D آورده شده است.

1. شما واکسن Medicare Part D و تزریق واکسن خود را در یک داروخانه درون شبکه دریافت می کنید.

- برای اکثر واکسن های مختص بزرگسالان Part D، شما هیچ هزینه ای پرداخت نمی کنید.
- برای سایر واکسن های Part D، شما مبلغی را برای واکسن می پردازید.

2. شما واکسن Medicare Part D را در مطب پزشک خود دریافت می کنید و پزشک واکسن شما را تزریق می نماید.

- برای واکسن سهم هزینه ای را به پزشک پرداخت می کنید.

- طرح ما هزینه تزریق واکسن را به شما می پردازد.

- در این شرایط مطب پزشک باید با طرح ما تماس بگیرد تا مطمئن شویم که شما فقط باید مبلغی را برای واکسن بپردازید.

3. شما داروی واکسن Medicare Part D را در داروخانه دریافت می کنید و آن را به مطب پزشک خود می برید تا واکسن را برای شما تزریق کنند.

- برای اکثر واکسن های مختص بزرگسالان Part D، شما هیچ هزینه ای برای خود واکسن نخواهید داشت.

- برای سایر واکسن های Part D، شما مبلغی را برای سهم هزینه مشترک واکسن می پردازید.

- طرح ما هزینه تزریق واکسن به شما را می پردازد.

کتابچه راهنمای اعضای

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

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

مقدمه

این فصل به شما می‌گوید که چگونه و چه زمانی صورتحساب را جهت درخواست پرداخت برای ما ارسال کنید. همچنین به شما می‌گوید که اگر با تصمیم پوشش موافق نیستید چگونه درخواست بررسی مجدد کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما. 165**
- B. ارسال درخواست پرداخت برای ما. 169**
- C. تصمیمات پوشش. 170**
- D. درخواست‌های بررسی مجدد. 170**



کتابچه راهنمای اعضای

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

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

شما نباید برای خدمات درون شبکه یا دارو صورتحساب دریافت کنید. ارائه‌دهندگان شبکه ما باید پس از دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش توسط شما، برای برنامه درمانی صورتحساب صادر کنند. ارائه‌دهندگان شبکه کسانی هستند که ب این طرح درمانی همکاری می‌کند.

ما به ارائه‌دهندگان CalOptima Health OneCare Flex Plus اجازه نمی‌دهیم برای این خدمات یا داروها برای شما صورتحساب بفرستند. ما مستقیماً هزینه‌ها را به ارائه‌دهندگان خود پرداخت می‌کنیم و از شما در برابر هرگونه هزینه محافظت می‌کنیم.

اگر برای کل هزینه مراقبت‌های بهداشتی یا داروی خود صورتحساب دریافت کردید، صورتحساب را پرداخت نکنید و آن را برای ما بفرستید. برای ارسال صورتحساب، به بخش B مراجعه کنید.

- اگر ما خدمات یا داروهای دریافتی را پوشش دهیم، هزینه آن را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم و شما قبلاً صورتحساب را به مبلغ بالاتر از سهم هزینه خود پرداخت کرده باشید، حق شماسست که آن مبلغ را بازپس بگیرید.
- اگر برای خدماتی که تحت پوشش Medicare پرداخت کرده اید، ما به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر برای خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید هزینه پرداخت کرده‌اید، در صورتی که همه شرایط زیر را داشته باشید، می‌توانید واجد شرایط بازپرداخت (پرداخت) باشید:
 - خدماتی که دریافت کردید یک سرویس تحت پوشش Medi-Cal است که ما مسئول پرداخت آن هستیم. ما هزینه خدماتی را که تحت پوشش CalOptima Health OneCare Flex Plus نیست، را به شما بازپرداخت نمی‌کنیم.
 - پس از اینکه عضو واجد شرایط CalOptima Health OneCare Flex Plus شدید، خدمات تحت پوشش را دریافت کردید.
 - شما درخواست بازپرداخت را ظرف یک سال از تاریخ دریافت خدمات تحت پوشش ارائه می‌کنید.
 - مدرکی ارائه می‌دهید که نشان می‌دهد هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده اید، مانند رسید دقیق از ارائه دهنده.
 - شما خدمات تحت پوشش را از یک ارائه دهنده ثبت نام شده Medi-Cal در شبکه CalOptima Health OneCare Flex Plus دریافت کرده اید. اگر مراقبت‌های اضطراری، خدمات تنظیم خانواده یا خدمات دیگری را دریافت کرده اید که Medi-Cal به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه اجازه می‌دهد بدون تأیید قبلی (مجوز قبلی) انجام دهند، نیازی به رعایت این شرایط ندارید.
- اگر خدمات تحت پوشش معمولاً به تأیید قبلی نیاز دارد (مجوز قبلی)، باید مدرکی از ارائه دهنده ارائه دهید که نشان دهنده نیاز پزشکی به خدمات تحت پوشش وجود داشته.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

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

- طرح CalOptima Health OneCare Flex Plus طی نامه ای به نام Notice of Action به شما خواهد گفت که آیا هزینه شما را بازپرداخت می کند یا خیر. اگر همه شرایط فوق را دارید، ارائه دهنده ثبت نام شده در Medi-Cal باید کل مبلغی را که پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه دهنده از بازپرداخت شما امتناع کند، CalOptima Health OneCare Flex Plus تمام مبلغی را که پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت می کند. ما ظرف 45 روز کاری پس از دریافت ادعا، هزینه را به شما بازپرداخت می کنیم. اگر ارائه دهنده در Medi-Cal ثبت نام کرده باشد، اما در شبکه ما نباشد و از بازپرداخت هزینه شما امتناع کند، CalOptima Health OneCare Flex Plus این هزینه را به شما بازپرداخت می کند، اما فقط تا سقف مبلغی که FFS Medi-Cal می پردازد. CalOptima Health OneCare Flex Plus برای خدمات اضطراری، خدمات تنظیم خانواده یا خدمات دیگری که Medi-Cal اجازه می دهد تا توسط ارائه دهندگان خارج از شبکه بدون تأیید قبلی ارائه شود، هزینه را به شما بازپرداخت می کند. اگر یکی از شرایط فوق را نداشته باشید، ما هزینه شما را پرداخت نمی کنیم.
- ما به شما بازپرداخت نمی کنیم اگر:
 - خدماتی را درخواست کرده و دریافت کرده اید که تحت پوشش Medi-Cal نیستند، مانند خدمات زیبایی.
 - این سرویس یک سرویس تحت پوشش بیمه CalOptima Health OneCare Flex Plus نیست.
 - شما به دکتري مراجعه کردید که بیمه Medi-Cal را قبول نمی کند و فرمی را امضا کرده اید که در آن نوشته شده بود که به هر حال می خواهید ویزیت شوید و هزینه خدمات را خودتان پرداخت می کنید.
- اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما خواهیم گفت.
 - اگر سؤالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر صورتحسابی دریافت کردید و نمی دانید با آن چکار کنید، می توانیم به شما کمک کنیم. همچنین اگر می خواهید اطلاعاتی درباره درخواست پرداختی که قبل برایشان ارسال کرده اید به ما بدهید، می توانید تماس بگیرید.
 - در اینجا نمونه هایی از مواقعی وجود دارد که ممکن است لازم باشد از ما بخواهید مبلغی را به شما بازپرداخت کنیم یا صورت حساب دریافتی تان را پرداخت کنیم:
- 1. هنگامی که از یک ارائه دهنده خارج از شبکه مراقبت های بهداشتی اورژانسی یا مورد نیاز فوری دریافت می کنید از ارائه دهنده بخواهید که برای ما صورتحساب صادر کند.
- اگر هنگام دریافت خدمات مراقبتی کل مبلغ را پرداخت کردید، از ما بخواهید که سهم هزینه خود را به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و رسید پرداختتان را برای ما ارسال کنید.
- ممکن است صورتحسابی از ارائه دهنده بابت مبلغی که از نظر خودتان بدهکار نیستید دریافت کنید. صورتحساب و رسید پرداختتان را برای ما ارسال کنید.
- اگر باید به ارائه دهنده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه دهنده پرداخت می کنیم.
- اگر قبلاً بیش از سهم خود برای هزینه خدمات Medicare پرداخت کرده اید، ما میزان بدهی شما را مشخص خواهیم کرد و مبلغ سهم خود از هزینه را به شما پس خواهیم داد.

کتابچه راهنمای اعضای

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

2. وقتی ارائه‌دهندگان شبکه برای شما صورتحساب می‌فرستند

ارائه‌دهندگان شبکه باید همیشه صورتحساب را برای ما بفرستند. مهم است که هنگام دریافت هر گونه خدمات یا نسخه، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید. در هر صورت، گاهی اوقات ارائه‌دهندگان شبکه مرتکب اشتباه می‌شوند و از شما می‌خواهند که برای خدمات خود یا بیشتر از سهم خود در هزینه‌ها پرداخت کنید. در صورت دریافت صورتحساب، با شماره پایین این صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- به عنوان یکی از اعضای طرح، شما فقط زمانی سهم هزینه را پرداخت می‌نمایید که خدماتی را که ما پوشش می‌دهیم دریافت کرده باشید. ما به ارائه‌دهندگان اجازه نمی‌دهیم که بیش از این مبلغ برای شما صورتحساب بفرستند. حتی اگر ما به ارائه‌دهنده هزینه کمتری نسبت به قیمت معمول آن ارائه‌دهنده برای یک سرویس پرداخت کنیم، این قضیه هنوز صدق می‌کند. حتی اگر تصمیم بگیریم هزینه برخی از خدمات را پرداخت نکنیم، باز هم شما مسئول پرداخت آن هزینه‌ها نیستید. هر زمان که از یک ارائه‌دهنده تحت قرارداد شبکه صورت حسابی دریافت کردید که فکر می‌کنید بیشتر از مبلغی که باید بپردازید است، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس خواهیم گرفت و به مسئله رسیدگی می‌کنیم.

- اگر قبلاً صورتحسابی دریافتی برای یکی از خدمات زیر پوشش Medicare را که از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کرده‌اید پرداخت کردید، اما احساس می‌کنید که مبلغ اضافه‌ای پرداخت کرده‌اید، صورتحساب و مدارک پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید. ما مابه‌التفاوت بین مبلغی که پرداخت کرده‌اید و مبلغی که طبق طرح ما بدهکار بودید را به شما بازپرداخت می‌کنیم.

3. اگر به صورت عطف به ماسبق در طرح ما ثبت نام کرده اید

- گاهی اوقات ثبت نام شما در طرح می‌تواند عطف به ماسبق باشد. (یعنی اولین روز ثبت نام شما گذشته است. حتی ممکن است سال گذشته باشد).
- اگر به صورت ماسبق ثبت نام کرده‌اید و بعد از تاریخ ثبت نام صورتحساب پرداخت کرده‌اید، می‌توانید از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم.
- صورتحساب و مدرک پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید.

4. وقتی از یک داروخانه خارج از شبکه برای دریافت داروهای نسخه‌تان استفاده می‌کنید

اگر از داروخانه خارج از شبکه استفاده می‌کنید، هزینه داروهای نسخه را به طور کامل خودتان پرداخت می‌کنید.

- فقط در موارد معدودی، ما نسخه‌هایی را که در داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شوند پوشش خواهیم داد هنگامی که از ما می‌خواهید کل مبلغی که سهم هزینه ما است را به شما بازپرداخت کنیم، کپی رسیدتان را برای ما ارسال کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- ممکن است ما به تفاوت مبلغی که برای دارو در داروخانه خارج از شبکه پرداخت کرده‌اید در مقایسه با مبلغی که در داروخانه درون شبکه پرداخت می‌کنیم، به شما بازپرداخت نکنیم.

کتابچه راهنمای اعضای

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

5. زمانی که هزینه نسخه کامل Medicare Part D را پرداخت می کنید زیرا کارت شناسایی عضویت خود را همراه ندارید

اگر کارت شناسایی طرح خود را همراه ندارید، می توانید از داروخانه بخواهید با ما تماس بگیرد یا اطلاعات ثبت نام طرح شما را جستجو کند.

- اگر داروخانه نتواند فوراً اطلاعات را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه نسخه را کامل خودتان بپردازید یا همراه داشتن کارت شناسایی طرح خود، دوباره به داروخانه بازگردید.
- هنگامی که از ما می خواهید مبلغی که سهم هزینه ما است را به شما بازپرداخت کنیم، کپی رسیدتان را برای ما ارسال کنید.
- اگر هزینه نقدی که پرداخت کرده اید از قیمت مورد توافق ما برای نسخه بالاتر باشد، ممکن است تمام هزینه ای را که پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت نکنیم.

6. زمانی که هزینه کل نسخه Medicare Part D را برای دارویی که تحت پوشش نیست پرداخت می کنید

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

- ممکن است این دارو در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروها) (*Drug List*) در وبسایت ما نباشد، یا ممکن است الزام یا محدودیتی داشته باشد که شما درباره آن نمی دانید یا فکر می کنید برای شما اعمال نمی شود. اگر تصمیم به دریافت دارو دارید، ممکن است نیاز باشد هزینه را کامل بپردازید.
 - اگر برای دارو پولی نمی پردازید، اما فکر می کنید باید آن را پوشش دهیم، می توانید درخواست تصمیم پوشش دهید (به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).
 - اگر شما و پزشک یا سایر تجویزکننده ها فکر می کنید که فوراً به دارو نیاز دارید (ظرف 24 ساعت)، می توانید درخواست تصمیم پوشش سریع کنید (به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).
 - زمانی که از ما می خواهید هزینه شما را بازپرداخت کنیم، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید. در برخی موارد، ممکن است لازم باشد اطلاعات بیشتری از پزشک یا سایر تجویزکننده ها دریافت کنیم تا مبلغی که سهم هزینه ما برای دارو است را به شما بازپرداخت کنیم. اگر قیمتی که پرداخت کرده اید از قیمت مورد توافق ما برای نسخه بالاتر باشد، ممکن است تمام هزینه ای را که پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت نکنیم.
- وقتی درخواست پرداخت را برای ما ارسال می کنید، آن را بررسی می کنیم و تصمیم می گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشد یا خیر. به این کار اتخاذ «تصمیم پوشش» می گویند. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید پوشش داده شود، ما سهم هزینه خود را برای آن پرداخت می کنیم.
- اگر درخواست شما را برای پرداخت رد کنیم، می توانید برای تصمیم ما درخواست بررسی مجدد بدهید. برای اطلاع از نحوه درخواست بررسی مجدد، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

کتابچه راهنمای اعضای

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

B. ارسال درخواست پرداخت برای ما

صورتحساب و رسید پرداختتان برای خدمات پزشکی را برای ما ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید. رسید پرداخت می‌تواند کپی چکی باشد که نوشته‌اید یا رسیدی از ارائه‌دهنده. بهتر است که کپی صورتحساب و رسیدهای خود را برای بایگانی شخصی نگهداری کنید. می‌توانید از هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود کمک بخواهید. برای اطمینان از ارائه کردن تمام اطلاعاتی که جهت تصمیم‌گیری نیاز داریم، می‌توانید فرم مطالبه ما را جهت درخواست پرداخت تکمیل کنید.

- استفاده از این فرم الزامی نیست، اما فرم به ما کمک می‌کند اطلاعات را سریعتر پردازش کنیم.
- می‌توانید فرم را از وبسایت ما (www.caloptima.org/OneCare) دریافت کنید، یا می‌توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید و فرم را درخواست کنید.

درخواست پرداخت خود را همراه با کلیه صورتحساب‌ها یا رسیدها به این آدرس پست کنید:

CalOptima Health OneCare Flex Plus Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

برای مطالبات مربوط به داروخانه، درخواست پرداخت خود را به همراه کلیه صورتحساب یا رسیدها به این آدرس برای ما پست کنید:

CalOptima Health OneCare Flex Plus
Pharmacy Management Reimbursements
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

شما باید ظرف سه (3) سال از تاریخ دریافت خدمات، کار یا دارو، درخواست مطالبه خود را به ما ارسال کنید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

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

C. تصمیمات پوشش

هنگامی که درخواست شما را برای پرداخت دریافت می‌کنیم، برای اتخاذ تصمیم پوشش اقدام می‌نماییم. این بدان معنی است که ما تصمیم می‌گیریم آیا طرح ما خدمات، کالا یا داروی شما را پوشش می‌دهد یا خیر. همچنین اگر هزینه‌ای باشد که شما باید پرداخت کنید، مبلغ آن را مشخص می‌کنیم.

- اگر به اطلاعات بیشتری از شما نیاز داشتیم، به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم بگیریم که طرح ما خدمات، کالا یا دارو را پوشش دهد و شما تمام قوانین دریافت آن را رعایت کرده باشید، هزینه را پرداخت می‌کنیم. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، یک چک بابت پرداخت هزینه ای که شما پرداخته اید برایتان ارسال می‌کنیم. اگر هزینه کامل یک دارو را پرداخت کرده باشید، ممکن است کل مبلغی را که پرداخت کرده اید بازپرداخت نکنیم (به عنوان مثال، اگر دارو را از داروخانه خارج از شبکه تهیه کرده باشید یا اگر هزینه نقدی پرداخت شده بالاتر از قیمت توافقی ما باشد). اگر هزینه را پرداخت نکرده باشید، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت می‌کنیم.

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

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

- اگر تصمیم گرفتیم که مبلغی که سهم هزینه ما است را برای خدمات یا دارو پرداخت نکنیم، نامه‌ای با ذکر دلیل برایتان ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین حقوق شما را برای درخواست بررسی مجدد توضیح می‌دهد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش، به فصل 9، قسمت E مراجعه کنید.

D. درخواست‌های بررسی مجدد

اگر فکر می‌کنید ما در رد درخواست پرداخت شما اشتباه کرده‌ایم، می‌توانید از ما بخواهید تصمیم خود را تغییر دهیم. به این اقدام «درخواست بررسی مجدد» می‌گویند. همچنین اگر با مبلغ پرداختی ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست بررسی مجدد کنید.

فرآیند رسمی درخواست بررسی مجدد دارای مراحل و مهلت‌های زمانی دقیقی است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست بررسی مجدد، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید:

- برای درخواست بررسی مجدد در مورد دریافت بازپرداخت بابت هزینه خدمات مراقبت‌های بهداشتی، به بخش F مراجعه کنید.
- برای درخواست بررسی مجدد در مورد دریافت بازپرداخت بابت هزینه داروها، به بخش G مراجعه کنید.



فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما

مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان عضو برنامه ما است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضای شما آمده است.

فهرست مطالب

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs . . .	173
A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades.	174
A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị.	175
A. حقوق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازها شما را برآورده می کند	176
A. 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리.	177
A. 您以符合您需求的方式獲取信息的權利	178
A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالشكل الذي يلبي احتياجاتك.	179
B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش	180
C. مسئولیت ما حفاظت از اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شماست	181
C1. چگونه از PHI شما محافظت می کنیم	182
C2. حق شما برای مشاهده مدارک پزشکی خود	182
D. مسئولیت ما برای ارائه اطلاعات به شما	182
E. عدم توانایی ارائه کنندگان شبکه جهت صدور مستقیم صورت حساب برای شما	183
F. حق شما برای خروج از برنامه ما	184
G. حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت بهداشتی خودتان	184
G1. حق شما برای آگاهی از انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری	184



- G2. حق شما برای بیان خواسته‌هایتان در زمانی که قادر به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی برای خود نیستید 185.
- G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشود، چه باید کرد 186.
- H. حق شما برای شکایت کردن و درخواست از ما برای تجدید نظر در تصمیمات 186.
- H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه کاری باید انجام دهید ... 186.
- I. مسئولیت‌های شما به‌عنوان عضو برنامه 187.

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

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your personal care coordinator or Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Farsi, Korean, Chinese and Arabic and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.
 - To request materials in the available languages and other formats, please call **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free,
 - You can also make a standing request. Your request will be saved in our system for all future mailings and communications, **and**
 - To cancel or make a change to your standing request, please call **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 1-916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades

Debemos garantizar que se le brinden **todos** los servicios de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información de manera en que pueda entenderla, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en idiomas distintos al inglés, incluyendo español, vietnamita, persa, coreano, chino y árabe, así como en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.
 - Para solicitar materiales en los idiomas disponibles y en otros formatos, llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
 - También puede hacer una solicitud de manera permanente. Su solicitud será almacenada en nuestro sistema para cualquier correspondencia y comunicados futuros, **y**
 - Para cancelar o cambiar su solicitud permanente, llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o 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. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. al 1-800-368-1019. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải bảo đảm **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và các quyền hạn của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền hạn của quý vị mỗi năm khi quý vị ở trong chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các thắc mắc bằng những ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị những tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung Đông, tiếng Hàn Quốc, tiếng Trung Quốc và tiếng Ả rập và bằng các định dạng như chữ in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc đĩa thu thanh. Để nhận tài liệu bằng một trong những định dạng thay thế này, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ hoặc gửi thư đến CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.
 - Để yêu cầu các tài liệu bằng các ngôn ngữ và định dạng khác hiện có, xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này miễn phí,
 - Quý vị cũng có thể thực hiện một yêu cầu thường trực. Yêu cầu của quý vị sẽ được lưu trong hệ thống của chúng tôi cho tất cả các thư từ và thông tin liên lạc trong tương lai, và
 - Để hủy bỏ hoặc thay đổi yêu cầu thường trực của quý vị, xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, xin gọi cho:

- Medicare ở số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal ở số 1-916-440-7370. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 711.
- Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền ở số 1-800-368-1019. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

A. حقوق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازها شما را برآورده می‌کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به روشی که شما ارائه شوند که از لحاظ فرهنگی کارآمد و قابل دسترسی باشند. ما همچنین مزایای برنامه درمانی ما و حقوق شما را به روشی که برایتان قابل درک باشد به شما اطلاع می‌دهیم. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی ما عضویت دارید به شما اطلاع دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به روشی که برایتان قابل درک باشد، با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید. برنامه درمانی ما برای پاسخگویی به سؤالات شما خدمات مترجم شفاهی را به زبان‌های گوناگون در دسترس قرار می‌دهد.

- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی و عربی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی در اختیار شما قرار دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا کتبی خود را به CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 بفرستید.

- برای درخواست مطالب به زبان‌های موجود و سایر فرمت‌ها، لطفاً با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان می‌باشد.

- می‌توانید یک درخواست دائمی را نیز ارائه کنید. درخواست شما برای مراسلات و مکاتبات در آینده در سیستم ما ذخیره خواهد شد، و

- برای لغو یا ایجاد تغییرات در درخواست دائمی خود، لطفاً با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان می‌باشد.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلاتی مواجه هستید یا می‌خواهید شکایتی را تسلیم نمایید، با این شماره تماس بگیرید:

- Medicare به شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره **1-916-440-7370** کاربران TTY باید با شماره **711** تماس بگیرند.
- سازمان بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره **1-800-368-1019** کاربران TTY باید با شماره **1-800-537-7697** تماس بگیرند.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



A. 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리

저희는 모든 서비스가 문화적으로 적절하고, 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 권리에 대해 알려야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 한, 매년 귀하의 권리에 대해 알려야 합니다.

- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으려면 개인 관리 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 저희 플랜은 또한 영어 외에도 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 등 다른 언어로 된 자료 및 큰글자, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식의 자료를 제공해 드립니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받으려면 고객 서비스에 전화 하거나 CalOptima Health OneCare Flex Plus 주소 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 로 편지를 보내주십시오.
 - 가능한 언어 및 기타 형식의 자료를 요청하려면, 전화번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일 24 시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다.
 - 영구적 요청도 가능합니다. 귀하의 요청은 앞으로의 모든 우편물 및 소통을 위해 저희 시스템에 저장됩니다. 또한,
 - 영구 요청을 취소 또는 변경하길 원하시면, 전화번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

언어 문제나 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있고 불만을 제기하려면:

- Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하십시오. 주 7일 24시간 연락이 가능합니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (시민 권익 사무부) 전화번호는 1-916-440-7370 입니다. TTY 사용자는 전화 711을 이용하십시오.
- Department of Health and Human Services (보건 복지부), Office for Civil Rights (시민 권익 사무부) 번호 1-800-368-1019 로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697 로 전화하십시오.

A. 您以符合您需求的方式獲取信息的權利

我們必須確保以具有文化能力和可訪問性的方式向您提供**所有**服務。我們必須以您可以理解的方式告訴您有關計畫的福利和您的權利。您在我們計畫中的每一年我們都必須告知您您的權利。

- 若需要以您可以理解的方式獲取信息，請致電客戶服務部。我們的計畫有免費口譯服務，可用於回答不同語言的問題。
- 我們的計畫還可以為您提供英語以外其他語言的資料，包括西班牙語、越南語、波斯語、韓語、中文和阿拉伯語以及大字體、盲文或音頻等格式的資料。要取得這些替代格式之一的資料，請致電客戶服務部或寫信到 CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868。
 - 要索取可用語言和其他格式的材料，請致電**1-877-412-2734 (TTY 711)**，每週 7 天，每天 24 小時。此通電話免費。
 - 您也可以提出長期請求。您的請求將保存在我們的系統中，以供以後所有郵件和通信使用**並且**
 - 要取消或更改您的長期請求，請致電**1-877-412-2734 (TTY 711)**，每週 7 天，每天 24 小時。此通電話免費。

如果您因為語言問題或殘疾而無法從我們的計畫中獲取信息，並且您想提出投訴，請撥打：

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室電話：1-916-440-7370。TTY 用戶請撥打 711。
- 請致電衛生與公眾服務部，民權辦公室專線 1-800-368-1019。TTY 用戶請撥打 1-800-537-7697。

A. حقک في الحصول على الخدمات والمعلومات بالشكل الذي يلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم جميع الخدمات لك بطريقة مختصة ثقافياً وسهلة الوصول إليها. يجب أن نخبرك أيضاً عن مزايا خططنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك كل عام تكون مسجلاً في خططنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمة العملاء. تحتوي خططنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.

- يمكن أن توفر لك خططنا أيضاً مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك الإسبانية والفيتنامية والفارسية والكورية والصينية والعربية وتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو الصوتيات. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو الكتابة إلى .

CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868

- لطلب المواد باللغات المتاحة والتنسيقات الأخرى، يرجى الاتصال على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

- يمكنك أيضاً تقديم طلب دائم. سيتم حفظ طلبك في نظامنا لجميع المراسلات والاتصالات المستقبلية، و

- لإلغاء أو إجراء تغيير في طلبك المستديم، يرجى الاتصال **1-877-412-2734** (TTY **711**)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خططنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل على:

- Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048.

- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 1-916-440-7370. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 711.

- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 1-800-537-7697.

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

شما به عنوان عضو برنامه ما از حقوقی برخوردارید.

- این حق شما است که با احترام و کرامت با شما رفتار شود و به حق شما برای حفظ حریم خصوصی و نیاز به محرمانه نگاه داشتن اطلاعات پزشکی شما توجه شود.
- حق دارید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی (Primary Care Provider, PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. ارائه‌کننده شبکه، ارائه‌کننده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه انتخاب پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی و اینکه چه نوع ارائه‌دهندگانی می‌توانند به عنوان پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی عمل کنند، می‌توانید به **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضای خود** مراجعه کنید.
 - با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها نگاهی بیندازید تا در مورد ارائه‌کنندگان شبکه اطلاعات بیشتری کسب کنید و متوجه شوید کدام پزشکان بیماران جدید را می‌پذیرند.
- شما حق دارید بدون دریافت معرفی‌نامه به متخصص بهداشت زنان مراجعه کنید. معرفی‌نامه عبارت است از تأیید پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما برای مراجعه به ارائه‌کننده‌ای که پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما نیست.
- شما حق دارید در مدت زمان معقولی خدمات تحت پوشش را از ارائه‌کنندگان شبکه دریافت کنید.
 - این مسئله شامل حق دریافت خدمات به موقع از متخصصان است.
 - اگر نتوانید در مدت زمان معقولی این را خدمات دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را پرداخت کنیم.
- شما حق دارید خدمات یا مراقبت‌های اورژانسی‌ای را که به صورت فوری مورد نیاز است بدون تأیید قبلی (PA) دریافت کنید.
- شما حق دارید نسخه‌هایتان را در هر یک از داروخانه‌های شبکه ما و بدون تأخیر طولانی دریافت کنید.
- شما حق دارید بدانید چه زمانی می‌توانید از ارائه‌کننده خارج از شبکه استفاده کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه‌کنندگان خارج از شبکه ما، به **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
- وقتی برای اولین بار به برنامه ما می‌پیوندد، حق دارید ارائه‌کنندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را به مدت حداکثر 12 ماه حفظ کنید، به شرطی که الزامات خاصی برآورده گردد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات خود، به **فصل 1 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
- شما حق دارید تصمیمات مراقبت بهداشتی را خودتان به کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی بگیرید.
- شما حق دارید در مورد خط مشی حقوق و مسئولیت‌های اعضا CalOptima Health OneCare Flex Plus توصیه‌هایی ارائه دهید.
- اطلاعاتی درباره دستورالعمل‌های خدمات بالینی CalOptima Health Clinical Practice Guidelines (CPG) دریافت کنید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



- دستورالعمل‌های خدمات بالینی بر اساس آخرین تحقیقات پزشکی تنظیم شده اند و به پزشکان کمک می‌کند تا بهترین راه درمانی را انتخاب کنند. می‌توانید CPG ها را در وب سایت ما در <https://www.caloptima.org/en/ForProviders/Resources/ClinicalPracticeGuidelines> بیابید.

در فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا بیان شده است که اگر فکر می‌کنید در مدت زمان معقولی خدمات یا داروهای خود را دریافت نکرده‌اید، چه کاری می‌توانید انجام دهید. همچنین، بیان می‌شود اگر پوشش خدمات یا داروها را نپذیرفتیم و با تصمیم ما موافق نبودید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.

C. مسئولیت ما حفاظت از اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شماست

ما از اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شما طبق الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

PHI شما شامل اطلاعاتی است که در هنگام ثبت‌نام در برنامه ما به ما می‌دهید. همچنین، شامل مدارک پزشکی و سایر اطلاعات پزشکی و بهداشتی شما می‌شود.

شما از حقوقی نسبت به اطلاعات خود و مدیریت نحوه استفاده از PHI خود برخوردارید. ما اطلاعاتی کتبی در مورد این حقوق را در اختیار شما قرار می‌دهیم که به شما توضیح می‌دهد چگونه از حریم خصوصی PHI شما محافظت می‌کنیم. این اطلاعات، «اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی» یا «Notice of Privacy Practice» نام دارد.

اعضایی که ممکن است به دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به کسب مجوز هیچ عضو دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ارسال درخواست پرداخت برای خدمات حساس نیستند.

CalOptima Health OneCare Flex Plus ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به نشانی پستی، نشانی ایمیل یا شماره تلفن تعیین‌شده جایگزین عضو یا، در صورت نبود این اطلاعات تعیین‌شده، آنها را به نام عضو و به نشانی یا شماره تلفن موجود در پرونده ارسال می‌کند. CalOptima Health OneCare Flex Plus اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی عضو دریافت‌کننده مراقبت در اختیار هیچ عضو دیگری قرار نمی‌دهد. CalOptima Health OneCare Flex Plus درخواست‌های ارتباطات محرمانه در فرم و قالب درخواستی را، در صورتی که فرم و قالب درخواستی به آسانی قابل تولید باشد، برآورده می‌کند یا آنها را به مکان‌های دیگر ارسال می‌کند. درخواست عضو برای محرمانه بودن ارتباطات مربوط به خدمات حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای اطلاع‌رسانی‌های محرمانه ارائه نکند، معتبر خواهد بود.

درخواست ارتباطات محرمانه

می‌توانید از ما بخواهید که با روش ارتباطی دلخواه شما (مثلاً تلفن منزل یا محل کار) با شما تماس بگیریم یا نامه‌ها را به نشانی دیگری ارسال کنیم.

تمام درخواست‌های معقول را بررسی می‌کنیم. اگر به ما بگویید که با نپذیرفتن آن ممکن است در معرض خطر قرار بگیرید، ما باید به آن «بله» بگوییم.

طبق قوانین فدرال و ایالتی از اطلاعات سلامت شخصی شما (PHI) محافظت می‌کنیم.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



C1. چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم

- ما اطمینان حاصل می‌کنیم که افراد غیرمجاز سوابق شما را مشاهده نمی‌کنند یا تغییر نمی‌دهند.
- جز در موارد ذکرشده در زیر، PHI شما را در اختیار شخصی که هزینه مراقبت از شما را پرداخت می‌کند یا شخصی غیر از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های شما قرار نمی‌دهیم. اگر چنین کاری انجام دهیم، باید ابتدا از شما مجوز کتبی دریافت کنیم. شما یا شخصی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم‌گیری از طرف شما است، می‌توانید اجازه کتبی بدهید.
- گاهی اوقات لازم نیست ابتدا از شما اجازه کتبی بگیریم. این موارد استثنا طبق قانون مجاز یا الزامی هستند:
- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی که کیفیت خدمات مراقبتی ما را بررسی می‌کنند قرار دهیم.
 - در صورت دستور دادگاه، ما ممکن است PHI را آزاد کنیم، اما فقط در صورتی که توسط قانون کالیفرنیا این کار را مجاز بشمارد.
 - ما باید PHI شما را به Medicare بدهیم. اگر Medicare برای تحقیق یا اهداف دیگر، PHI شما را منتشر کند، این کار را طبق قوانین فدرال انجام خواهد داد. در بیشتر موارد، اگر بخواهیم خارج از روال درمان، پرداخت یا فعالیت، از PHI شما استفاده کنیم یا آن را در اختیار دیگران قرار دهیم، باید ابتدا از شما مجوز کتبی بگیریم. اگر ترجیحی درباره روش اشتراک‌گذاری اطلاعات خود توسط ما دارید، لطفاً با ما تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به رویه‌های حفظ حریم خصوصی مراجعه کنید.

C2. حق شما برای مشاهده مدارک پزشکی خود

- شما حق دارید به مدارک پزشکی خود نگاهی بیندازید و نسخه‌ای از سوابق خود را دریافت کنید.
 - شما حق دارید از ما بخواهید مدارک پزشکی شما را به روزرسانی یا اصلاح کنیم. اگر از ما بخواهید این کار را انجام دهیم، با ارائه‌کننده مراقبت بهداشتی شما در زمینه تصمیم‌گیری برای انجام دادن یا ندادن تغییرات همکاری می‌کنیم.
 - شما حق دارید از به اشتراک گذاشته شدن یا نشدن PHI خود با دیگران و چگونگی آن مطلع شوید.
- اگر در مورد حریم خصوصی PHI خود سؤال یا نگرانی دارید، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

D. مسئولیت ما برای ارائه اطلاعات به شما

- شما، به عنوان عضوی از برنامه ما، این حق را دارید که در مورد طرح ما، ارائه‌کنندگان شبکه ما و خدمات تحت پوشش خود اطلاعاتی از ما دریافت کنید.
- اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید، خدمات مترجم شفاهی را برای پاسخگویی به سؤالاتی که در مورد برنامه ما دارید ارائه می‌دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی، با خدمات مشتریان ما تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان است. مطالب مربوط به اعضای CalOptima Health OneCare Flex Plus به زبان‌های انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی یا عربی موجود است. همچنین، می‌توانیم اطلاعات را به صورت چاپ درشت، خط بریل، سدی اطلاعات یا صوتی ارائه دهیم.

اگر در خصوص هر یک از موارد زیر به اطلاعات نیاز دارید، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید:

- نحوه انتخاب یا تغییر برنامه‌ها
- برنامه ما، شامل:
 - اطلاعات مالی
 - اعضای برنامه چگونه به ما امتیاز داده‌اند
 - تعداد درخواست‌های بررسی مجدد از سوی اعضا
 - نحوه خروج از برنامه ما
- ارائه‌کنندگان شبکه و داروخانه‌های شبکه ما، از جمله:
 - نحوه انتخاب یا تغییر دادن ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه
 - صلاحیت‌های ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما
 - چگونه هزینه‌ها را به ارائه‌کنندگان شبکه خود پرداخت می‌کنیم
- خدمات و داروهای تحت پوشش، از جمله:
 - خدمات (به فصل 3 و 4 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) و داروهای (به فصل 5 و 6 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) تحت پوشش برنامه ما
 - حدود پوشش و داروهای شما
 - قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید
- چرا موردی پوشش داده نمی‌شود و چه کاری می‌توانید درباره آن انجام دهید (به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، از جمله اینکه موارد زیر را از ما بخواهید:
 - اعلام کتبی این موضوع که چرا برخی موارد تحت پوشش نیست
 - تغییر دادن تصمیمی که گرفته‌ایم
 - پرداخت صورت‌حسابی که دریافت کرده‌اید

E. عدم توانایی ارائه‌کنندگان شبکه جهت صدور مستقیم صورت‌حساب برای شما

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه ما نمی‌توانند شما را وادار کنند هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کنید. همچنین اگر کمتر از مبلغی که ارائه‌کننده مطالبه کرده است به وی بپردازیم، آنها نمی‌توانند مازاد صورت‌حساب را از شما دریافت کنند یا مبلغی از شما مطالبه کنند. برای اطلاع از اینکه اگر یک ارائه‌کننده شبکه تلاش کرد به ازای خدمات تحت پوشش از شما هزینه دریافت کند، باید چه کاری انجام دهید، به فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

F. حق شما برای خروج از برنامه ما

اگر نخواهید، هیچ‌کس نمی‌تواند شما را وادار کند در طرح ما بمانید.

- شما حق دارید که بیشتر خدمات مراقبت بهداشتی خود را از طریق Original Medicare یا برنامه Medicare Advantage (MA) دیگری دریافت کنید.
- شما می‌توانید مزایای داروهای نسخه‌ای Part D از Medicare را از برنامه داروهای نسخه‌ای یا برنامه MA دیگری دریافت کنید.
- برای اطلاع از موارد زیر، به فصل 10 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید:
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمانی می‌توانید به یک برنامه MA جدید یا برنامه مزایای داروهای نسخه‌ای بپیوندید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه دریافت مزایای Medi-Cal در صورت خروج شما از برنامه.

G. حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت بهداشتی خودتان

شما حق دریافت اطلاعات کامل از پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت بهداشتی را دارید تا به شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت بهداشتی‌تان کمک کند.

G1. حق شما برای آگاهی از انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری

ارائه‌کنندگان خدمات به شما باید شرایط و گزینه‌های درمانی‌تان را به نحوی توضیح دهند که بتوانید آنها را درک کنید. شما از حقوق زیر برخوردارید:

- از گزینه‌هایتان آگاه باشید. حق دارید در مورد همه گزینه‌های درمانی مطلع شوید.
- از خطرات مطلع باشید. حق دارید همه خطرات مربوطه به شما گفته شود. در صورتی که خدمات یا درمان بخشی از آزمایش پژوهشی باشد، این موضوع را باید پیشاپیش به شما اطلاع دهیم. شما حق دارید شرکت در درمان‌های آزمایشی را نپذیرید.
- خواستار دریافت نظریه ثانویه شوید. شما حق دارید قبل از تصمیم‌گیری در مورد درمان، نظر پزشک دیگری را جویا شوید.
- «نه» بگویید. شما حق دارید درمان را نپذیرید. این مسئله شامل حق ترک بیمارستان یا سایر مراکز پزشکی است، حتی اگر پزشکتان توصیه کند این کار را انجام ندهید. حق دارید از مصرف داروی تجویز شده خودداری کنید. اگر درمان را نپذیرید یا مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید، از برنامه ما کنار گذاشته نخواهید شد. با این حال، اگر از درمان خودداری کنید یا مصرف دارو را متوقف کنید، مسئولیت کامل اتفاقات بعدی را می‌پذیرید.
- از ما بخواهید توضیح دهیم چرا ارائه‌کننده‌ای مراقبت را نپذیرفته است. اگر ارائه‌کننده‌ای مراقبت‌هایی را که به نظرتان باید دریافت می‌کردید ارائه نداد، حق دارید از ما توضیح بخواهید.
- از ما بخواهید که خدمات یا دارویی را پوشش دهیم که رد کرده‌ایم یا معمولاً آن را پوشش نمی‌دهیم. به این موضوع تصمیم‌گیری درباره پوشش گفته می‌شود. در فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا، نحوه درخواست از ما برای تصمیم‌گیری درباره پوشش بیان شده است.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



G2. حق شما برای بیان خواسته‌هایتان در زمانی که قادر به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی برای خود نیستید

گاهی اوقات افراد قادر به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت بهداشتی خود نیستند. قبل از اینکه چنین اتفاقی برایتان بیفتد، می‌توانید:

- فرمی کتبی را پر کنید تا به شخص دیگری اجازه دهید تصمیمات مراقبت بهداشتی را به جای شما بگیرد.
 - **دستورات کتبی خود را** در مورد نحوه رسیدگی به مراقبت بهداشتی‌تان در صورتی که قادر به تصمیم‌گیری نباشید به پزشکان خود ارائه کنید، از جمله مراقبت‌هایی که نمی‌خواهید دریافت کنید.
- سند قانونی‌ای که از آن برای اعلام دستورالعمل استفاده می‌کنید «دستورالعمل پیشاپیش» نامیده می‌شود. انواع مختلفی از دستورالعمل‌های پیشاپیش و نام‌های مختلفی برای آنها وجود دارد. مثال‌های آن عبارت‌اند از زیست‌خواست و وکالت‌نامه مراقبت بهداشتی.
- الزامی برای داشتن دستورالعمل پیشاپیش وجود ندارد، اما می‌توانید این کار را انجام دهید. اگر می‌خواهید از دستورالعمل پیشاپیش استفاده کنید، در اینجا شرح داده شده است که چه کاری باید انجام دهید:
- **فرم را دریافت کنید.** می‌توانید این فرم را از پزشک، وکیل، سازمان خدمات حقوقی یا مددکار اجتماعی دریافت کنید. داروخانه‌ها و دفاتر ارائه‌کننده غالباً این فرم‌ها را دارند. می‌توانید فرم رایگانی را به صورت آنلاین پیدا و آن را دانلود کنید. همچنین، می‌توانید برای درخواست فرم با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
 - **فرم را پر کنید و امضا کنید.** این فرم، یک سند حقوقی است. باید از وکیل یا شخص مورد اعتماد دیگری، مانند یکی از اعضای خانواده یا پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی خود، بخواهید در تکمیل آن به شما کمک کند.
 - **نسخه‌هایی از آن را به کسانی بدهید که باید مطلع باشند.** باید نسخه‌ای از فرم را به پزشک خود بدهید. همچنین باید نسخه‌ای را به فردی بدهید که به عنوان تصمیم‌گیرنده تصمیمات از جانب شما معرفی کرده‌اید. ممکن است بخواهید نسخه‌هایی را برای دوستان نزدیک یا اعضای خانواده بفرستید. نسخه‌ای از آن را در خانه نگه دارید.
 - اگر برای بستری شدن به بیمارستان می‌روید و دستورالعمل پیشاپیش امضاشده‌ای دارید، نسخه‌ای از آن را به بیمارستان ببرید.
- بیمارستان از شما می‌پرسد آیا فرم دستورالعمل پیشاپیش امضاشده‌ای دارید و آیا آن را همراه دارید یا خیر.
 - اگر فرم دستورالعمل پیشاپیش امضاشده‌ای ندارید، بیمارستان فرم‌ها را دارد و از شما می‌خواهد آن را امضا کنید.
- شما از حقوق زیر برخوردارید:
- دستورالعمل پیشاپیش را در مدارک پزشکی خود درج کنید.
 - هر زمان که خواستید، دستورالعمل پیشاپیش را تغییر دهید یا باطل کنید.
 - از تغییرات قوانین دستورالعمل پیشاپیش آگاه شوید. CalOptima Health OneCare Flex Plus تغییرات قانون ایالتی را حداکثر تا 90 روز پس از اعمال تغییرات به شما اعلام می‌کند.
- برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشود، چه باید کرد

اگر دستورالعمل پیشاپیش را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل‌های موجود در آن پیروی نکرده است، می‌توانید شکایت خود را به دفتر دادآور سازمان خدمات بهداشت کالیفرنیا به شماره 1-888-452-8609 ارائه کنید.

H. حق شما برای شکایت کردن و درخواست از ما برای تجدید نظر در تصمیمات

در فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا بیان می‌شود که اگر هرگونه مشکل یا نگرانی در مورد خدمات یا مراقبت‌های تحت پوشش خود داشته باشید، می‌توانید چه کاری انجام دهید. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید تصمیم پوشش را اتخاذ کنیم، در خصوص تغییر تصمیم پوشش درخواست بررسی مجدد کنید یا شکایت کنید. شما حق دریافت اطلاعات در مورد درخواست‌های بررسی مجدد و شکایاتی را دارید که اعضای دیگر برنامه علیه ما طرح کرده‌اند. برای دریافت این اطلاعات، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه کاری باید انجام دهید

اگر فکر می‌کنید که ما با شما ناعادلانه رفتار کرده‌ایم - و این رفتار تبعیض به دلایل ذکرشده در فصل 11 کتاب راهنمای اعضا نیست - یا اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود می‌خواهید، می‌توانید با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- خدمات مشتریان
- برنامه مشاوره و وکالت بیمه درمانی
(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) به شماره 1-800-434-0222 یا 1-714-560-0424 برای اطلاع از جزئیات بیشتر درباره HICAP، به فصل 2 مراجعه کنید.
- برنامه Ombuds به شماره 1-888-452-8609. برای اطلاع از جزئیات بیشتر درباره این برنامه، به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین، می‌توانید «حقوق و حفاظت‌های Medicare») را که در وبسایت Medicare به نشانی www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf موجود است، بخوانید یا دانلود کنید).

I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضو برنامه

شما به عنوان عضوی از برنامه، مسئولیت دارید کارهایی را که در زیر ذکر شده است انجام دهید. اگر سؤالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- **کتابچه راهنمای اعضا** را بخوانید تا درباره موارد تحت پوشش برنامه ما و قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید اطلاع کسب کنید. برای اطلاع از جزئیات مربوط به:
 - خدمات تحت پوشش، به **فصل 3 و 4 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید. این فصل‌ها به شما می‌گویند چه مواردی تحت پوشش قرار دارد و چه مواردی پوشش داده نمی‌شود، باید چه قوانینی را رعایت کنید و چه هزینه‌ای پرداخت می‌کنید
 - داروهای تحت پوشش، به **فصل 5 و 6 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید
- **هرگونه پوشش مراقبت بهداشتی یا داروهای نسخه‌دار دیگری را که دارید به ما اطلاع دهید.** ما باید مطمئن شویم شما در هنگام دریافت مراقبت بهداشتی، از تمام گزینه‌های پوشش خود استفاده می‌کنید. اگر پوشش بیمه دیگری دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- **به پزشک و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی خود اطلاع دهید که عضو برنامه ما هستید.** وقتی خدمات یا دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- **به پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی خود کمک کنید بهترین مراقبت را در اختیارتان قرار دهند.**
 - اطلاعاتی را که در مورد شما و سلامتی‌تان نیاز دارند به آنها بدهید. در مورد مشکلات سلامت خود تا آنجا که می‌توانید اطلاعات کسب کنید. برنامه‌های درمانی و دستورالعمل‌هایی را که شما و ارائه‌کنندگان شما روی آنها توافق دارید رعایت کنید. برنامه‌ها و دستورالعمل‌های درمانی را که شما و ارائه‌دهندگان در مورد آنها توافق کرده‌اید دنبال کنید.
 - از نیازهای پزشکی خود مطلع باشید و با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی خود در طراحی یک برنامه درمانی مورد توافق دوجانبه مشارکت کنید.
 - مواردی را که ما لازم است در مورد وضعیت پزشکی شما بدانیم، به CalOptima Health OneCare Flex Plus و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی خود اطلاع دهید تا بتوانیم مراقبت لازم را ارائه کنیم.
 - اطمینان حاصل کنید که پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان از تمام داروهایی که مصرف می‌کنید مطلع باشند. این مسئله شامل داروهای نسخه‌ای، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌ها است.
 - هر سؤالی داشتید بپرسید. پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان شما باید مسائل را به نحوی که بتوانید درک کنید توضیح دهند. اگر سؤالی پرسیدید و پاسخ را درک نکردید، دوباره بپرسید.
- **با هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی خود همکاری کنید، از جمله اینکه ارزیابی سالانه خطر سلامتی را تکمیل کنید.**
- **با ملاحظه رفتار کنید.** ما انتظار داریم همه اعضای برنامه به حقوق سایرین احترام بگذارند. همچنین، انتظار داریم در مطب پزشک، بیمارستان‌ها و دفتر سایر ارائه‌کنندگان، با احترام رفتار کنید.

- **بدهی خود را بپردازید.** شما به عنوان عضو طرح، مسئول این پرداخت‌ها هستید:
 - نرخ بیمه Medicare Part A و Medicare Part B. در مورد اکثر اعضای CalOptima Health OneCare Flex Plus، Medicare Part A حق بیمه و حق بیمه Medicare Part B شما را پرداخت می‌کند.
 - اگر خدمات یا دارویی دریافت می‌کنید که تحت پوشش طرح ما نیست، باید هزینه کامل را بپردازید. (توجه: اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پوشش خدمات یا دارو مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. لطفاً برای یادگیری نحوه درخواست تجدید نظر به فصل 9، مراجعه کنید).
- **اگر نقل مکان کردید، به ما اطلاع دهید.** اگر قصد نقل مکان دارید، بی‌معمولی ما را در جریان بگذارید. با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
 - اگر به منطقه خارج از محدوده خدمات نقل مکان کنید، نمی‌توانید در برنامه ما باقی بمانید. فقط افرادی که در محدوده خدمات ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو این برنامه باشند. در فصل 1 کتابچه راهنمای اعضا، در مورد محدوده خدمات ما اطلاعاتی برای شما ارائه شده است.
 - ما می‌توانیم به شما کمک کنیم بدانید که آیا به منطقه خارج از محدوده خدمات ما نقل مکان می‌کنید.
 - در هنگام نقل مکان، نشانی جدید خود را به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. برای مشاهده شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
 - اگر بعد از نقل مکان در داخل محدوده خدمات ما باشید، باز هم باید این موضوع را بدانیم. ما باید سوابق عضویت شما را به‌روز نگهداریم و بدانیم چطور با شما تماس بگیریم.
- **اگر شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری برای تماس با شما وجود دارد، به ما اطلاع دهید.**
- **اگر سؤال یا نگرانی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.**

فصل 9. اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

مقدمه

این فصل حاوی اطلاعاتی درباره حقوق شما است. این فصل را بخوانید تا بدانید که در موارد زیر چه کاری انجام دهید:

- شما با برنامه درمانی خود مشکل یا از آن شکایتی دارید.
- شما به سرویس، اقلام یا دارویی نیاز دارید که برنامه درمانی شما اعلام کرده است بابت آن هزینه پرداخت نمی‌کند.
- شما با تصمیمی که برنامه درمانی شما درباره مراقبت شما گرفته، مخالف هستید.
- شما فکر می‌کنید که خدمات تحت پوشش خیلی زود پایان یافته‌اند.
- شما مشکل یا شکایتی در رابطه با خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت خود دارید که شامل خدمات محلی بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS) و خدمات مرکز پرستاری (Nursing Facility, NF) می‌شود.

این فصل در قسمت‌های مختلف ارایه می‌شود تا به شما کمک کند به سهولت مطلبی که می‌خواهید را بیابید. اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌های مرتبط با وضعیت خود را در این فصل بخوانید.

شما باید مراقبت درمانی، داروها، و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدتی را دریافت کنید که پزشک شما و دیگر تامین‌کنندگان خدمات آنها را برای مراقبت از شما در قالب برنامه مراقبت درمانی‌تان ضروری می‌دانند. اگر مشکلی در مراقبت خود دارید، می‌توانید با برنامه بازرس **Medicare Medi-Cal Ombuds Program** با شماره **1-855-501-3077** برای دریافت کمک تماس بگیرید. این فصل گزینه‌های مختلفی را توضیح می‌دهد که شما برای مشکلات و شکایات مختلف دارید، اما شما همیشه می‌توانید با برنامه بازرس تماس بگیرید تا به شما در زمینه مشکل کمک کنند. برای منابع دیگر جهت رسیدگی به نگرانی‌ها و روش‌های تماس با آنها به **فصل 2 کتابچه اعضای خود** مراجعه کنید.

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

فهرست مطالب

A. اگر مشکل یا نگرانی داشتید، چه کاری باید انجام دهید	192
A1. درباره واژگان حقوقی	192
B. از کجا می‌توان کمک دریافت کرد	192
B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر	192
C. فهم شکایات و تجدیدنظرهای Medicare و Medical در برنامه ما	193
D. مشکلاتی با مزیت‌های شما	194
E. تصمیم‌ها و تجدیدنظرهای پوشش	194
E1. تصمیم‌های پوشش	194
E2. تجدیدنظرها	195
E3. کمک در رابطه با تصمیم‌ها و تجدیدنظرهای پوشش	195
E4. کدام بخش این فصل می‌تواند به شما کمک کند	196
F. خدمات درمانی	197
F1. استفاده از این بخش	197
F2. درخواست تصمیم پوشش	198
F3. رایحه تجدیدنظر سطح 1	200
F4. رایحه تجدیدنظر سطح 2	203
F5. مشکلات پرداخت	206
G. داروهای تجویزی Medicare Part D	207
G1. تصمیمات و تجدیدنظرهای پوشش Medicare بخش D	207
G2. معافیت‌های Medicare بخش D	209
G3. موضوعات مهمی که باید درباره درخواست معافیت بدانید	209
G4. درخواست تصمیم پوشش، شامل معافیت	210
G5. رایحه تجدیدنظر سطح 1	212
G6. رایحه تجدیدنظر سطح 2	214

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- H. درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان..... 216**
- H1. یادگیری درباره حقوق Medicare شما..... 216
- H2. رایحه تجدیدنظر سطح 1..... 217
- H3. رایحه تجدیدنظر سطح 2..... 219
- I. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی خاص..... 220**
- I1. اعلامیه قبلی پیش از پایان پوشش شما..... 220
- I2. رایحه تجدیدنظر سطح 1..... 220
- I3. رایحه تجدیدنظر سطح 2..... 222
- J. ادامه تجدیدنظر شما بعد از سطح 2..... 223**
- J1. گام‌های بعدی ویژه خدمات و اقلام Medicare..... 223
- J2. تجدیدنظرهای دیگر Medi-Cal..... 224
- J3. تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5 در درخواست‌های داروهای Medicare بخش D..... 224
- K. چطور یک شکایت رایحه دهید..... 226**
- K1. شکایات باید درباره چه مشکلاتی باشد..... 226
- K2. شکایات داخلی..... 227
- K3. شکایات بیرونی..... 228

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

A. اگر مشکل یا نگرانی داشتید، چه کاری باید انجام دهید

این فصل توضیح می‌دهد که چطور مشکلات و نگرانی‌های خود را مدیریت کنید. فرایند که شما استفاده می‌کنید به مشکلی بستگی دارد که دارید. برای تصمیم‌های پوشش و تجدیدنظر از یک فرایند استفاده کنید و برای ارایه شکایت که ابراز ناراضایتی نیز نامیده می‌شود از فرایند دیگری استفاده کنید.

به منظور تضمین انصاف و سرعت، هر فرایند مجموعه مقررات، رویه‌ها و مهلت‌های زمانی دارد که شما باید رعایت کنید.

A1. درباره واژگان حقوقی

در این فصل، بعضی مقررات و مهلت‌های زمانی، واژگان حقوقی دارند. فهم بیشتر این واژگان دشوار است، در نتیجه، هر وقت بتوانیم، ما از لغات ساده‌تر به جای بعضی واژگان حقوقی استفاده می‌کنیم. ما از مخفف‌ها به کمترین میزان ممکن استفاده می‌کنیم.

برای مثال، می‌گوییم:

- «ارایه شکایت» به جای «تسلیم ناراضایتی»
 - «تصمیم پوشش» به جای «تعیین سازمان»، «تعیین مزایا»، تعیین موارد مشمول خطر» یا «تعیین پوشش»
 - «تصمیم فوری پوشش» به جای «تعیین سریع»
 - «سازمان بازبین مستقل» (Independent Medical Review, IRO) به جای «نهاد بازبین مستقل» (Independent Review Entity, IRE)
- دانستن نام‌های حقوقی مربوطه می‌تواند به شما کمک کند بهتر با ما مکاتبه کنید، تا ما آنها را ارایه می‌کنیم.

B. از کجا می‌توان کمک دریافت کرد

B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر

گاهی شروع یا پیگیری فرایند بررسی یک مشکل می‌تواند بسیار سردرگم‌کننده باشد. به ویژه در زمیانی که شما ناخوش هستید یا انرژی کمی دارید این مساله بیشتر صدق می‌نماید. گاهی دیگر، ممکن است شما اطلاعات موردنیاز برای انجام گام بعد را نداشته باشید.

کمک از طرف برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی

شما می‌توانید با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی

HICAP (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) تماس بگیرید. مشاوران HICAP

می‌توانند به سوال‌های شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند درباره مشکل خود چه کاری انجام دهید. HICAP با ما یا هیچ برنامه درمانی دیگری وابستگی ندارد. HICAP مشاوران مجربی در هر کانتی دارد و خدمات آن رایگان است. شماره تلفن HICAP 1-800-434-0222 است.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

دریافت کمک از طرف برنامه بازرس Medicare Medi-Cal Ombuds Program

شما می‌توانید با برنامه بازرس Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و با یک مشاور درباره سوال‌های پوشش سلامت خود صحبت کنید. آنها کمک حقوقی رایگان ارائه می‌دهند. برنامه بازرس با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی وابستگی ندارد. شماره تلفن آنها 1-855-501-3077 و وبسایت آنها www.healthconsumer.org است.

کمک و اطلاعات درباره Medicare

برای اطلاعات و کمک بیشتر، شما می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. در اینجا به دو روش برای دریافت کمک از Medicare اشاره می‌شود:

- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
- کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- از تارنمای Medicare به آدرس (www.medicare.gov) بازدید کنید.

کمک و اطلاعات از Medi-Cal

کمک از طرف اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا

بازرس مراقبت مدیریت شده Medi-Cal اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا (Department of Health Care Services, DHCS) می‌تواند کمک کند. آنها در مواردی می‌توانند کمک کنند که شما در پیوستن، تغییر یا ترک برنامه درمانی مشکل دارید. همچنین آنها در مواردی می‌توانند کمک کنند که شما جابجا شدید و در انتقال Medi-Cal خود به کانتی جدید مشکل دارید. شما می‌توانید از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح و 5:00 بعدازظهر با شماره 1-888-452-8609 با بازرس تماس بگیرید.

C. فهم شکایات و تجدیدنظرهای Medicare و Medical در برنامه ما

شما Medicare و Medi-Cal دارید. اطلاعات این فصل مرتبط با همه مزایای Medicare و خدمات مدیریت شده Medi-Cal managed care شما است. این گاهی «فرایند تلفیقی» نامیده می‌شود زیرا فرایندهای Medicare و Medi-Cal را ترکیب یا تلفیق می‌کند.

گاهی فرایندهای Medicare و Medi-Cal را نمی‌توان ترکیب کرد. در این مواقع، شما یک فرایند را برای مزیت Medicare و یک فرایند دیگر را برای مزیت Medi-Cal انتخاب می‌کنید. بخش F4 این موارد را توضیح می‌دهد.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

D. مشکلاتی با مزیت‌های شما

اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌های مرتبط با وضعیت خود را در این فصل بخوانید. جدول زیر به شما کمک می‌کند بخش درست این فصل را برای مشکلات یا شکایات خود بیابید.

آیا مشکل یا نگرانی شما درباره مزایا و پوشش است؟	
این شامل مشکلات مربوط به این که آیا مراقبت‌های درمانی خاص (اقلام پزشکی، خدمات و/یا داروهای نسخه ای (Part B) تحت پوشش هستند یا خیر، نحوه پوشش آنها چیست و مشکلات پرداخت بابت مراقبت‌های پزشکی می‌شود.	
بله.	خیر.
مشکل من درباره مزایا یا پوشش است.	مشکل من درباره مزایا یا پوشش است.
به بخش E «تصمیم‌ها و تجدیدنظرهای پوشش» مراجعه کنید.	به بخش K «روش ارایه شکایت» مراجعه کنید.

E. تصمیم‌ها و تجدیدنظرهای پوشش

فرآیند درخواست تصمیم برای پوشش و درخواست تجدیدنظر با مشکلات مربوط به مزایا و پوشش مراقبت‌های درمانی شما (خدمات، اقلام و داروهای نسخه ای Part B، از جمله پرداختها) سروکار دارد. برای تسهیل این موارد، ما به طور کلی اقلام پزشکی، خدمات و داروهای نسخه ای Part B را عنوان مراقبت‌های درمانی نام می‌بریم.

E1. تصمیم‌های پوشش

تصمیم پوشش، تصمیمی است که ما درباره مزایا و پوشش شما یا درباره مبلغی می‌گیریم که بابت خدمات درمانی یا داروی شما پرداخت می‌کنیم. برای مثال، زمانی که از پزشک شبکه برنامه درمانی خود مراقبت پزشکی دریافت می‌کنید، آنها یک تصمیم پوشش (مقرون به صرفه) برای شما می‌گیرند (به فصل 4، بخش G کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).

همچنین شما یا پزشک شما می‌توانید با ما تماس گرفته و درخواست تصمیم پوشش کنید. شما یا پزشک شما ممکن است مطمئن نباشد که آیا ما خدمات پزشکی خاص را پوشش می‌دهیم یا آیا ممکن است ما مراقبت درمانی که شما فکر می‌کنید به آن نیاز دارید را رد کنیم. اگر می‌خواهید قبل از دریافت خدمات پزشکی بدانید که آیا ما آنها را پوشش می‌دهیم، می‌توانید از ما بخواهید یک تصمیم پوشش برای شما بگیریم.

تصمیم پوشش زمانی است که ما تصمیم می‌گیریم که چه چیزی تحت پوشش است و ما چقدر پرداخت می‌کنیم. در بعضی موارد، ممکن است ما تصمیم بگیریم که یک سرویس یا دارو تحت پوشش نیست یا دیگر برای شما از طرف Medicare یا Medi-Cal تحت پوشش نیست. اگر شما با این تصمیم پوشش مخالف باشید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

E2. تجدیدنظرها

اگر ما تصمیم پوششی بگیریم و شما از تصمیم راضی نباشید، می‌توانید نسبت به تصمیم درخواست «تجدیدنظر» کنید. تجدیدنظر یک روش رسمی برای درخواست از ما برای بازبینی یا تغییر تصمیم پوششی است که ما اتخاذ کرده‌ایم.

وقتی شما نسبت به یک تصمیم برای اولین بار درخواست تجدیدنظر می‌دهید، این تجدیدنظر سطح 1 نامیده می‌شود. در این تجدیدنظر، ما تصمیم پوشش اتخاذی خود را بررسی می‌کنیم تا ببینیم آیا به درستی از مقررات پیروی کرده‌ایم. بازبین‌های متفاوتی از آنهایی که ابتدا تصمیم را گرفتند، به تجدیدنظر شما رسیدگی خواهند کرد.

در بیشتر موارد، باید درخواست تجدید نظر خود را از سطح 1 شروع کنید. اگر مشکل سلامتی شما یک مشکل فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما ایجاد می‌کند، یا اگر درد شدید دارید و نیاز به یک تصمیم فوری دارید، ممکن است در www.dmhca.gov درخواست بررسی IMR Medical Review از وزارت مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش F4 مراجعه کنید.

وقتی ما بازبینی را تکمیل کردیم، تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنیم. در بعضی شرایط خاص، که بعداً در این فصل، در بخش F2 توضیح داده شده است، شما می‌توانید درخواست «تصمیم پوشش فوری» یا سریع یا «تجدیدنظر فوری» نسبت به تصمیم پوشش کنید.

اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما نه بگوییم، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما درباره پوشش مراقبت‌های درمانی است، نامه به شما خواهد گفت که پرونده شما را برای سازمان بازبین مستقل (IRO) جهت تجدیدنظر سطح 2 ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما درباره پوشش Medicare بخش D یا خدمات یا اقلام Medicaid است، نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان یک تجدیدنظر سطح 2 ارایه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 2، به بخش F4 مراجعه کنید. اگر مشکل شما درباره پوشش سرویس یا اقلامی است که هم توسط Medicare و هم Medicaid پوشش دارند، نامه اطلاعاتی درباره هر دو نوع تجدیدنظر سطح 2 به شما خواهد داد. اگر شما از تصمیم تجدیدنظر سطح 2 ناراضی هستید، ممکن است بتوانید چند سطح تجدیدنظر دیگر را امتحان کنید.

E3. کمک در رابطه با تصمیم‌ها و تجدیدنظرهای پوشش

شما می‌توانید از هر یک از موارد زیر درخواست کمک کنید:

- خدمات مشتری با شماره‌های موجود در انتهای این صفحه.
- برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal Ombuds Program با شماره 1-855-501-3077.
- برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) با شماره 1-800-434-0222.
- پزشک یا تامین‌کننده دیگر خود. پزشک یا تامین‌کننده دیگر شما می‌تواند از طرف شما، درخواست تصمیم یا تجدیدنظر در پوشش کند.
- یک دوست یا عضو خانواده. شما می‌توانید نام فرد دیگری را جهت عمل به عنوان «نماینده» خود بدهید و درخواست تصمیم پوشش یا ارایه تجدیدنظر کنید.
- یک وکیل. شما حق دارید وکیل داشته باشید، اما ملزم به داشتن وکیل جهت درخواست تصمیم درباره پوشش یا تجدیدنظر نیستید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- با وکیل خود تماس بگیرید یا نام یک وکیل را از کانون وکلای محل یا خدمات معرفی دیگری دریافت کنید. در صورتی که واجد شرایط باشید، بعضی گروه‌های حقوقی به شما خدمات حقوقی رایگان خواهند داد.
 - از برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal Ombuds Program با شماره 1-855-501-3077 درخواست یک وکیل برای کمک‌های حقوقی نمایید.
- اگر می‌خواهید یک وکیل یا فرد دیگری به عنوان نماینده شما اقدام کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. فرم به فرد اجازه می‌دهد که از جانب شما اقدام کند.
- با خدمات مشتری با شماره‌های موجود در انتهای این صفحه تماس گرفته و فرم «درخواست انتصاب وکیل» را درخواست کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به تارنمای www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا تارنمای ما <https://www.caloptima.org/en/ForMembers/OneCare/MemberDocuments/CommonForms.aspx> به آدرس شما باید یک نسخه امضا شده فرم را به ما بدهید.

E4. کدام بخش این فصل می‌تواند به شما کمک کند

چهار وضعیت وجود دارد که مشمول تصمیم و تجدیدنظرهای پوشش است. هر وضعیت مقررات و مهلت‌های زمانی متفاوتی دارد. ما جزئیات هر یک را در یک بخش دیگر این فصل ارائه خواهیم داد. به بخش مربوطه مراجعه کنید:

- **بخش F**, با عنوان "Medical care"
 - **بخش G**, «داروهای تجویزی Medicare بخش D»
 - **بخش H**, «درخواست پوشش بستری بیمارستانی طولانی‌تر»
 - **بخش I**, «درخواست از ما برای پوشش خدمات پزشکی خاص» (این بخش فقط در رابطه با این خدمات اعمال می‌شود: مراقبت سلامت در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، و خدمات جامع مرکز بازتوانبخشی سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)).
- اگر مطمئن نیستید که از کدام بخش استفاده کنید، با خدمات مشتری با شماره‌های موجود در انتهای این صفحه تماس بگیرید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

F. خدمات درمانی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر مشکلی در دریافت پوشش یا مراقبت پزشکی دارید یا اگر می‌خواهید ما سهم خود از هزینه مراقبت درمانی شما را پرداخت کنیم، باید چه کاری انجام دهید.

این بخش در مورد مزایای شما برای مراقبت‌های پزشکی است که در **فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا** توضیح داده شده است. در برخی موارد، ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی نسخه‌ای Medicare Part B اعمال شود. در این صورت، ما به شما توضیح می‌دهیم که قوانین مربوط به داروهای نسخه‌ای Medicare Part B چه تفاوتی با قوانین مربوط به خدمات و اقلام پزشکی دارند.

F1. استفاده از این بخش

این بخش توضیح می‌دهد که شما در موقعیت‌های زیر چه کاری می‌توانید انجام دهید:

1. شما فکر می‌کنید که ما مراقبت پزشکی موردنیاز شما را پوشش می‌دهیم ولی هنوز آنها را دریافت نمی‌کنید. **شما چه کاری می‌توانید انجام دهید:** شما می‌توانید از ما درخواست کنید یک تصمیم پوشش بگیرید. به **بخش F2** مراجعه کنید.
 2. ما مراقبت درمانی که پزشک یا تامین‌کننده مراقبت درمانی دیگر شما می‌خواهد به شما ارایه دهد را تایید نمی‌کنیم و شما فکر می‌کنید که ما باید آن را تایید کنیم. **شما چه کاری می‌توانید انجام دهید:** شما می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر دهید. به **بخش F3** مراجعه کنید.
 3. شما مراقبت پزشکی را دریافت کردید که فکر می‌کنید ما پوشش می‌دهیم، اما ما پرداخت نخواهیم کرد. **شما چه کاری می‌توانید انجام دهید:** شما می‌توانید نسبت به تصمیم عدم پرداخت ما درخواست تجدیدنظر دهید. به **بخش F5** مراجعه کنید.
 4. شما مراقبت پزشکی دریافت کردید و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید و فکر می‌کردید که ما پوشش می‌دهیم و می‌خواهید که ما پول شما را بپردازیم. **شما چه کاری می‌توانید انجام دهید:** می‌توانید از ما درخواست کنید پول شما را بپردازیم. به **بخش F5** مراجعه کنید.
 5. ما پوشش شما برای بعضی مراقبت‌های پزشکی خاص را کاهش داده یا متوقف کردیم و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند منجر به اختلال در سلامت شما شود. **شما چه کاری می‌توانید انجام دهید:** شما می‌توانید نسبت به تصمیم کاهش یا توقف مراقبت پزشکی ما درخواست تجدیدنظر دهید. به **بخش F4** مراجعه کنید.
- اگر پوشش برای مراقبت در بیمارستان، مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات CORF است، مقررات خاصی اعمال می‌شود. برای اطلاعات بیشتر، به **بخش H**، یا **بخش I**، مراجعه کنید
 - در سایر موارد مشمول کاهش یا توقف پوشش مراقبت‌های پزشکی خاص، از این بخش (**بخش F**) به عنوان راهنمای خود استفاده کنید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

6. شما در مراقبت خود گرفتار تاخیر شده‌اید یا نمی‌توانید یک پزشک اعلام کنید. شما چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید یک شکایت ارایه کنید. به بخش K2 مراجعه کنید.

F2. درخواست تصمیم پوشش

وقتی تصمیم پوشش شامل مراقبت پزشکی شما است، «تعیین سازمان تلفیقی» نامیده می‌شود.

شما، پزشک شما یا نماینده شما می‌تواند از ما درخواست تصمیم پوشش کند، از طریق:

• شماره تماس: 1-877-412-2734 (TTY 711).

• نمابر: 1-714-246-8711

• مکاتبه: CalOptima Health OneCare Flex Plus

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

تصمیم پوشش استاندارد

وقتی ما تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنیم، از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر آنکه توافق کرده باشیم که از مهلت‌های «فوری» استفاده کنیم. تصمیم پوشش استاندارد به این معنی است که ما تصمیم خود را به این صورت به شما اعلام می‌کنیم:

- خدمات یا اقلام پزشکی ظرف مدت 14 روز بعد از دریافت درخواست شما.
- داروهای نسخه‌دار Medicare Part B ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما.

تصمیم پوشش فوری

عبارت حقوقی «تصمیم پوشش فوری»، معادل «تعیین تسریع شده» است.

وقتی شما از ما درخواست یک تصمیم پوشش درباره مراقبت پزشکی خود می‌کنید و سلامت شما نیاز به پاسخ سریع دارد، از ما درخواست کنید یک «تصمیم پوشش فوری» اتخاذ کنیم. تصمیم پوشش فوری به این معنی است که ما تصمیم خود را به این شرح به شما اعلام می‌کنیم:

- خدمات یا اقلام پزشکی ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا زودتر چنانچه وضعیت پزشکی شما نیاز به پاسخ سریع‌تر داشته باشد.
 - داروهای نسخه‌دار Medicare بخش B ظرف مدت 24 ساعت بعد از دریافت درخواست شما.
- برای اتخاذ یک تصمیم پوشش فوری، شما باید دو الزام را داشته باشید:
- شما برای مراقبت پزشکی و/یا خدماتی درخواست کنید که قبلاً دریافت نکرده‌اید. شما نمی‌توانید در رابطه با پرداخت بابت اقلام یا خدماتی که قبلاً دریافت کرده‌اید، درخواست تصمیم پوشش فوری کنید.
 - استفاده از مهلت‌های زمانی استاندارد می‌تواند منجر به صدمات جدی به سلامت شما شود یا در توانایی کارکردی شما اختلال ایجاد کند.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

اگر پزشک شما به ما بگوید که اقتضای سلامت شما این است، ما به صورت خودکار تصمیم پوشش فوری را به شما اعلام خواهیم کرد. اگر شما بدون پشتیبانی از پزشک خود درخواست کنید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا مشمول تصمیم پوشش فوری هستیم.

• اگر ما تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما منطبق بر الزامات تصمیم پوشش فوری نیست، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد که مراتب را اعلام کرده و به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد. نامه به شما می‌گوید:

- اگر پزشک شما درخواست کند، ما به صورت خودکار یک تصمیم پوشش فوری به شما خواهیم داد.
- شما چطور می‌توانید یک «شکایت فوری» درباره تصمیم ما مبنی بر ارایه تصمیم پوشش استاندارد بجای تصمیم پوشش فوری ارایه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره ارایه شکایت، شامل شکایت فوری، به بخش K مراجعه کنید.

اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما نه بگوییم، یک نامه برای شما ارسال کرده و دلیل را شرح خواهیم داد.

- اگر ما نه بگوییم، شما حق درخواست تجدیدنظر دارید. اگر شما فکر می‌کنید که ما اشتباه کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر، یک روش رسمی برای درخواست از ما جهت بازبینی تصمیم و تغییر آن است.
- اگر شما تصمیم به تجدیدنظر بگیرید، وارد فرایند تجدیدنظر سطح 1 خواهید شد (به بخش F3 مراجعه کنید).

در مواقع محدود ممکن است ما درخواست تصمیم پوشش را رد کنیم که به آن معنی است که درخواست شما را بازبینی نخواهیم کرد. مثال مواردی که ما درخواست شما را رد خواهیم کرد، عبارتند از:

- اگر درخواست ناقص باشد،
- اگر فردی از طرف شما درخواست داده است، اما از منظر قانونی مجاز نبوده است، یا
- اگر شما از درخواست خود اعلام انصراف کنید

اگر ما درخواستی را رد کنیم، یک اعلامیه ارسال کرده و توضیح خواهیم داد که چرا درخواست رد شده است و شما چطور می‌توانید درخواست بررسی رد درخواست کنید. این بررسی تجدیدنظر نامیده می‌شود. تجدیدنظرها در بخش بعدی توضیح داده می‌شوند.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

F3. رایحه تجدیدنظر سطح 1

برای تجدیدنظر استاندارد، شما، پزشک شما یا نماینده شما باید با ما تماس بگیرید. با ما با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید.

با مکاتبه یا تماس با ما از طریق **1-877-412-2734 (TTY 711)** درخواست تجدیدنظر استاندارد یا تجدیدنظر فوری کنید.

- اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگر درخواست ادامه خدمات یا اقلامی را کند که شما قبلاً در مدت تجدیدنظر دریافت می‌کنید، ممکن است لازم باشد که شما آنها را به عنوان نماینده خود برای اقدام از جانب شما معرفی کنید.
 - اگر فردی غیر از پزشک شما درخواست تجدیدنظر از طرف شما کند، یک فرم انتصاب نماینده نیز رایحه کنید که به این فرد اجازه اقدام از جانب شما می‌دهد. شما می‌توانید فرم را با مراجعه به تارنمای www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا تارنمای ما در <https://www.caloptima.org/en/ForMembers/OneCare/MemberDocuments/CommonForms.aspx> دریافت کنید.
 - ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون فرم بپذیریم، اما تا زمانی که آن را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی خود را شروع یا تکمیل کنیم. اگر قبل از مهلت مقرر برای تصمیم‌گیری در مورد درخواست تجدیدنظر شما، فرم را دریافت نکردیم:
 - ما درخواست شما را رد می‌کنیم، و
 - یک اعلامیه کتبی برای شما ارسال کرده و حقوق شما مبنی بر درخواست از IRO برای بررسی تصمیم خود مبنی بر رد تجدیدنظر شما را توضیح می‌دهیم.
 - شما باید ظرف مدت 65 روز تقویمی از تاریخ روی نامه ارسالی ما به منظور اعلام تصمیم‌مان، درخواست تجدیدنظر کنید.
 - اگر شما مهلت زمانی را از دست بدهید و دلیل موجهی برای آن داشته باشید، ما زمان بیشتری برای درخواست تجدیدنظر به شما خواهیم داد. مثال‌های دلیل موجه مواردی مثل ابتلا به بیماری جدی یا رایحه اطلاعات غلط درباره مهلت‌ها از طرف ما است. در زمان درخواست تجدیدنظر، علت تأخیر در درخواست تجدیدنظر خود را شرح دهید.
 - شما حق دارید از ما درخواست یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود کنید. شما و پزشک شما می‌توانید به ما اطلاعاتی در پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود بدهید.
- اگر سلامت شما مستلزم تجدیدنظر فوری است، آن را درخواست کنید.

عبارت حقوقی «تجدیدنظر فوری»، معادل «بررسی مجدد تسريع شده» است

- اگر شما نسبت به تصمیم ما درباره پوشش مراقبت درمانی که دریافت نکرده‌اید، درخواست تجدیدنظر بدهید، شما و/یا پزشک شما تصمیم خواهد گرفت که آیا به تجدیدنظر سریع نیاز دارید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

اگر پزشک شما به ما بگوید که سلامت شما این طور ایجاب می‌کند، ما یک تجدیدنظر فوری به شما خواهیم داد. اگر شما بدون پشتیبانی پزشک خود درخواست کنید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا مشمول تجدیدنظر فوری هستیم.

• اگر ما تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما منطبق بر الزامات تصمیم تجدیدنظر فوری نیست، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد که مراتب را اعلام کرده و به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد. نامه به شما می‌گوید:

- اگر پزشک شما درخواست کند، ما به صورت خودکار یک تجدیدنظر فوری خواهیم داد.
- شما چطور می‌توانید یک «شکایت فوری» درباره تصمیم ما مبنی بر ارایه تجدیدنظر استاندارد بجای تجدیدنظر فوری ارایه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره ارایه شکایت، شامل شکایت فوری، به بخش K مراجعه کنید.

اگر ما به شما بگوییم که خدمات یا اقلامی که شما قبل دریافت می‌کنید را متوقف کرده یا کاهش می‌دهیم، شاید شما بتوانید در مدت تجدیدنظر به دریافت آن خدمات و اقلام ادامه دهید.

• اگر ما تصمیم به تغییر یا توقف پوشش خدمات یا اقلامی بگیریم که شما دریافت می‌کنید، یک اعلامیه قبل از اقدام برای شما ارسال خواهیم کرد.

• اگر شما مخالف تصمیم ما باشید، می‌توانید یک تجدیدنظر سطح 1 ارایه کنید.

• اگر شما ظرف مدت 10 روز تقویمی از تاریخ نامه ما یا تا تاریخ اجرای اقدام موردنظر، هر کدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر سطح 1 کنید، ما به پوشش سرویس یا اقلام ادامه می‌دهیم.

○ اگر شما این مهلت زمانی را رعایت کنید، خدمات و اقلام را بدون تغییر در زمان رسیدگی به تجدیدنظر سطح 1 دریافت خواهید کرد.

○ همچنین شما خدمات و اقلام دیگر (که مشمول تجدیدنظر نیستند) را نیز بدون تغییر دریافت خواهید کرد.

○ اگر شما قبل از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر نکنید، خدمات یا اقلام شما زمانی که منتظر تصمیم تجدیدنظر هستیم، ادامه نخواهد یافت.

ما تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ خواهیم داد.

• وقتی ما تجدیدنظر را بررسی می‌کنیم، یکبار دیگر همه اطلاعات مربوط به درخواست پوشش مراقبت‌های پزشکی شما را به دقت بررسی خواهیم کرد.

• ما بررسی می‌کنیم که وقتی به شما نه گفتیم، آیا همه مقررات را رعایت کردیم.

• اگر نیاز داشته باشیم، اطلاعات بیشتری جمع‌آوری خواهیم کرد. ممکن است ما با شما یا پزشک شما برای اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.



تجدیدنظر فوری، مهلت‌های زمانی دارد.

- وقتی ما از مهلت‌های زمانی تجدیدنظر فوری استفاده می‌کنیم، باید ظرف مدت **72 روز** بعد از دریافت تجدیدنظر یا اگر سلامت شما نیاز به پاسخ سریع‌تر دارد، زودتر از آن، به شما پاسخ بدهیم. اگر سلامت شما این طور ایجاب کند، ما زودتر به شما پاسخ خواهیم داد.
 - اگر ما ظرف مدت **72 ساعت** به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست فرایند تجدیدنظر سطح 2 را برای شما ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. در این فصل، در **بخش F4**، ما به شما درباره این سازمان و فرایند تجدیدنظر سطح 2 توضیح خواهیم داد. اگر مشکل شما در رابطه با پوشش خدمات یا اقلام (Medi-Cal (Medicaid است، شما می‌توانید شخصا یک رسیدگی ایالتی سطح 2 به محض پایان مهلت ارایه کنید. یک آژانس رسیدگی ایالتی که با CalOptima Health OneCare Flex Plus وابستگی ندارد، پرونده شما را بررسی کرده و درباره تجدیدنظر شما تصمیم خواهد گرفت. برای ارایه درخواست رسیدگی ایالتی، به **بخش F4** مراجعه کنید.
- اگر ما به **بخش یا تمام درخواست شما، بله بگوییم**، باید اجازه پوشش را داده یا پوشش توافقی را ظرف مدت **72 ساعت** بعد از دریافت تجدیدنظر شما یا اگر سلامت شما ایجاب کند، زودتر ارایه کنیم.
- اگر ما به **بخش یا همه درخواست شما، نه بگوییم**، ما درخواست شما را برای تجدیدنظر سطح 2 به یک IRO ارسال خواهیم کرد.

تجدیدنظرهای استاندارد، مهلت زمانی دارند.

- وقتی ما از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید جواب را ظرف مدت **30 روز تقویمی** بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر در پوشش خدماتی اعلام کنید که دریافت نکرده‌اید.
- اگر درخواست شما برای داروهای تجویزی Medicare بخش B است، ما پاسخ خود را ظرف مدت **7 روز تقویمی** بعد از دریافت پوشش یا اگر سلامت شما ایجاب کند، زودتر اعلام خواهیم کرد.
 - اگر ما ظرف مدت تعیین شده به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرایند تجدیدنظر سطح 2 ارسال خواهیم کرد. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. در این فصل، در **بخش F4**، ما به شما درباره این سازمان و فرایند تجدیدنظر سطح 2 توضیح خواهیم داد. اگر مشکل شما در رابطه با پوشش خدمات یا اقلام (Medi-Cal (Medicaid است، شما می‌توانید شخصا یک رسیدگی ایالتی سطح 2 در مهلت مربوطه ارایه کنید. یک آژانس رسیدگی ایالتی که با CalOptima Health OneCare Flex Plus وابستگی ندارد، پرونده شما را بررسی کرده و درباره تجدیدنظر شما تصمیم خواهد گرفت. برای ارایه درخواست رسیدگی ایالتی، به **بخش F4** مراجعه کنید.
- اگر ما به **بخشی یا همه درخواست شما، پاسخ مثبت بدهیم**، باید ظرف مدت **30 روز تقویمی** از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما یا طبق نیاز وضعیت سلامت شما و ظرف **72 ساعت** بعد از تغییر تصمیم خود یا اگر درخواست شما درباره داروهای تجویزی Medicare بخش B باشد، ظرف **7 روز تقویمی** از تاریخ دریافت تجدیدنظر شما، مجوز پوشش شما را صادر کنیم یا آن را ارایه کنیم.
- اگر ما به **بخشی یا همه درخواست شما، نه بگوییم**، شما حقوق تجدیدنظر دیگری خواهید داشت:
- اگر ما به **بخشی یا همه موارد درخواستی شما، نه بگوییم**، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقلام Medicare است، نامه به شما می‌گوید که پرونده شما جهت تجدیدنظر سطح 2 به یک IRO ارسال خواهد شد.

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا ارقام Medi-Cal است، نامه به شما می‌گوید که چطور شخصا یک درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارایه کنید.

F4. ارایه تجدیدنظر سطح 2

- اگر ما به بخشی یا همه درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما، نه بگوییم، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید که آیا برنامه‌های Medicare، Medi-Cal یا هر دو معمولاً سرویس یا ارقام را پوشش می‌دهند.
- اگر مشکل شما درباره یک سرویس یا ارقامی است که Medicare معمولاً پوشش می‌دهد، ما به صورت خودکار پرونده شما را بلافاصله بعد از تکمیل تجدیدنظر سطح 1، به فرایند تجدیدنظر سطح 2 ارسال خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما درباره خدمات یا ارقامی است که معمولاً Medi-Cal پوشش می‌دهد، شما می‌توانید شخصا یک تجدیدنظر سطح 2 ارایه کنید. نامه روش انجام آن را به شما می‌گوید. همچنین ما اطلاعات بیشتری را در این فصل، در بخش G6 ارایه خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما درباره خدمات یا ارقامی است که Medicare و Medi-Cal، هر دو پوشش می‌دهند، شما به صورت خودکار مشمول تجدیدنظر سطح 2 توسط IRO هستید. علاوه بر تجدیدنظر سطح 2، همچنین شما می‌توانید درخواست رسیدگی و یک بازبینی مستقل پزشکی توسط ایالت کنید.
- اگر وقتی درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را ارایه کردید، واجد شرایط ادامه مزایا باشید، مزایای خدمات و ارقام یا داروهای تحت تجدیدنظر شما نیز ممکن است در مدت سطح 2 ادامه یابد. برای اطلاعات درباره ادامه مزایا در طول تجدیدنظرهای سطح 1، به بخش F3 مراجعه کنید.
- اگر مشکل شما درباره سرویسی است که معمولاً فقط توسط Medicare پوشش دارد، مزایای شما بابت آن سرویس در فرایند تجدیدنظر سطح 2 با IRO ادامه نخواهد یافت.
- اگر مشکل شما درباره سرویسی است که معمولاً توسط Medi-Cal پوشش دارد، مزایای شما در رابطه با آن سرویس در صورتی ادامه می‌یابد که شما ظرف مدت 10 روز تقویمی از تاریخ نامه تصمیم ما، درخواست تجدیدنظر سطح 2 کنید.

وقتی مشکل شما درباره خدمات یا ارقامی است که معمولاً Medicare پوشش می‌دهد

IRO تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. آن یک سازمان مستقل است که توسط Medicare به کار گرفته شده است.

نام رسمی «سازمان بازبین مستقل» (Independent Review Organization, IRO)،
«نهاد بازبینی مستقل» است که گاهی «IRE» نامیده می‌شود.

- این سازمان با ما مرتبط نیست و یک آژانس دولتی محسوب نمی‌شود. Medicare شرکت را تحت عنوان IRO انتخاب کرده است و Medicare بر کار آنها نظارت دارد.
- شما اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود («فایل پرونده» شما) را برای این سازمان ارسال می‌کنیم. شما حق دارید درخواست یک نسخه رایگان از فایل پرونده خود کنید.
- شما حق دارید اطلاعات بیشتری به IRO در حمایت از تجدیدنظر خود بدهید.
- بازبین‌های IRO به دقت همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنند.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

اگر شما تجدیدنظر فوری سطح 1 داشتید، تجدیدنظر فوری سطح 2 نیز خواهید داشت.

- اگر شما یک تجدیدنظر فوری با ما در سطح 1 داشتید، به صورت خودکار یک تجدیدنظر فوری سطح 2 دریافت می‌کنید. IRO باید به تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف مدت 72 ساعت از دریافت تجدیدنظر شما پاسخ دهد.

اگر شما تجدیدنظر استاندارد سطح 1 داشتید، تجدیدنظر سطح 2 شما نیز تجدیدنظر استاندارد خواهد بود.

- اگر شما تجدیدنظر استاندارد سطح 1 با ما داشتید، به صورت خودکار تجدیدنظر استاندارد سطح 2 خواهید داشت
- اگر درخواست شما برای خدمات و اقلام پزشکی است، IRO باید پاسخ تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف مدت 30 روز تقویمی از تاریخ تجدیدنظر شما ارایه کند.
- اگر درخواست شما برای داروهای تجویزی Medicare بخش B است، IRO باید ظرف مدت 7 روز تقویمی از تاریخ دریافت تجدیدنظر شما، پاسخ تجدیدنظر سطح 2 شما را بدهد.
- IRO پاسخ شما را کتبی داده و دلایل را توضیح می‌دهد.
- اگر IRO به تمام یا بخشی از درخواست اقلام یا خدمات پزشکی شما، بله بگوید، ما باید بلافاصله تصمیم را اجرا کنیم:
 - ظرف مدت 72 ساعت، اجازه پوشش پزشکی را صادر می‌کنیم، یا
 - ظرف مدت 5 روز کاری بعد از دریافت تصمیم IRO بابت درخواست‌های استاندارد، سرویس را ارایه می‌دهیم، یا
 - سرویس را ظرف مدت 72 ساعت از تاریخ دریافت تصمیم IRO در مورد درخواست های سریع ارایه می‌کنیم.
- اگر IRO به بخش یا تمام درخواست شما برای داروهای تجویزی Medicare Part B بله بگوید، ما باید داروهای تجویزی Medicare Part B مورد اختلاف را به این شرح مجاز اعلام کرده یا ارایه کنیم:
 - ظرف مدت 72 ساعت بعد از تصمیم IRO در مورد درخواست‌های استاندارد، یا
 - ظرف مدت 24 ساعت از تاریخ دریافت تصمیم IRO در مورد درخواست‌های سریع.
- اگر IRO به بخش یا تمام درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید، به آن معنی است که آنها موافقت کرده‌اند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) برای پوشش مراقبت پزشکی را تایید کنیم. این «باقی تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» نامیده می‌شود.
 - اگر پرونده شما منطبق بر الزامات باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید تجدیدنظر را به مرحله بعد ببرید.
 - سه سطح دیگر نیز در فرایند تجدیدنظر بعد از سطح 2، و در مجموع پنج سطح وجود دارد.
 - اگر تجدیدنظر سطح 2 شما رد شود و شما منطبق بر الزامات مربوط به ادامه فرایند تجدیدنظر باشید، باید تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید به سطح 3 بروید و یک تجدیدنظر سوم ارایه کنید. جزئیات مربوط به روش انجام آن در اعلامیه کتبی دریافتی شما در تجدیدنظر سطح 2 موجود است.
 - یک قاضی دادگاه اداری (Administrative Law Judge, ALJ) یا یک قاضی داور تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به بخش 1 مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

وقتی مشکل شما درباره یک سرویس یا اقلامی است که معمولاً Medi-Cal پوشش می‌دهد

(1) رسیدگی ایالتی

شما می‌توانید در رابطه با سرویس و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست رسیدگی ایالتی بدهید. اگر پزشک شما یا یک تامین‌کننده دیگر درخواست سرویس یا اقلامی می‌کند که ما تایید نخواهیم کرد، یا به پرداخت بابت آن سرویس یا اقلام که شما قبل دریافت می‌کردید، ادامه نخواهیم داد و به تجدیدنظر سطح 1 شما جواب منفی داده باشیم، شما حق دارید درخواست رسیدگی ایالتی کنید.

در بیشتر موارد، شما 120 روز وقت دارید تا بعد از پست «نامه تصمیم تجدیدنظر» به شما، درخواست رسیدگی ایالتی کنید.

تذکره: اگر شما درخواست رسیدگی ایالتی کنید چون ما به شما اعلام کردیم که سرویسی که در حال حاضر دریافت می‌کنید، تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، چنانچه بخواهید سرویس خود را در زمان رسیدگی ایالتی حفظ کنید، شما فرصت کمتری از نظر تعداد روز برای ارسال درخواست خود دارید. بخش «آیا مزایای من در دوره تجدیدنظر سطح 2 ادامه خواهد یافت» در صفحه 203 را برای اطلاعات بیشتر بخوانید.

دو روش برای درخواست رسیدگی ایالتی وجود دارد:

1. شما می‌توانید «درخواست رسیدگی ایالتی» پشت اعلامیه اقدام را پر کنید. شما باید اطلاعات درخواستی مثل نام کامل، آدرس، شماره تلفن، نام برنامه یا کانتی که علیه شما تصمیم گرفته است، برنامه(های) کمکی مربوطه و علت تفصیلی درخواست رسیدگی را ارایه کنید. سپس شما می‌توانید درخواست خود را به یکی از روش‌های زیر ارسال کنید:

• به اداره رفاه کانتی به آدرس اعلام شده در اعلامیه.

• به اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا:

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433

Sacramento, California 94244-2430

• فکس به بخش رسیدگی ایالتی به شماره 1-916-309-3487 یا 1-833-281-0903.

2. شما می‌توانید با اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر تصمیم به رسیدگی ایالتی از طریق تلفن بگیرید، باید آگاه باشید که شماره تلفن‌ها خیلی مشغول هستند.

اداره رسیدگی ایالتی تصمیم خود را به صورت مکتوب به شما ارایه داده و دلایل را ذکر خواهد کرد.

• اگر اداره رسیدگی ایالتی به بخش یا تمام درخواست سرویس یا اقلام پزشکی، بله بگوید، ما باید سرویس یا اقلام را ظرف مدت 72 ساعت بعد از تصمیم آنها مجاز اعلام کرده یا ارایه کنیم.

• اگر اداره رسیدگی ایالتی به بخش یا تمام درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید، به آن معنی است که آنها موافقت کرده‌اند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) برای پوشش مراقبت پزشکی را تایید کنیم. این «ابقای تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» نامیده می‌شود.

اگر تصمیم IRO یا رسیدگی ایالتی برای تمام یا بخشی از درخواست شما، نه باشد، شما حقوق درخواست تجدیدنظر دیگری دارید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

اگر تجدیدنظر سطح 2 شما به **IRO** ارسال شده باشد، شما می‌توانید فقط اگر ارزش دلاری سرویس یا اقلام درخواستی منطبق بر یک مبلغ حداقل ویژه باشد، درخواست تجدیدنظر بدهید. یک **ALJ** یا قاضی داور تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. نامه‌ای که از **IRO** دریافت می‌کنید، حقوق تجدیدنظر دیگری که ممکن است داشته باشید را توضیح می‌دهد.

نامه‌ای که از اداره رسیدگی ایالتی دریافت می‌کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را شرح می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق تجدیدنظر خود بعد از سطح 2، به بخش 1 مراجعه کنید.

F5. مشکلات پرداخت

ما به ارائه‌دهندگان شبکه خود اجازه نمی‌دهیم برای خدمات و اقلام تحت پوشش هزینه‌ای از شما دریافت کنند. حتی اگر هزینه‌ای که برای یک سرویس یا مورد تحت پوشش به ارائه‌دهنده پرداخت کنیم کمتر از هزینه‌های معمول آن ارائه‌دهنده باشد، هنوز این قضیه صدق می‌کند. شما هرگز ملزم به پرداخت موجودی هیچ صورت‌حسابی نیستید. تنها مبلغی که باید از شما درخواست شود، پرداخت سهم هزینه برای دسته‌های دارویی است که نیاز به پرداخت سهم هزینه از طرف شما دارند.

اگر برای خدمات و اقلام تحت پوشش صورت‌حسابی با مبلغ بیش از سهم هزینه دریافت کردید، صورت‌حساب را برای ما ارسال کنید. شما نباید صورت‌حساب را خودتان پرداخت کنید. ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس خواهیم گرفت و مشکل را برطرف خواهیم کرد. اگر صورت‌حساب را پرداخت کنید، اگر از قوانین دریافت خدمات یا کال پیروی کرده باشید، می‌توانید از طرح ما درخواست بازپرداخت کنید.

برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 7 کتابچه راهنمای خود** مراجعه کنید. این بخش وضعیت‌هایی را شرح می‌دهد که لازم باشد شما از ما بخواهید هزینه شما را بازپرداخت کنیم یا صورت‌حسابی را پرداخت کنیم که شما از یک تامین‌کننده دریافت کرده‌اید. همچنین به شما می‌گوید که اوراق تقاضای پرداخت خود را چطور برای ما ارسال کنید.

اگر شما درخواست بازپرداخت کنید، در واقع درخواست تصمیم پوشش می‌دهید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا سرویس یا اقلامی که شما بابت آنها هزینه پرداخت کرده‌اید، تحت پوشش هستند و آیا همه مقررات استفاده از پوشش ما را رعایت کرده‌اید.

- اگر خدمات یا اقلامی که هزینه آن پرداخت کرده‌اید تحت پوشش باشد و شما تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما معمولاً ظرف 30 روز تقویمی تا حداکثر 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، سهم خود را از هزینه خدمات یا اقلام برای شما یا ارائه‌دهنده شما ارسال می‌کنیم. اگر پرداخت به ارائه‌دهنده شما انجام شود، ارائه‌دهنده شما سپس دریافت، هزینه را برای شما ارسال می‌کند.
- اگر شما هنوز بابت سرویس یا اقلام پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ را مستقیم برای تامین‌کننده می‌فرستیم. وقتی ما مبلغ را می‌فرستیم، مثل این است که به درخواست تصمیم پوشش شما، بله بگوییم.
- اگر سرویس یا اقلامی تحت پوشش نباشد یا شما مقررات را رعایت نکرده باشید، ما یک نامه برای شما ارسال کرده و اطلاع خواهیم داد که پرداختی بابت سرویس یا اقلام انجام نمی‌دهیم و علت را توضیح می‌دهیم.
- اگر شما با تصمیم عدم پرداخت ما موافق نباشید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. از فرایند تجدیدنظر تشریح شده در **بخش F3** پیروی کنید. وقتی از این دستورالعمل‌ها پیروی می‌کنید، توجه داشته باشید:
- اگر شما درخواست تجدیدنظر بابت بازپرداخت به ما بدهید، ما باید پاسخ خود را ظرف مدت 30 روز تقویمی بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارایه کنیم.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- اگر شما از ما بخواهید که هزینه مراقبت پزشکی دریافتی و پرداختی توسط خودتان را بازپرداخت کنیم، شما نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر فوری کنید.
- اگر ما به تجدیدنظر شما، پاسخ نه بدهیم و **Medicare** معمولاً سرویس یا اقلام را پوشش دهد، ما پرونده شما را برای **IRO** ارسال خواهیم کرد. اگر این اتفاق بیفتد، یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر **IRO** تصمیم ما را برگرداند و بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، ما باید مبلغ را ظرف مدت 30 روز تقویمی برای شما یا تامین‌کننده شما ارسال کنیم. اگر پاسخ تجدیدنظر شما در هر مرحله از فرایند تجدیدنظر بعد از سطح 2، بله باشد، ما باید مبلغ را ظرف مدت 60 روز تقویمی برای شما یا تامین‌کننده مراقبت درمانی شما ارسال کنیم.
- اگر **IRO** به تجدیدنظر شما، نه بگوید، به این معنی است که آنها موافق هستند که ما نباید درخواست شما را تایید کنیم. این «ابقای تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» نامیده می‌شود. شما یک نامه دریافت خواهید کرد که توضیح می‌دهد چه حقوق تجدیدنظر دیگری ممکن است داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر درباره سطوح دیگر تجدیدنظر به **بخش 1** مراجعه کنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما، نه باشد و **Medi-Cal** معمولاً سرویس یا اقلام را پوشش دهد، شما می‌توانید شخصاً تجدیدنظر سطح 2 ارائه کنید. برای اطلاعات بیشتر به **بخش F4** مراجعه کنید.

G. داروهای تجویزی Medicare Part D

مزایای شما به عنوان یک عضو برنامه درمانی ما شامل پوشش داروهای تجویزی زیادی است. بیشتر اینها داروهای Medicare بخش D هستند. چند دارو وجود دارد که Medicare بخش D پوشش نمی‌دهد که ممکن است **Medi-Cal** پوشش دهد. این بخش فقط در رابطه با تجدیدنظرهای داروهای Medicare بخش D اعمال می‌شود. ما در بقیه این فصل، هر بار به جای اشاره به «Medicare Part D drug» از لغت «دارو» استفاده می‌کنیم. در رابطه با داروهایی که فقط توسط **Medi-Cal** پوشش دارند از فرایند **بخش J2** پیروی کنید، یا می‌توانید برای اطلاعات بیشتر به وب سایت **Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)** مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان **Medi-Cal Rx** به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید.

دارو برای آنکه تحت پوشش قرار گیرد باید برای موارد ضروری از نظر پزشکی استفاده شود. این به آن معنی است که داروهایی که توسط اداره غذا و دارو (**Food and Drug Administration, FDA**) تایید شده‌اند یا پشتیبانی چند منبع پزشکی خاص را دارند. برای اطلاعات بیشتر درباره مصارف موردقبول از نظر پزشکی به **فصل 5** کتابچه عضو خود مراجعه کنید.

G1. تصمیمات و تجدیدنظرهای پوشش Medicare بخش D

در اینجا به چند مثال درباره تصمیم‌های پوششی اشاره می‌شود که شما از ما درخواست کرده‌اید که درباره داروهای **Medicare Part D** شما بگیریم:

- شما از ما درخواست تعیین معافیت شامل موارد زیر کردید:
 - یک داروی **Medicare Part D** را پوشش دهیم که در فهرست دارویی برنامه درمانی ما نیست یا
 - از یک محدودیت پوشش یک دارو صرفنظر کنیم (مثل محدودیت مقداری که می‌توانید دریافت کنید)

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با **CalOptima Health OneCare Flex Plus** از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- شما از ما درخواست می‌کنید که آیا دارو برای شما تحت پوشش است (مثل زمانی که دارو در فهرست دارویی برنامه ما است، اما ما باید قبل از پوشش آن را تایید کنیم)

تذکره: اگر داروخانه شما به شما بگوید که نسخه شما را طبق نوشته نمی‌تواند بپیچد، داروخانه یک اعلامیه کتبی به شما داده و توضیح می‌دهد که چطور با ما تماس گرفته و درخواست تصمیم پوشش کنید.

تصمیم پوشش اولیه درباره داروهای Medicare بخش D شما «تعیین پوشش» نامیده می‌شود.

- شما از ما می‌خواهید که بابت یک دارو که قبلاً خریداری کردید، هزینه پرداخت کنیم. این درخواست تصمیم پوشش بابت پرداخت محسوب می‌شود.

اگر شما مخالف تصمیم پوشش ما هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر در تصمیم ما بدهید. این بخش به شما درباره روش درخواست تصمیم پوشش و روش درخواست تجدیدنظر اطلاعات می‌دهد. از جدول زیر برای کمک استفاده کنید.

شما در کدام یک از موقعیت‌های زیر هستید؟			
شما دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما نیست یا از ما می‌خواهید قانون یا محدودیتی را در رابطه با دارویی که پوشش می‌دهیم کنار بگذاریم.	شما از ما می‌خواهید که دارویی را در فهرست دارویی خود پوشش دهیم و فکر می‌کنید که مقررات برنامه درمانی یا محدودیت‌های (مثل دریافت تاییدیه از قبل) داروی موردنیاز خود را دارید.	شما می‌توانید از ما درخواست تصمیم پوشش کنید.	شما می‌توانید از ما درخواست معافیت کنید. (این یک نوع تصمیم پوشش است).
شما به ما گفتید که ما به شیوه‌ی مدنظر شما، یک دارو را پوشش نداده یا بابت آن پرداخت نکرده‌ایم.	شما می‌خواهید از ما درخواست کنید که هزینه‌ی دارویی که قبل دریافت و پرداخت کرده‌اید را بازپرداخت کنیم.	شما می‌توانید از ما درخواست کنید پول شما را بپردازیم. (این یک نوع تصمیم پوشش است).	شما می‌توانید از ما درخواست تجدیدنظر دهید. (این یعنی شما از ما درخواست بررسی مجدد می‌کنید).
با بخش G2 شروع کنید، سپس به بخش G3 و G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G5 مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

G2. معافیت‌های Medicare بخش D

اگر ما دارویی را به شیوه موردنظر شما پوشش ندهیم، شما می‌توانید از ما درخواست تعیین «معافیت» کنید. اگر ما درخواست شما برای تعیین معافیت را رد کنیم، شما می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید. وقتی از ما درخواست معافیت می‌کنید، پزشک یا تجویزکننده دیگر شما باید دلایل پزشکی علت نیاز به تعیین معافیت را برای ما توضیح دهد.

درخواست پوشش دارویی که در فهرست دارویی نیست یا حذف محدودیت یک دارو، گاهی درخواست «معافیت فرمولری» نامیده می‌شود.

در اینجا به چند مثال در رابطه با معافیت‌هایی اشاره می‌شود که شما یا پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌توانید از ما درخواست کنید:

1. پوشش یک دارو که در فهرست دارویی نیست.

- اگر قبول کنیم که استثناء قائل شویم و دارویی که در فهرست دارویی ما نیست را پوشش دهیم، شما مبلغ اشتراک در هزینه که به داروها در ردیف 2 برای داروهای با مارک تجاری یا ردیف 1 برای داروهای ژنریک مربوط می‌شود را پرداخت کنید. شما نمی‌توانید در زمینه مبلغ پرداختی لازم برای دارو استثنایی دریافت کنید.

2. حذف محدودیت یک داروی تحت پوشش.

- مقررات و محدودیت‌هایی دیگری در رابطه با داروهای خاصی در فهرست دارویی اعمال می‌شوند (برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید).
- مقررات و محدودیت‌هایی دیگر بعضی داروهای خاص شامل:
 - الزام به استفاده از نسخه ژنریک دارو به جای داروهای مارکدار.
 - دریافت تاییدیه ما از قبل، پیش از آنکه ما برای پوشش دارو برای شما توافق کنیم. این گاهی «مجوز قبلی» (Prior Authorization, PA) نامیده می‌شود.
 - الزام به آنکه ابتدا قبل از موافقت ما برای پوشش داروی درخواستی شما، یک داروی دیگر امتحان شود. این گاهی «درمان مرحله‌ای» نامیده می‌شود.
 - محدودیت‌های مقدار در بعضی از داروها، محدودیت‌هایی در زمینه میزان دارویی وجود دارد که می‌توانید داشته باشید.

G3. موضوعات مهمی که باید درباره درخواست معافیت بدانید

پزشک شما یا یک تجویزکننده دیگر باید دلایل پزشکی را به ما بگوید.

پزشک شما یا یک تجویزکننده دیگر باید یک اظهارنامه به ما داده و دلایل پزشکی درخواست معافیت را توضیح دهد. برای اتخاذ سریع‌تر تصمیم، موقع درخواست معافیت، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا دیگر تجویزکننده خود ارایه کنید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

فهرست دارویی ما اغلب شامل بیش از یک دارو جهت درمان یک بیماری خاص است. اینها داروهای «جایگزین» نامیده می‌شوند. اگر یک داروی جایگزین به اندازه داروی درخواستی شما موثر باشد و منجر به عوارض جانبی یا مشکلات سلامت دیگر نشود ما معمولاً درخواست معافیت شما را تایید نمی‌کنیم.

ما به درخواست شما، بله یا خیر خواهیم گفت.

- اگر ما به درخواست معافیت شما، بله بگوییم، معافیت معمولاً تا پایان سال تقویمی باقی می‌ماند. این مادامی برقرار است که پزشک شما به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و دارو همچنان برای درمان بیماری شما ایمن و اثربخش باشد.
- اگر ما به درخواست معافیت شما، نه بگوییم، شما می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر در صورتی که پاسخ ما، نه باشد، به بخش **G5** مراجعه کنید.
- بخش بعد به شما می‌گوید که چگونه درخواست تصمیم پوشش کنید که شامل معافیت نیز می‌شود.

G4. درخواست تصمیم پوشش، شامل معافیت

- از طریق تماس با **1-877-412-2734 (TTY 711)**، مکاتبه یا ارسال نما برای ما، درخواست یک نوع تصمیم پوشش کنید. شما، نماینده شما یا پزشک شما (یا تجویزکننده دیگر) می‌تواند این کار را انجام دهد. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به مطالبه خود را ارائه کنید.
- شما یا پزشک شما (یا تجویزکننده دیگر) یا فردی که از جانب شما اقدام می‌کند، می‌توانید درخواست تصمیم پوشش بدهید. همچنین شما می‌توانید یک وکیل داشته باشید که از جانب شما اقدام کند.
- برای یافتن روش معرفی فردی به عنوان نماینده، خود به بخش **E3** مراجعه کنید.
- نیاز نیست شما به پزشک یا تجویزکننده دیگر رضایت کتبی بدهید که از جانب شما درخواست تصمیم پوشش کند.
- اگر می‌خواهید از ما درخواست کنید که بابت یک دارو هزینه شما را برگردانیم، به فصل **7** کتابچه عضو خود مراجعه کنید.
- اگر شما درخواست معافیت دارید، «اظهارنامه پشتیبان» را به ما بدهید. اظهارنامه پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک یا تجویزکننده دیگر شما برای درخواست معافیت است.
- پزشک یا تجویزکننده دیگر شما می‌تواند اظهارنامه پشتیبان را برای ما فکس کرده یا پست کند. آنها همچنین می‌توانند این موضوع را تلفنی به ما اطلاع دهند و سپس اظهارنامه را فکس یا پست نمایند.
- اگر سلامت شما ایجاب کند، از ما درخواست «تصمیم پوشش فوری» کنید.
- ما از «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر آنکه موافقت کنیم که از «مهلت‌های فوری» استفاده کنیم.
- یک تصمیم پوشش استاندارد به این معنی است که ما ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت اظهارنامه شما، تصمیم پوشش را به شما اعلام می‌کنیم.
- یک تصمیم پوشش فوری به این معنی است که ما ظرف مدت 24 ساعت بعد از دریافت اظهارنامه شما، تصمیم پوشش را به شما اعلام می‌کنیم.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

یک «تصمیم پوشش فوری»، «تعیین پوشش تسریع شده» نامیده می‌شود.

شما می‌توانید تصمیم پوشش فوری دریافت کنید:

- اگر بابت دارویی است که دریافت نمی‌کنید. اگر از ما درخواست دارید که هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید را بازپرداخت کنیم، مشمول تصمیم پوشش فوری نیستید.
- اگر ما از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامت یا توانایی کارکردی شما به شدت دچار صدمه می‌شود.
- اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگر به ما بگوید که سلامت شما مستلزم تصمیم پوشش فوری است، ما موافقت کرده و آن را برای شما مهیا می‌کنیم. ما یک نامه برای شما ارسال می‌کنیم که موضوع را به شما توضیح می‌دهد.
- اگر شما بدون پشتیبانی پزشک یا تجویزکننده دیگر خود، درخواست تصمیم پوشش فوری کنید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا تصمیم پوشش فوری به شما خواهیم داد.
- اگر ما تصمیم بگیریم که وضعیت پزشکی ما منطبق بر الزامات تصمیم پوشش فوری نیست، ما در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
 - ما یک نامه برای شما ارسال می‌کنیم که به شما توضیح می‌دهد که ما از مهلت استاندارد استفاده خواهیم نمود. همچنین نامه به شما توضیح می‌دهد که چطور می‌توانید نسبت به تصمیم ما یک شکایت ارایه کنید.
 - شما می‌توانید درخواست شکایت سریع داده و ظرف مدت 24 ساعت پاسخ دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره ارایه شکایت، شامل شکایت‌های فوری، به بخش K مراجعه کنید.

مهلت‌های زمانی تصمیم پوشش فوری

- اگر ما از مهلت‌های سریع استفاده کنیم، باید ظرف مدت 24 ساعت از دریافت درخواست شما به شما پاسخ بدهیم. اگر شما درخواست معافیت کنید، ما ظرف مدت 24 ساعت بعد از دریافت اظهارنامه پشتیبان پزشک شما، به شما پاسخ می‌دهیم. اگر سلامت شما ایجاب کند، ما زودتر به شما پاسخ می‌دهیم.
- اگر ما این مهلت زمانی را رعایت نکنیم، یک درخواست برای فرایند تجدیدنظر سطح 2 جهت بازبینی توسط IRO ارسال خواهیم کرد. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظر سطح 2، به بخش G6 مراجعه کنید.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، بله بگوییم، پوشش را ظرف مدت 24 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا اظهارنامه پشتیبان پزشک به شما خواهیم داد.
- اگر به بخشی یا همه درخواست شما، نه بگوییم، یک نامه حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. همچنین نامه روش درخواست تجدیدنظر را به شما توضیح می‌دهد.

مهلت‌های تصمیم پوشش استاندارد درباره دارویی که دریافت نمی‌کنید

- اگر ما از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، پاسخ خود را ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما، به شما اعلام خواهیم کرد. اگر شما درخواست معافیت کنید، ما ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت اظهارنامه پشتیبان پزشک شما، به شما پاسخ می‌دهیم. اگر سلامت شما ایجاب کند، ما زودتر به شما پاسخ می‌دهیم.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- اگر ما این مهلت زمانی را رعایت نکنیم، یک درخواست برای فرایند تجدیدنظر سطح 2 جهت بازبینی توسط IRO ارسال خواهیم کرد.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، بله بگوییم، پوشش را ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا اظهارنامه پشتیبان پزشک برای معافیت، به شما خواهیم داد.
- اگر به بخشی یا همه درخواست شما، نه بگوییم، یک نامه حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. همچنین نامه به شما می‌گوید که چطور درخواست تجدیدنظر بدهید.

مهلت زمانی تصمیم پوشش استاندارد درباره دارویی که قبل خریداری کرده‌اید

- ما باید پاسخ شما را ظرف مدت 14 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست شما اعلام کنیم.
- اگر ما این مهلت زمانی را رعایت نکنیم، یک درخواست برای فرایند تجدیدنظر سطح 2 جهت بازبینی توسط IRO ارسال خواهیم کرد.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، بله بگوییم، ظرف مدت 14 روز تقویمی پول شما را می‌پردازیم.
- اگر به بخشی یا همه درخواست شما، نه بگوییم، یک نامه حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. همچنین نامه به شما می‌گوید که چطور درخواست تجدیدنظر بدهید.

G5. رایحه تجدیدنظر سطح 1

درخواست تجدیدنظر به برنامه درمانی ما درباره تصمیم‌های پوشش داروهای Medicare بخش D، «تعیین مجدد» توسط برنامه درمانی نامیده می‌شود.

- تجدیدنظر استاندارد یا فوری خود را از طریق تماس با **1-877-412-2734 (TTY 711)**، مکاتبه یا ارسال نمابر برای ما شروع کنید. شما، نماینده شما یا پزشک شما (یا تجویزکننده دیگر) می‌تواند این کار را انجام دهد. لطفاً نام، اطلاعات تماس، و اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود را برای ما ارسال کنید.
 - شما باید ظرف مدت **65 روز تقویمی** از تاریخ روی نامه ارسالی ما درباره تصمیم، باید از ما درخواست تجدیدنظر کنید.
 - اگر شما مهلت زمانی را از دست بدهید و دلیل موجهی برای آن داشته باشید، ما زمان بیشتری برای درخواست تجدیدنظر به شما خواهیم داد. مثال‌های دلیل موجه مواردی مثل ابتلا به بیماری جدی یا رایحه اطلاعات غلط درباره مهلت‌ها از طرف ما است. در زمان درخواست تجدیدنظر، علت تأخیر در درخواست تجدیدنظر خود را شرح دهید.
 - شما حق دارید از ما درخواست یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود کنید. شما و پزشک شما می‌توانید به ما اطلاعاتی در پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود بدهید.
- اگر سلامت شما مستلزم تجدیدنظر فوری است، آن را درخواست کنید.

تجدیدنظر فوری «تعیین مجدد تسریع شده» نامیده می‌شود.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- اگر شما نسبت به یک تصمیم درباره دارویی که دریافت نکرده‌اید، درخواست تجدیدنظر کنید، شما یا پزشک یا تجویزکننده دیگر شما تصمیم خواهید گرفت که آیا به تجدیدنظر فوری نیاز دارید.
- الزامات تجدیدنظر فوری مشابه تصمیم پوشش فوری هستند. برای اطلاعات بیشتر، به بخش **G4** مراجعه کنید.

ما تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ خواهیم داد.

- ما تجدیدنظر شما را بازمینی کرده و یک بررسی دقیق دیگر روی همه اطلاعات مربوط به درخواست پوشش شما انجام خواهیم داد.
- ما بررسی می‌کنیم که وقتی به درخواست شما، نه گفتیم، همه مقررات را رعایت کردیم.
- ممکن است ما با شما یا پزشک یا تجویزکننده دیگر شما برای گرفتن اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

مهلت‌های زمانی تجدیدنظر سریع در سطح 1

- اگر ما از مهلت‌های سریع استفاده کنیم، باید پاسخ خود را ظرف مدت **72 ساعت** بعد از درخواست تجدیدنظر شما اعلام کنیم.

○ اگر سلامت شما ایجاب کند، ما زودتر به شما پاسخ می‌دهیم.

○ اگر ما ظرف مدت **72 ساعت** به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست فرایند تجدیدنظر سطح 2 را برای شما ارسال کنیم. سپس IRO آن را بازمینی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره سازمان بازمینی و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به بخش **G6** مراجعه کنید.

- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، **بله** بگوییم، باید پوشش موردتوافق خود را ظرف مدت **72 ساعت** بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارایه کنیم.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، **نه** بگوییم، یک نامه برای شما ارسال کرده و دلایل را توضیح داده و به شما خواهیم گفت که چطور می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید.

مهلت‌های تجدیدنظر استاندارد در سطح 1

- اگر ما از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید پاسخ خود را ظرف مدت **7 روز تقویمی** بعد از دریافت تجدیدنظر شما در رابطه با دارویی که دریافت نکردید، اعلام کنیم.
- اگر شما دارو را دریافت نکنید و سلامت شما ایجاب کند، تصمیم را زودتر اعلام خواهیم کرد. اگر شما معتقد هستید که سلامت شما این طور ایجاب می‌کند، درخواست تجدیدنظر فوری کنید.

○ اگر ما ظرف مدت **7 روز تقویمی**، تصمیم را به شما اعلام نکنیم، باید درخواست شما را برای سطح 2 فرایند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس IRO آن را بازمینی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره سازمان بازمینی و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به بخش **G6** مراجعه کنید.

اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، **بله** بگوییم:

- ما باید پوشش موردتوافق خود را به سرعت و منطبق بر نیاز سلامت شما ارایه کنیم که در هر صورت این زمان نباید بیشتر از **7 روز تقویمی** بعد از دریافت تجدیدنظر شما باشد.
- ما باید مبلغ مربوط به دارویی که شما خریداری کردید را ظرف مدت **30 روز تقویمی** بعد از دریافت تجدیدنظر بپردازیم.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، نه بگوییم:

- ما یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد که دلایل را توضیح داده و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.
- ما باید پاسخ خود درباره بازپرداخت دارویی که خریداری کردید را ظرف مدت **14 روز تقویمی** بعد از دریافت تجدیدنظر شما اعلام کنیم.
- اگر ما ظرف مدت **14 روز تقویمی**، تصمیم را به شما اعلام نکنیم، باید درخواست شما را برای سطح 2 فرایند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس IRO آن را بازبینی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره سازمان بازبین و فرایند تجدیدنظر سطح 2، به بخش **G6** مراجعه کنید.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، بله بگوییم، باید ظرف مدت **30 روز تقویمی** بعد از دریافت درخواست شما، مبلغ را پرداخت کنیم.
- اگر ما به بخشی یا همه درخواست شما، نه بگوییم، یک نامه برای شما ارسال کرده و دلایل را توضیح داده و به شما خواهیم گفت که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید.

G6. ارایه تجدیدنظر سطح 2

اگر ما به تجدیدنظر سطح 1 شما، پاسخ نه بدهیم، شما می‌توانید تصمیم ما را قبول کرده یا یک تجدیدنظر دیگر درخواست کنید. اگر شما تصمیم به تجدیدنظر دیگر بگیرید، از فرایند تجدیدنظرهای تجدیدنظر سطح 2 استفاده می‌کنید. وقتی ما به تجدیدنظر اول شما، نه می‌گوییم، IRO تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا ما باید تصمیم خود را تغییر دهیم.

نام رسمی «سازمان بازبین مستقل» (IRO) «**نهاده بازبین مستقل**» است که گاهی «**IRE**» نامیده می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما یا پزشک یا تجویزکننده دیگر شما باید کتباً با IRO تماس گرفته و درخواست بازبینی پرونده شما را مطرح کند.

- اگر ما به تجدیدنظر سطح 1 شما، نه بگوییم، نامه‌ی ارسالی ما حاوی دستورالعمل‌هایی درباره روش درخواست تجدیدنظر سطح 2 در IRO خواهد بود. دستورالعمل‌ها به شما می‌گوید که چه کسانی می‌توانند درخواست تجدیدنظر سطح 2 بدهند، چه مهلت‌های زمانی را باید رعایت کنید و چگونه با سازمان ارتباط بگیرید.
 - وقتی درخواست تجدیدنظر از طریق IRO می‌کنید، ما اطلاعاتی که درباره تجدیدنظر شما داریم را برای سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «فایل پرونده» شما نامیده می‌شود. شما حق داشتن یک نسخه رایگان از فایل پرونده خود را دارید. اگر برای درخواست یک نسخه رایگان از پرونده خود به کمک نیاز دارید، با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید.
 - شما حق دارید اطلاعات بیشتری به IRO در حمایت از تجدیدنظر خود بدهید.
- IRO تجدیدنظر سطح 2، Medicare بخش D شما را بازبینی کرده و مکتوب به شما پاسخ می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر درباره IRO، به بخش **F4** مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

مهلت‌های زمانی تجدیدنظر سریع در سطح 2

اگر سلامت شما ایجاب کند، از IRO درخواست تجدیدنظر فوری کنید.

- اگر آنها با تجدیدنظر فوری موافقت کنند، باید ظرف مدت **72 ساعت** بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، به شما پاسخ بدهند.
- اگر آنها به بخشی یا همه درخواست شما، **بله** بگویند، ما باید پوشش داروی تاییدشده را **ظرف مدت 24 ساعت** از دریافت تصمیم IRO رایج کنیم.

مهلت‌های تجدیدنظر استاندارد در سطح 2

اگر شما تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 داشته باشید، IRO باید به شما به این شرح پاسخ دهد:

- **ظرف مدت 7 روز تقویمی** بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما بابت دارویی که دریافت نمی‌کنید.
- **ظرف مدت 14 روز تقویمی** بعد از دریافت درخواست بازپرداخت دارویی که خریداری کرده‌اید.

اگر IRO تصمیم بگیرد که به بخشی یا همه درخواست شما، **بله** بگوید:

- ما باید پوشش داروی تاییدشده را **ظرف مدت 72 ساعت** بعد از تصمیم IRO فراهم کنیم.
- ما باید ظرف **30 روز** بعد از دریافت تصمیم IRO، هزینه دارویی که خریداری کردید را بازپرداخت کنیم.
- اگر IRO به تجدیدنظر شما، **نه** بگوید، به این معنی است که آنها موافق هستند که ما نباید درخواست شما را تایید کنیم. این «ابقای تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» نامیده می‌شود.

اگر IRO به تجدیدنظر سطح 2 شما، **نه** بگوید، شما حق دارید در صورتی که ارزش دلاری پوشش دارویی مورد درخواست شما منطبق بر حداقل ارزش دلاری باشد، درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی درخواستی شما، کم‌تر از حداقل الزامی باشد، شما نمی‌توانید یک تجدیدنظر دیگر درخواست دهید. در آن صورت، تصمیم تجدیدنظر سطح 2 قطعی است. IRO یک نامه برای شما ارسال کرده و حداقل ارزش دلاری موردنیاز جهت ادامه از طریق تجدیدنظر سطح 3 را اعلام خواهد کرد.

اگر ارزش دلاری درخواست شما منطبق بر الزامات باشد، شما انتخاب خواهید کرد که آیا قصد دارید به تجدیدنظر ادامه دهید.

- بعد از سطح 2، سه سطح دیگر نیز در فرایند تجدیدنظر وجود دارد.
 - اگر IRO به تجدیدنظر سطح 2 شما، **نه** بگوید و شما الزامات ادامه فرایند تجدیدنظر را داشته باشید:
 - تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید تجدیدنظر سطح 3 رایج کنید.
 - به نامه‌ای مراجعه کنید که IRO بعد از تجدیدنظر سطح 2 در رابطه با جزئیات مربوط به نحوه تجدیدنظر سطح 3 برای شما ارسال کرده است.
- یک ALJ یا قاضی داور تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به بخش **I** مراجعه کنید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

H. درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان

وقتی شما در یک بیمارستان پذیرش می‌شوید، حق دارید همه خدمات بیمارستانی تحت پوشش ما که برای تشخیص و درمان بیماری یا مصدومیت شما ضروری هستند را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره پوشش بیمارستانی برنامه درمانی ما، به فصل 4 کتابچه عضو خود مراجعه کنید.

در مدت بستری تحت پوشش در بیمارستان، پزشک شما یا کارکنان بیمارستان با شما درباره روزی که آماده ترک بیمارستان می‌شوید، همکاری می‌کنند. همچنین آنها کمک می‌کنند که برای مراقبت موردنیاز خود بعد از ترک بیمارستان برنامه‌ریزی کنید.

- روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید «تاریخ ترخیص» نامیده می‌شود.

- پزشک یا کارکنان بیمارستان به شما خواهند گفت که تاریخ ترخیص شما چه زمانی است.

اگر شما فکر می‌کنید که از شما درخواست شده است خیلی زود بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت بعد از ترک بیمارستان خود هستید، می‌توانید درخواست بستری طولانی‌تر در بیمارستان کنید. این بخش روش درخواست را برای شما توضیح می‌دهد.

به غیر از درخواست‌های آورده شده در این بخش H، شما همچنین می‌توانید شکایتی را به DMHC ارسال نمایید و یک بررسی پزشکی مستقل برای ادامه اقامت خود در بیمارستان درخواست کنید. لطفاً به بخش F4 مراجعه کنید تا در مورد اینکه چگونه شکایت کنید و از DMHC درخواست بررسی پزشکی مستقل نمایید، اطلاعاتی دریافت کنید. می‌توانید علاوه بر یا به جای درخواست تجدیدنظر سطح 3، یک بررسی پزشکی مستقل درخواست کنید.

H1. یادگیری درباره حقوق Medicare شما

ظرف دو روز بعد از پذیرش شما در بیمارستان، فردی در بیمارستان مثل پرستار یا مدیر پرونده، یک اعلامیه کتبی به اسم «یک پیام مهم از طرف Medicare درباره حقوق شما» به شما خواهد داد. هر فرد مشمول Medicare یک نسخه از این اعلامیه را در زمان پذیرش در بیمارستان دریافت خواهد کرد.

اگر شما این اعلامیه را دریافت نکردید، آن را از کارکنان بیمارستان درخواست کنید. اگر نیاز به کمک دارید، با خدمات مشتری با شماره‌های زیر این صفحه تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227، به صورت 24 ساعت در روز، 7 روز در هفته تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- **اعلامیه را به دقت خوانده و** اگر متوجه نمی‌شوید، سوال کنید. اعلامیه به شما درباره حقوق‌تان به عنوان بیمار بیمارستان از جمله این حقوق می‌گوید:

- خدمات تحت پوشش Medicare را در مدت و بعد از بستری در بیمارستان خود دریافت کنید. شما حق دارید بدانید که این خدمات چه هستند، چه کسی بابت آنها هزینه پرداخت می‌کند و کجا می‌توانید آنها را دریافت کنید.
- بخشی از تصمیم‌های مربوط به طول مدت بستری در بیمارستان باشید.
- بدانید که کجا باید نگرانی‌هایی خود درباره کیفیت مراقبت در بیمارستان را گزارش کنید.
- اگر فکر می‌کنید که خیلی زود شما را از بیمارستان ترخیص می‌کنند، درخواست تجدیدنظر بدهید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- **اعلامیه را امضا کنید** تا نشان دهید که آن را دریافت کرده و درباره حقوق خود تفهیم شده‌اید.
 - شما یا فرد دیگری که از جانب شما اقدام می‌کند می‌تواند اعلامیه را امضا کند.
 - امضا کردن اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضا به این معنی نیست که شما با تاریخ ترخیص اعلامی توسط پزشک یا کارکنان بیمارستان موافق هستید.
 - **نسخه اعلامیه امضا شده خود را نگه دارید** تا در صورت نیاز اطلاعات را داشته باشید.
- اگر اعلامیه را بیش از دو روز بعد از ترک بیمارستان امضا کنید، یک نسخه دیگر قبل از ترخیص دریافت خواهید کرد. می‌توانید این نسخه را دوباره بررسی کنید، از طریق:
- با خدمات مشتری با شماره‌های زیر این صفحه تماس بگیرید
 - در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
 - از تارنمای www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices بازدید کنید.

H2. ارایه تجدیدنظر سطح 1

If اگر می‌خواهید ما خدمات بستری در بیمارستان شما را به مدت طولانی‌تری پوشش دهیم، درخواست تجدیدنظر کنید. سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) تجدیدنظر سطح 1 شما را بررسی خواهد کرد تا تصمیم بگیرد که آیا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب شما است.

QIO یک گروه از پزشکان و دیگر متخصصان مراقبت درمانی است که از دولت فدرال پول دریافت می‌کند. این کارشناسان کیفیت را از طرف افراد مشمول Medicare بررسی و به بهبود کمک می‌کنند. آنها عضو برنامه درمانی ما نیستند.

در کالیفرنیا، QIO، شرکت Livanta, LLC است. با آنها با شماره (1-855-887-6668 TTY) 1-877-588-1123 تماس بگیرید. اطلاعات تماس در اعلامیه «یک پیام مهم از طرف Medicare درباره حقوق شما» و در فصل 2 نیز ذکر شده است.

قبل از آنکه بیمارستان را ترک کنید و قبل از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده خود، با QIO تماس بگیرید.

- اگر شما قبل از ترک تماس بگیرید، می‌توانید بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده بدون پرداخت بابت آن در زمان انتظار برای تصمیم QIO درباره تجدیدنظر خود در بیمارستان بمانید.
- اگر شما برای تجدیدنظر تماس نگیرید، و تصمیم به ماندن در بیمارستان بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده خود بگیرید، ممکن است همه هزینه‌های مراقبت در بیمارستان خود بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده را پرداخت کنید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- از آنجایی که اقامت در بیمارستان تحت پوشش Medicare و Medi-Cal است، اگر سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) درخواست شما برای ادامه اقامت در بیمارستان را قبول نکند، یا فکر می‌کنید که وضعیت شما اورژانسی است، تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما ایجاد می‌کند، یا شما درد شدیدی دارید، همچنین می‌توانید با بخش شکایت و استیناف CalOptima Health OneCare Flex Plus شکایت خود را ثبت نمایید.

اگر نیاز دارید درخواست تجدیدنظر کنید. هر زمان اگر سوال دارید یا نیاز به کمک دارید:

- با خدمات مشتری با شماره‌های زیر این صفحه تماس بگیرید.
 - با برنامه مشاوره و وکالت بیمه درمانی (HICAP) با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- درخواست بازبینی فوری کنید. سریع اقدام کرده و با QIO تماس گرفته و درخواست بازبینی فوری در ترخیص از بیمارستان خود کنید.

عبارت حقوقی «بازبینی فوری»، «بازبینی آنی» یا «بازبینی تسریع شده» است.

در بازبینی فوری چه اتفاقی می‌افتد

- بازبین‌ها در QIO از شما یا نماینده شما می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید پوشش باید بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده ادامه یابد. الزامی به ارائه بیانیه کتبی نیست، ولی می‌توانید ارائه کنید.
- بازبین‌ها اطلاعات پزشکی شما را بررسی کرده، با پزشک شما صحبت کرده و اطلاعاتی را مرور می‌کنند که بیمارستان و برنامه ما به آنها داده است.
- تا ظهر روزی که بازبین‌ها به برنامه ما درباره تجدیدنظر شما می‌گویند، شما یک نامه حاوی تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده خود دریافت خواهید کرد. نامه همچنین دلایل مطرح شده توسط پزشک شما، بیمارستان و چرا ما فکر می‌کنیم که تاریخ ترخیص صحیح و از نظر پزشکی منطبق است را شرح می‌دهد.

عبارت حقوقی این توضیح کتبی «اعلامیه تفصیلی ترخیص» است.

شما می‌توانید یک نمونه را از طریق تماس با خدمات مشتری با شماره‌های زیر صفحه یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) به صورت 24 ساعت در روز و 7 روز در هفته دریافت کنید. (کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند). همچنین شما می‌توانید برای مشاهده یک نمونه اعلامیه به www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مراجعه کنید.

ظرف یک روز کامل بعد از دریافت همه اطلاعات موردنیاز، QIO پاسخ خود به تجدیدنظر شما را اعلام خواهد کرد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، بله بگوید:

- ما خدمات تحت پوشش بستری در بیمارستان را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشند، ارائه می‌دهیم.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید:

- آنها معتقدند که تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده از نظر پزشکی مناسب است.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- پوشش ما بابت خدمات بستری در بیمارستان در ظهر روز بعد از اعلام پاسخ تجدیدنظر توسط QIO به شما پایان می‌یابد.
- ممکن است شما مجبور به پرداخت بابت خدماتی باشید که بعد از ظهر روزی دریافت می‌کنید که QIO پاسخ تجدیدنظر خود را به شما اعلام می‌کند.
- اگر QIO تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کند و شما بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده در بیمارستان بمانید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 کنید.

H3. رایه تجدیدنظر سطح 2

- در تجدیدنظر سطح 2، شما از QIO می‌خواهید یک بررسی دیگر در تصمیم خود در تجدیدنظر سطح 1 انجام دهد. با آنها با شماره (TTY 1-855-887-6668) (1-877-588-1123) تماس بگیرید.
- شما باید ظرف مدت **60 روز تقویمی** بعد از تاریخی که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما، نه گفت، این بازبینی را درخواست کنید. شما فقط در صورتی می‌توانید این بازبینی را درخواست کنید که بعد از تاریخ پایان مراقبت تحت پوشش خود در بیمارستان بمانید.
- بازبینی‌های QIO:
- یک بررسی دقیق دیگر در همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما انجام خواهند داد.
 - تصمیم خود درباره تجدیدنظر سطح 2 را ظرف مدت 14 روز از تاریخ دریافت درخواست بازبینی دوم به شما اعلام می‌کنند.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، بله بگوید:
- ما باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت در بیمارستان از ظهر روز بعد از تاریخ رد نتیجه تجدیدنظر سطح 1 شما توسط QIO را به شما بازپرداخت کنیم.
 - ما خدمات تحت پوشش بستری در بیمارستان را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشند، ارائه می‌دهیم.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید:
- آنها با تصمیم خود مبنی بر تجدیدنظر سطح 1 شما موافق بوده و آن را تغییر نمی‌دهند.
 - آنها یک نامه به شما داده و توضیح خواهند داد که اگر قصد ادامه فرایند تجدیدنظر و تجدیدنظر سطح 3 دارید باید چه کاری انجام دهید.
 - همچنین می‌توانید برای ادامه اقامت خود در بیمارستان شکایتی را به DMHC ارسال کنید یا از DMHC یک بررسی پزشکی مستقل درخواست کنید. لطفاً برای دریافت اطلاعات در زمینه چگونگی ثبت شکایات و درخواست بررسی پزشکی مستقل از DMHC به **بخش E4** مراجعه کنید.
- یک ALJ یا قاضی داور، موارد تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به **بخش J** مراجعه کنید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

I. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی خاص

این بخش فقط درباره سه نوع سرویسی است که ممکن است شما دریافت کنید:

- خدمات مراقبت سلامت در منزل
 - مراقبت پرستاری تخصصی در یک مرکز پرستاری تخصصی، و
 - مراقبت بازتوانبخشی به صورت سرپایی در یک CORF مورد تایید Medicare. این معمولاً به آن معنی است که شما بابت یک بیماری یا سانحه درمان دریافت می‌کنید یا در حال بهبود از یک عمل بزرگ هستید.
- در هر یک از این سه نوع سرویس، شما حق دارید خدمات تحت پوشش را تا زمانی دریافت کنید که پزشک شما معتقد است که به آنها نیاز دارید.
- وقتی ما تصمیم به توقف پوشش این موارد می‌گیریم، ما باید قبل از خاتمه خدمات به شما اطلاع دهیم. وقتی پوشش ما بابت خدمات ادامه می‌یابد، ما پرداخت بابت آنها را متوقف می‌کنیم.
- اگر شما فکر می‌کنید که ما زود در حال خاتمه دادن به پوشش شما هستیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر در تصمیم ما کنید. این بخش روش درخواست تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

I1. اعلامیه قبلی پیش از پایان پوشش شما

ما یک اعلامیه کتبی ارسال خواهیم کرد که شما حداقل دو روز قبل از توقف پرداخت بابت مراقبت آن را دریافت خواهید کرد. این «اعلامیه عدم پوشش Medicare» نام دارد. این اعلامیه تاریخی خاتمه پوشش مراقبت شما توسط ما و روش تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

شما یا نماینده شما باید اعلامیه را امضا کنید که نشان می‌دهد آن را دریافت کرده‌اید. امضای اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا به این معنی نیست که با تصمیم ما موافق هستید.

I2. ارایه تجدیدنظر سطح 1

- اگر فکر می‌کنید که خاتمه پوشش مراقبت درمانی شما زودهنگام بوده است، می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر دهید. این بخش درباره فرایند تجدیدنظر سطح 1 و کارهایی که باید انجام دهید به شما اطلاعات می‌دهد.
- **مهلت‌های زمانی را رعایت کنید.** مهلت‌های زمانی مهم هستند. این مهلت‌های زمانی مربوط به کارهایی که باید انجام دهید را بدانید و آنها را رعایت کنید. برنامه درمانی ما نیز باید مهلت‌های زمانی را رعایت کند. اگر فکر می‌کنید که ما مهلت‌های زمانی را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید یک شکایت ارایه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره ارایه درخواست تجدیدنظر به ما، به بخش K مراجعه کنید.
 - **اگر نیاز دارید درخواست کمک کنید.** هر زمان اگر سوال دارید یا نیاز به کمک دارید:
 - با خدمات مشتری با شماره‌های زیر این صفحه تماس بگیرید.
 - با HICAP با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

• با QIO تماس بگیرید

- برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره QIO و روش تماس با آنها، به بخش H2 یا فصل 2 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.
- از آنها بخواهید تجدیدنظر شما را بررسی کرده و تصمیم بگیرند که آیا تصمیم برنامه درمانی شما را تغییر می‌دهند.

- به سرعت اقدام کنید و درخواست تجدیدنظر «فوری» کنید. از QIO سوال کنید که آیا خاتمه پوشش خدمات پزشکی شما توسط ما از نظر پزشکی مناسب است.

مهلت زمانی شما برای تماس با این سازمان

- شما باید تا ظهر روز قبل از تاریخ اجرای «اعلامیه عدم پوشش Medicare» ارسالی توسط ما با QIO تماس بگیرید و تجدیدنظر را شروع کنید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) درخواست شما برای ادامه اقامت در بیمارستان را قبول نکند، یا فکر می‌کند که وضعیت شما اورژانسی است، تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما ایجاد می‌کند، یا شما درد شدیدی دارید، همچنین می‌توانید با بخش شکایت و استیناف CalOptima Health OneCare Flex Plus شکایت خود را ثبت نمایید.

عبارت حقوقی اعلامیه کتبی «اعلامیه عدم پوشش Medicare» است.
برای دریافت یک نسخه نمونه، با خدمات مشتری با شماره‌های زیر این صفحه یا با Medicare با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) به صورت 24 ساعت در روز، 7 روز در هفته تماس بگیرید.
کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا یک نسخه را آنلاین در www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices دریافت کنید.

در مدت تجدیدنظر فوری چه اتفاقی می‌افتد

- بازبین‌های QIO از شما یا نماینده شما سوال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید که پوشش باید ادامه یابد. الزامی به ارائه بیانیه کتبی بدهید ولی می‌توانید ارائه کنید.
- بازبین‌ها اطلاعات پزشکی شما را بررسی کرده، با پزشک شما صحبت کرده و اطلاعاتی را مرور می‌کنند که برنامه ما به آنها داده است.
- همچنین برنامه درمانی ما یک اعلامیه کتبی برای شما ارسال خواهد کرد که دلایل ما را برای خاتمه پوشش خدمات شما توضیح می‌دهد. شما اعلامیه را تا پایان روزی دریافت خواهید کرد که بازبین‌ها تجدیدنظر شما را به ما اطلاع دهند.

عبارت حقوقی توضیح از طریق اعلامیه «توضیح تفصیلی عدم پوشش» است.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- بازبین‌ها ظرف یک روز کامل بعد از دریافت اطلاعاتی که نیاز دارند، نتیجه تصمیم خود را در اختیار شما قرار خواهند داد.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، بله بگوید:
- ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی ادامه خواهیم داد که از نظر پزشکی ضروری باشد.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید:
- پوشش شما در تاریخی خاتمه می‌یابد که به شما اعلام کردیم.
- ما پرداخت بابت هزینه‌های این مراقبت به شما را در تاریخ اعلامیه خاتمه خواهیم داد.
- اگر شما بعد از تاریخ خاتمه پوشش خود، تصمیم به ادامه مراقبت درمانی در منزل، مرکز مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات CORF بگیرید، هزینه کامل این مراقبت را شخصاً پرداخت خواهید کرد.
- شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید این خدمات ادامه پیدا کنند و درخواست تجدیدنظر سطح 2 بدهید.

I3. ارایه تجدیدنظر سطح 2

در تجدیدنظر سطح 2، شما از QIO می‌خواهید یک بررسی دیگر در تصمیم خود در تجدیدنظر سطح 1 انجام دهد. با آنها با شماره (TTY 1-855-887-6668) 1-877-588-1123 تماس بگیرید.

شما باید ظرف مدت 60 روز تقویمی بعد از تاریخی که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما، نه گفت، این بازبینی را درخواست کنید. شما فقط در صورتی می‌توانید درخواست این بازبینی را کنید که بعد از تاریخ خاتمه پوشش خود تصمیم به ادامه مراقبت بگیرید.

بازبین‌های QIO:

- یک بررسی دقیق دیگر در همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما انجام خواهند داد.
- تصمیم خود درباره تجدیدنظر سطح 2 را ظرف مدت 14 روز از تاریخ دریافت درخواست بازبینی دوم به شما اعلام می‌کنند.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، بله بگوید:
- ما هزینه‌های مراقبت دریافتی شما از تاریخی که اعلام کردیم پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد را خواهیم پرداخت.
- ما پوشش را تا زمانی ادامه خواهیم داد که از نظر پزشکی ضروری باشد.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید:
- آنها با تصمیم ما مبنی بر خاتمه مراقبت شما موافقت کرده و آن را تغییر نمی‌دهند.
- آنها یک نامه به شما داده و توضیح خواهند داد که اگر قصد ادامه فرایند تجدیدنظر و تجدیدنظر سطح 3 دارید باید چه کاری انجام دهید.
- یک ALJ یا قاضی داور تجدیدنظر سطح 3 را مدیریت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به بخش 1 مراجعه کنید.

ل. ادامه تجدیدنظر شما بعد از سطح 2

ل1. گام‌های بعدی ویژه خدمات و اقلام Medicare

اگر شما یک تجدیدنظر سطح 1 و یک تجدیدنظر سطح 2 بابت خدمات و اقلام Medicare ارایه دادید و هر دو تجدیدنظر شما رد شد، ممکن است حق سطوح بیشتری از تجدیدنظر داشته باشید.

اگر مبلغ دلاری خدمات یا اقلام Medicare موردتجدیدنظر شما منطبق بر یک حداقل دلاری ویژه نباشد، شما نمی‌توانید تجدیدنظر را به سطح بعد ببرید. اگر ارزش دلاری به قدر کافی بالا باشد، شما می‌توانید فرایند تجدیدنظر را ادامه دهید. نامه‌ای که از IRO بابت تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که برای تجدیدنظر سطح 3، چه کسی تماس بگیرید و چه کاری انجام دهید.

تجدیدنظر سطح 3

سطح 3 این فرایند تجدیدنظر، رسیدگی توسط یک ALJ است. فردی که تصمیم می‌گیرد یک ALJ یا وکیل داور است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل داور به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید، ما حق داریم درباره یک تصمیم سطح 3 که مطلوب شما است، درخواست تجدیدنظر کنیم.

- اگر ما تصمیم به **تجدیدنظر** بگیریم، یک نسخه از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را به همراه اسناد مربوطه برای شما ارسال خواهیم کرد. ممکن است ما قبل از صدور مجوز یا تامین خدمات مورد اختلاف، منتظر نتیجه تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.

- اگر ما تصمیم به **تجدیدنظر نگیریم**، باید ظرف مدت 60 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم ALJ یا وکیل داور، مجوز خدمات را ارایه کرده یا آنها را برای شما تامین کنیم.

○ اگر ALJ یا وکیل داور به درخواست تجدیدنظر شما، **نه** بگوید، ممکن است فرایند تجدیدنظر خاتمه نیابد.

- اگر شما تصمیم به **قبول** این تصمیم بگیرید که تجدیدنظر شما را رد می‌کند، فرایند تجدیدنظر خاتمه می‌یابد.

- اگر شما تصمیم به **عدم قبول** این تصمیم بگیرید که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، می‌توانید به سطح بعدی فرایند تجدیدنظر بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که بعد از تجدیدنظر سطح 4 چه کاری انجام دهید.

تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظر Medicare (شورا) تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به تجدیدنظر سطح 4 شما **بله** بگوید یا درخواست بررسی تجدیدنظر سطح 3 ما را به نفع شما رد کند، ما حق داریم درخواست تجدیدنظر سطح 5 بدهیم.

- اگر ما تصمیم به **تجدیدنظر** در تصمیم بگیریم، مراتب را کتبا به شما اطلاع خواهیم داد.

- اگر ما تصمیم به **تجدیدنظر نگیریم**، باید ظرف مدت 60 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم شورا، مجوز خدمات را ارایه کرده یا آنها را برای شما تامین کنیم.

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- اگر شورا بگوید نه یا درخواست بررسی ما را رد کند، فرایند تجدیدنظر ممکن است پایان نیابد.
- اگر شما تصمیم به قبول این تصمیم بگیرید که تجدیدنظر شما را رد می‌کنم، فرایند تجدیدنظر خاتمه می‌یابد.
- اگر شما تصمیم به عدم قبول این تصمیم بگیرید که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، ممکن است بتوانید به سطح بعدی فرایند تجدیدنظر بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام بدهید.

تجدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه نواحی فدرال درخواست تجدیدنظر و همه اطلاعات را بررسی کرده و تصمیم بله یا نه خواهد گرفت. این تصمیم قطعی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری بعد از دادگاه نواحی فدرال وجود ندارد.

J2. تجدیدنظرهای دیگر Medi-Cal

اگر تجدیدنظر شما درباره خدمات و اقلامی است که معمولاً Medi-Cal پوشش می‌دهد، شما حقوق تجدیدنظر دیگر نیز دارید. نامه‌ای که از اداره رسیدگی ایالتی دریافت می‌کنید به شما اطلاع خواهد داد که اگر قصد ادامه فرایند را دارید باید چه کاری انجام دهید.

J3. تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5 در درخواست‌های داروهای Medicare بخش D

این بخش ممکن است در صورتی مناسب شما باشد که درخواست تجدیدنظر سطح 1 و تجدیدنظر سطح 2 داده باشید و هر دو تجدیدنظر رد شده باشد.

اگر ارزش داروهایی که درخواست تجدیدنظر کرده‌اید منطبق بر مبلغ دلاری خاصی باشد، ممکن است بتوانید به سطوح دیگر تجدیدنظر بروید. پاسخ کتبی که در رابطه با تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید توضیح می‌دهد که برای تجدیدنظر سطح 3 با چه کسی تماس بگیرید.

تجدیدنظر سطح 3

سطح 3 این فرایند تجدیدنظر، رسیدگی توسط یک ALJ است. فردی که تصمیم می‌گیرد یک ALJ یا وکیل داور است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل داور به درخواست تجدیدنظر شما، بله بگوید:

- فرایند تجدیدنظر پایان می‌یابد.
- ما باید اجازه داروهایی که پوشش آنها تایید شده است را ظرف مدت 72 ساعت (یا 24 ساعت در تجدیدنظر سریع) صادر کرده یا تامین کنیم یا ظرف مدت 30 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم پرداخت را انجام دهیم.
- اگر ALJ یا وکیل داور به درخواست تجدیدنظر شما، نه بگوید، ممکن است فرایند تجدیدنظر خاتمه نیابد.
- اگر شما تصمیم به قبول این تصمیم بگیرید که تجدیدنظر شما را رد می‌کنم، فرایند تجدیدنظر خاتمه می‌یابد.
- اگر شما تصمیم به عدم قبول این تصمیم بگیرید که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، می‌توانید به سطح بعدی فرایند تجدیدنظر بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که بعد از تجدیدنظر سطح 4 چه کاری انجام دهید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

تجدیدنظر سطح 4

شورا درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما، **بله** بگوید:

- فرایند تجدیدنظر پایان می‌یابد.
- ما باید اجازه داروهایی که پوشش آنها تایید شده است را ظرف مدت 72 ساعت (یا 24 ساعت در تجدیدنظر سریع) صادر کرده یا تامین کنیم یا ظرف مدت 30 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم پرداخت را انجام دهیم.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما، **نه** بگوید، ممکن است فرایند تجدیدنظر خاتمه نیابد.
- اگر شما تصمیم به **قبول** این تصمیم بگیرید که تجدیدنظر شما را رد می‌کند، فرایند تجدیدنظر خاتمه می‌یابد.
- اگر شما تصمیم به **عدم قبول** این تصمیم بگیرید که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، ممکن است بتوانید به سطح بعدی فرایند تجدیدنظر بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام بدهید.

تجدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه نواحی فدرال درخواست تجدیدنظر و همه اطلاعات را بررسی کرده و تصمیم **بله** یا **نه** خواهد گرفت. این تصمیم قطعی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری بعد از دادگاه نواحی فدرال وجود ندارد.



فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

K. چگونه یک شکایت ارایه دهید

K1. شکایات باید درباره چه مشکلاتی باشد

فرایند شکایت فقط در بعضی مشکلات خاص مثل مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار، هماهنگی مراقبت و خدمات مشتری استفاده می‌شود. در اینجا به مثال‌هایی در رابطه با انواع مشکلاتی اشاره می‌شود که در فرایند شکایت به آنها رسیدگی می‌شود.

مثال	شکایت
شما از کیفیت مراقبت خود، مثل مراقبت دریافتی در بیمارستان ناراضی هستید.	کیفیت مراقبت پزشکی شما
شما فکر می‌کنید که فردی به حقوق شما در رابطه با حریم شخصی احترام نگذاشته یا اطلاعات محرمانه مربوط به شما را به اشتراک گذاشته است.	احترام به حریم شخصی شما
- یک تامین‌کننده مراقبت درمانی یا کارکنان گستاخ بوده و به شما بی‌احترامی کرده است. - کارکنان ما با شما ضعیف برخورد کردند. - شما فکر می‌کنید که شما را از برنامه درمانی ما به اجبار بیرون می‌کنند.	بی‌حرمتی، خدمات مشتری ضعیف، یا دیگر رفتارهای منفی
- شما نمی‌توانید به صورت فیزیکی به خدمات و مراکز مراقبت درمانی در مطب یک پزشک یا تامین‌کننده دسترسی داشته باشید. - پزشک یا تامین‌کننده شما مترجم برای یک زبان غیرانگلیسی که شما به آن صحبت می‌کنید، تامین نمی‌کند (مثل زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیولی). - تامین‌کننده شما تسهیلات معقول دیگر موردنیاز و درخواستی شما را برای شما تامین نمی‌کند.	کمک دسترسی و زبانی
- شما در دریافت نوبت مشکل دارید یا زمان انتظار آن طولانی است. - پزشکان، داروسازان یا دیگر متخصصان مراقبت سلامت، خدمات مشتری یا سایر کارکنان برنامه درمانی مرتب شما را برای مدت طولانی در حالت انتظار قرار می‌دهند	زمان‌های انتظار
شما فکر می‌کنید که کلینیک، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست	نظافت

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

مثال	شکایت
• شما فکر می‌کنید که ما اعلامیه یا نامه‌ای که باید دریافت می‌کردید را برای شما ارسال نکرده‌ایم. • شما فکر می‌کنید که فهم اطلاعات کتبی که ما برای شما ارسال کردیم بسیار دشوار است.	اطلاعاتی که شما از ما دریافت می‌کنید
• شما فکر می‌کنید که ما مهلت‌های زمانی خود را در اتخاذ تصمیم پوشش یا پاسخ به درخواست تجدیدنظر شما رعایت نمی‌کنیم. • شما فکر می‌کنید که بعد از اتخاذ تصمیم پوشش یا تجدیدنظر به نفع شما، ما مهلت‌های زمانی مربوط به تایید یا ارایه خدمات به شما یا بازپرداخت بعضی خدمات پزشکی خاص را رعایت نکرده‌ایم. • شما فکر نمی‌کنید که ما پرونده شما را به موقع برای IRO ارسال کرده باشیم.	بهنگام بودن تصمیم‌های پوشش یا تجدیدنظرها

انواع مختلف شکایت وجود دارد. شما می‌توانید یک شکایت داخلی ارایه دهید و/یا یک شکایت بیرونی ارایه دهید. شکایت داخلی به برنامه درمانی ما ارایه شده و توسط آن بررسی می‌شود. شکایت بیرونی به سازمانی ارایه می‌شود که با برنامه درمانی ما وابستگی ندارد و توسط آن بررسی می‌شود. اگر شما در ارایه شکایت داخلی و/یا بیرونی نیاز به کمک دارید، می‌توانید با خدمات مشتری با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید.

عبارت حقوقی «شکایت»، «نارضایتی» است.
عبارت حقوقی «ارایه شکایت»، «تسلیم نارضایتی» است.

K2. شکایات داخلی

برای ارایه یک شکایت داخلی، با شماره تلفن خدمات مشتریان با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید. شما هر زمان می‌توانید یک شکایت ارایه دهید، مگر آنکه مربوط به داروهای Medicare Part D باشد. اگر شکایت درباره داروهای Medicare Part D است، شما باید ظرف مدت **60 روز تقویمی** بعد از مشکلی که می‌خواهید درباره آن شکایت کنید، آن را ارایه دهید.

- اگر کار دیگری نیاز هست که انجام دهید، خدمات مشتری به شما اطلاع خواهد داد.
- همچنین شما می‌توانید شکایت خود را نوشته و آن را برای ما ارسال کنید. اگر شما کتبی شکایت کنید، ما پاسخ شما را به صورت کتبی ارایه خواهیم کرد.
- ما یک نامه ظرف مدت 5 روز تقویمی از تاریخ دریافت شکایت ارسال کرده و به شما اطلاع خواهیم داد که آن را دریافت کرده‌ایم و یک نامه تصمیم ظرف مدت 30 روز از تاریخ دریافت شکایت برای شما ارسال خواهد شد.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

- اگر به این علت شکایت می‌کنید که درخواست شما برای «یک تصمیم پوشش فوری» یا «تجدیدنظر فوری» رد شده است، ما به صورت خودکار یک «شکایت فوری» به شما داده و ظرف مدت 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد. اگر مشکل فوری دیگری دارید که مشمول خطر فوری یا جدی در رابطه با سلامت شما است، می‌توانید درخواست «شکایت فوری» کنید و ما ظرف مدت 72 ساعت به آن پاسخ خواهیم داد.

عبارت حقوقی «شکایت سریع»، «نارضایتی تسريع شده» است.

- در صورت امکان، ما بلافاصله به شما پاسخ خواهیم داد. اگر شما در رابطه با یک شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است ما بتوانیم در همان تماس تلفنی به شما پاسخ بدهیم. اگر وضعیت سلامت شما ایجاب می‌کند که ما سریع جواب بدهیم، ما همین کار را انجام خواهیم داد.
- ما بیشتر شکایات را ظرف مدت 30 روز تقویمی پاسخ خواهیم داد. اگر ما ظرف مدت 30 روز تقویمی تصمیم نگیریم زیرا به اطلاعات بیشتر نیاز داریم، کتباً مراتب را به شما اطلاع خواهیم داد. همچنین ما وضعیت و زمان تقریبی دریافت جواب توسط شما را ارایه می‌کنیم.
- اگر به این علت شکایت می‌کنید که ما درخواست شما برای «یک تصمیم پوشش فوری» یا «تجدیدنظر فوری» را رد کرده‌ایم، ما به صورت خودکار یک «شکایت فوری» به شما داده و ظرف مدت 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد.
- اگر به این علت شکایت می‌کنید که ما زمان بیشتری را صرف تصمیم پوشش یا تجدیدنظر کردیم، ما به صورت خودکار یک «شکایت فوری» به شما داده و ظرف مدت 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد.
- اگر شما با بعضی یا تمام شکایات شما موافق نباشیم، به شما اطلاع داده و علت را توضیح خواهیم داد. ما پاسخ می‌دهیم که آیا با شکایت موافق هستیم یا نیستیم.

K3. شکایات‌های بیرونی

Medicare

شما می‌توانید درباره شکایات خود به Medicare اطلاع دهید یا آن را برای Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare اینجا در دسترس است: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. نیاز نیست شما قبل از ارایه شکایت به Medicare، شکایت خود را به CalOptima Health OneCare Flex Plus ارایه کنید.

Medicare شکایات شما را جدی پنداشته و از این اطلاعات برای کمک به بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده می‌کند.

اگر شما بازخورد یا نگرانی دیگری دارید، یا اگر احساس می‌کنید که برنامه درمانی به مشکلات شما رسیدگی نمی‌کند، همچنین می‌توانید با (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره (TTY 711) 1-877-412-2734، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی (تصمیم‌های پوشش، تجدیدنظر، شکایت) دارید، باید چه کاری انجام دهید

Medi-Cal

شما می‌توانید از طریق تماس با 1-888-452-8609، یک شکایت به دفتر بازرسی مراقبت‌های مدیریت شده Managed Care Ombudsman Medi-Cal در اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا (California Department of Health Care Services, DHCS) ارائه کنید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند. از دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8:00 صبح و 5:00 بعدازظهر تماس بگیرید.

دفتر حقوق بشر (Office for Civil Rights, OCR)

اگر فکر می‌کنید که با شما منصفانه برخورد نشده است، می‌توانید یک شکایت به اداره خدمات سلامت و انسانی (Health and Human Services, HHS) OCR ارائه کنید. برای مثال، شما می‌توانید درباره دسترسی معلولیت یا کمک زبانی شکایت ارائه کنید. شماره تلفن OCR، 1-800-368-1019 است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید از www.hhs.gov/ocr بازدید کنید.

همچنین می‌توانید با دفتر OCR تماس بگیرید:

- از طریق تلفن: با 1-916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید صحبت کنید یا خوب بشنوید، لطفاً با 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرید.

- کتبی: فرم مربوط به شکایت را پر کرده و به نشانی زیر بفرستید:

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

فرم‌های شکایت در آدرس http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx موجود هستند.

- به صورت الکترونیکی: ارسال ایمیل به CivilRights@dhcs.ca.gov.

همچنین شما طبق قانون آمریکاییان دارای معلولیت (Americans with Disability Act, ADA) و طبق بخش 1557 قانون مراقبت مقرون به صرفه حقوقی دارید. شما می‌توانید با دفتر حقوق مدنی اداره خدمات بهداشتی و انسانی با شماره (TTY 1-800-537-7697) یا (1-800-368-1019) دفتر حقوق بشر محلی تماس بگیرید.

QIO

وقتی شکایت شما درباره کیفیت مراقبت است، شما دو گزینه دارید:

- شما می‌توانید شکایت مربوط به کیفیت مراقبت خود را مستقیم به QIO ارائه دهید.
 - شما می‌توانید شکایت خود را به QIO و برنامه درمانی ما ارائه دهید. اگر شما شکایت خود را به QIO ارائه کنید، ما با آنها در جهت حل شکایت شما همکاری خواهیم کرد.
- QIO یک گروه از پزشکان فعال و دیگر متخصصان مراقبت درمانی است که از دولت فدرال برای بررسی و بهبود مراقبت ارائه شده به بیماران Medicare حقوق دریافت می‌کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO، به بخش H2 یا فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، QIO، تحت عنوان شرکت، Livanta, LLC شناخته می‌شود. شماره تلفن آن، 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668) است.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



فصل 10: پایان دادن به عضویتان در طرح ما

مقدمه

این فصل درباره پایان دادن به عضویتان در طرح ما و گزینه‌های پوشش سلامتتان پس از ترک طرح ما توضیح می‌دهد. با این حال، اگر طرح ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal خواهید ماند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

- A. چه زمانی می‌توانید به عضویتان در طرح ما پایان دهید..... 231
- B. چگونگی پایان دادن به عضویت در طرح ما 232
- C. چگونگی دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه..... 233
 - C1. خدمات Medicare شما 233
 - C2. خدمات Medi-Cal شما 236
- E. حالت‌های دیگری که عضویتان در طرح ما به پایان می‌رسد..... 237
- F. قوانینی که مانع از لغو عضویت شما در طرح به هر دلیل مرتبط با سلامت می‌شوند..... 238
- G. حق شما برای طرح شکایت، در صورتی که به عضویت شما در طرح‌مان خاتمه دهیم 238
- H. چگونه اطلاعات بیشتری در مورد پایان عضویت در طرح خود دریافت کنید 238



A. چه زمانی می‌توانید به عضویت‌تان در طرح ما پایان دهید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند عضویت خود را طی زمان‌های معینی از سال تغییر دهند. اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال عضویت خود را پایان دهند. از آنجایی که Medi-Cal دارید، چند انتخاب برای پایان دادن عضویت خود در طرح ما در هر ماه در طول سال دارید.

علاوه بر این می‌توانید عضویت خود را در طرح ما هر سال در طی دوره‌های زیر خاتمه دهید:

- **دوره ثبت‌نام سالانه** که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر برقرار است. اگر طرح جدیدی در طی این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در تاریخ 31 دسامبر خاتمه می‌یابد و عضویت شما در طرح جدید از روز 1 ژانویه آغاز می‌شود.
 - **دوره ثبت‌نام باز Medicare Advantage (MA)** که از 1 ژانویه تا 31 مارس برقرار است و همچنین برای زینفعان جدید Medicare که در یک طرح ثبت نام کرده اند، از ماهی که مشمول Part A و Part B تا آخرین روز از ماه سوم مشمولیت ادامه دارد. اگر طرح جدیدی در طی این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید در اولین روز ماه بعد آغاز می‌شود.
- ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که در طی آن واجد شرایط تغییر در ثبت‌نام خود باشید. برای مثال هنگامی که:

- از محدوده خدماتی ما خارج شده باشید،
 - صلاحیت شما برای Medi-Cal یا «کمک اضافی» (Extra Help) تغییر کرده باشد، یا
 - اخیراً به بیمارستان مراقبت‌های طولانی‌مدت یا آسایشگاه رفته باشید، در حال حاضر در آن مراکز تحت مراقبت باشید، یا تازه از آنها بیرون آمده باشید.
- عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست‌تان را برای تغییر طرح‌تان دریافت می‌کنیم به پایان می‌رسد. برای مثال، اگر درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما در طرح ما در روز 31 ژانویه به پایان می‌رسد. پوشش جدید شما در روز نخست ماه بعد (1 فوریه، در این مثال) آغاز می‌شود.
- اگر از طرح ما خارج شوید، می‌توانید اطلاعات مربوط به موارد زیر را دریافت کنید:
- گزینه‌های Medicare شما در جدول بخش C1.
 - خدمات و گزینه‌های Medi-Cal شما در بخش C2.
- می‌توانید با تماس با خدمات مشتریان در شماره پایین این صفحه اطلاعات بیشتری در مورد نحوه پایان عضویت خود دریافت کنید. شماره برای کاربران TTY نیز ذکر شده است.
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به www.aging.ca.gov/HICAP مراجعه نمایید. گزینه‌های خدمات مراقبت‌های درمانی در 1-844-580-7272، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعد از ظهر. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- بازرس کل مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal Managed Care Ombudsman به شماره 1-888-452-8609 از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر یا ایمیل MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

توجه: اگر در یک برنامه مدیریت دارو (DMP, drug management program) با شید، ممکن است نتوانید طرح‌ها را تغییر دهید. برای اطلاعات بیشتر درباره برنامه‌های مدیریت دارو به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. چگونگی پایان دادن به عضویت در طرح ما

اگر تصمیم به پایان عضویت خود دارید، می‌توانید در طرح Medicare دیگری ثبت نام کنید یا به مدیر اصلی Original Medicare تغییر دهید. با این حال، اگر می‌خواهید بیمه خود را از طرح ما به Original Medicare تغییر دهید، اما طرح جداگانه‌ای برای داروی نسخه‌ای Medicare انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست کنید که از طرح ما خارج شوید. دو راه وجود دارد که می‌توانید درخواست لغو ثبت نام کنید:

- می‌توانید به صورت کتبی از ما درخواست نمایید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد نحوه انجام این کار، با شماره پایین این صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY (افراد که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. هنگام تماس با 1-800-MEDICARE می‌توانید در سایر طرح‌های سلامت یا دارویی Medicare نیز نام‌نویسی کنید. اطلاعات دیگر درباره دریافت خدمات Medicare هنگامی که طرح ما را ترک می‌کنید، در نمودار صفحه 233 موجود است.
- **بخش C** در زیر شامل مراحل است که می‌توانید انجام دهید تا در یک طرح دیگر نام‌نویسی کنید، که این کار نیز به عضویت شما در طرح ما پایان خواهد داد.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



C. چگونگی دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، برای دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal چند گزینه پیش رو دارید.

C1. خدمات Medicare شما

در پایین صفحه سه گزینه موجود برای دریافت خدمات Medicare شما در هر ماه از سال ذکر شده است. در طول زمان های خاصی از سال شما یک گزینه اضافی لیست شده در زیر دارید، از جمله دوره ثبت نام سالانه و دوره باز ثبت نام **Medicare Advantage Open Enrollment Period** یا سایر شرایط شرح داده شده در بخش A. با انتخاب یکی از این گزینه ها، به طور خودکار عضویت خود را در طرح ما خاتمه می دهید:

1. امکان تغییر به موارد زیر: طرح Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) یکی از انواع طرح Medicare Advantage است. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal را دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح واحد ترکیب می کند. برنامه های Medi-Medi همه مزایا و خدمات را در هر دو برنامه، از جمله تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal، هماهنگ می کنند. توجه: اصطلاح Medi-Medi Plan نام برنامه های یکپارچه دوگانه واجد شرایط ویژه (D-SNPs) در کالیفرنیا به کار برده می شود.	کاری که باید انجام دهید به قرار زیر است: در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای استعلام در زمینه برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید. اگر نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و راهنمایی در بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. یا در یک طرح جدید Medi-Medi Plan ثبت نام کنید. زمانی که پوشش طرح جدید شما شروع شود، بطور خودکار از طرح Medicare ما خارج می شوید. طرح Medi-Cal شما برای مطابقت با طرح Medi-Medi شما تغییر خواهد کرد.
---	--



2. امکان تغییر به موارد زیر: Original Medicare با یک طرح داروی تجویزی Medicare مجزا.	کاری که باید انجام دهید به قرار زیر است: در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر دارید: • از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و راهنمایی در بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. یا در یک طرح جدید داروهای تجویزی Medicare ثبت‌نام کنید. زمانی که پوشش Original Medicare شما آغاز می‌شود، بطور خودکار از طرح ما خارج می‌شوید.
--	--



کاری که باید انجام دهید به قرار زیر است: در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و راهنمایی در بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. زمانی که پوشش Original Medicare شما آغاز می‌شود، بطور خودکار از طرح ما خارج می‌شوید.	3. امکان تغییر به موارد زیر: Original Medicare بدون یک طرح مجزای Medicare برای داروهای تجویزی توجه: اگر به Original Medicare تغییر دهید و در یک طرح مجزای Medicare داروهای تجویزی ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر اینکه به Medicare بگویید که نمی‌خواهید عضو شوید. فقط زمانی باید از پوشش داروهای تجویزی خارج شوید که دارای پوشش دارویی از منبع دیگری نظیر کارفرما یا اتحادیه باشید. اگر سؤالی درباره نیاز خود به پوشش دارویی دارید، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و راهنمایی در بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.
--	--



کاری که باید انجام دهید به قرار زیر است: با Medicare با شماره 1-800-MEDICARE 24 (1-800-633-4227) در ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای استعلام در زمینه برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) با شماره (7223) PACE (1-855-921-1855) تماس بگیرید. اگر نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به این وبسایت مراجعه کنید www.aging.ca.gov/HICAP/ یا در طرح Medicare جدید ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع می‌شود، به طور خودکار از برنامه Medicare ما خارج می‌شوید. برنامه Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.	4. امکان تغییر به موارد زیر: هر طرح درمانی Medicare در زمان‌های معینی از سال، از جمله دوره ثبت نام سالانه و دوره ثبت نام آزاد Medicare Advantage Open Enrollment Period یا سایر موقعیت‌های شرح داده شده در بخش A.
---	---

C2. خدمات Medi-Cal شما

در صورت داشتن سؤالاتی در مورد نحوه دریافت خدمات Medi-Cal خود پس از خروج از طرح ما، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعد از ظهر با شماره 1-844-580-7272 با Health Care Options تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. در زمینه اینکه پیوستن به طرح دیگری یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر می‌گذارد اطلاعات لازم را دریافت نمایید.

اگر درباره مزایای Medi-Cal خود سؤالی دارید، با خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره 1-888-785-8808 (TTY 711) تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



D. اقلام، خدمات پزشکی و داروهای شما تا پایان عضویت شما در طرح ما

اگر از طرح ما خارج شوید، ممکن است تا پایان عضویت‌تان و آغاز پوشش جدید Medicare و Medi-Cal مدتی طول بکشد. در طول این مدت، شما تا آغاز طرح جدیدتان، همچنان داروهای تجویزی و مراقبت‌های بهداشتی‌تان را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید.

- از ارائه دهندگان شبکه ما برای دریافت مراقبت‌های پزشکی استفاده کنید.
- برای دریافت داروهای تجویزی‌تان، از داروخانه‌های شبکه ما استفاده کنید.
- اگر همان روزی که عضویت‌تان در CalOptima Health OneCare Flex Plus به پایان می‌رسد در بیمارستان بستری شوید، طرح ما بستری شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می‌دهد. حتی اگر پوشش جدید سلامت شما قبل از ترخیص شروع شود، این اتفاق می‌افتد.

E. حالت‌های دیگری که عضویت‌تان در طرح ما به پایان می‌رسد

مواقعی که باید به عضویت شما در طرح‌مان پایان دهیم عبارتند از:

- اگر وقفه‌ای در پوشش Part A Medicare و Part B Medicare شما وجود داشته باشد.
- اگر دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نباشید. طرح ما برای افرادی است که برای هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal واجد شرایط هستند.
- توجه: اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نیستید، می‌توانید به طور موقت از طرح ما با مزایای Medicare استفاده نمایید، لطفاً اطلاعات زیر را در مورد دوره تعیین شده مشاهده کنید.
 - اگر صلاحیت Medi-Cal را که ایالت کالیفرنیا معین کرده است از دست بدهید، CalOptima Health OneCare Flex Plus به مدت شش (6) ماه از تاریخ از دست دادن صلاحیت عضویت در Medi-Cal، مزایای Medicare و داروهای تجویزی شما را پوشش خواهد داد. اگر پس از شش (6) ماه صلاحیت‌تان را دوباره به دست نیاورید، ما ملزم هستیم عضویت شما را لغو کنیم.
- اگر به خارج از محدوده خدماتی ما نقل مکان کنید.
- اگر به مدت بیش از شش ماه به خارج از محدوده خدماتی ما نقل مکان کنید.
 - اگر نقل مکان کردید یا به یک سفر طولانی رفتید، با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید تا ببینید آیا جایی که به آن نقل مکان یا سفر می‌کنید در محدوده خدماتی طرح ما هست یا نه.
- اگر به دلیل یک جرم کیفری به زندان بروید.
- اگر درباره بیمه دیگری که برای داروهای تجویزی‌تان دارید دروغ بگویید یا اطلاعات آن را ارائه نکنید.
- اگر شهروند ایالات متحده نباشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده اقامت نداشته باشید.
 - برای عضویت در طرح ما، شما باید شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده سکونت داشته باشید.

- اگر بر مبنای معیار فوق برای ادامه عضویت واجد شرایط نباشید، مراکز خدمات Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) به ما اطلاع می‌دهند.
 - اگر این شرایط را نداشته باشید، ما ملزم هستیم عضویت شما را لغو کنیم.
- تنها هنگامی می‌توانیم به دلایل زیر عضویت شما را در طرح لغو کنیم که نخست اجازه این کار را از Medicare و Medi-Cal دریافت کنیم:
- اگر شما هنگام نام‌نویسی در طرح ما عمداً اطلاعات نادرست به ما بدهید و آن اطلاعات بر صلاحیت شما برای عضویت در طرح ما تأثیر بگذارند.
 - اگر شما به صورت مداوم رفتار مخرب از خود نشان دهید و این امر ارائه مراقبت‌های درمانی به شما و اعضای دیگر طرح‌مان را سخت کند.
 - اگر شما به یک شخص دیگر اجازه دهید از کارت عضویت طرح شما برای دریافت مراقبت‌های درمانی استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را لغو کنیم، Medicare ممکن است از بازرس کل بخواهد وضعیت شما را بررسی کند).

F. قوانینی که مانع از لغو عضویت شما در طرح به هر دلیل مرتبط با سلامت می‌شوند

ما نمی‌توانیم به هر دلیل مرتبط با سلامت شما، از شما بخواهیم طرح ما را ترک کنید. اگر فکر می‌کنید ما بر اساس یک دلیل مرتبط با سلامت از شما خواسته‌ایم از طرح ما خارج شوید، با **Medicare** به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

G. حق شما برای طرح شکایت، در صورتی که به عضویت شما در طرح‌مان خاتمه دهیم

اگر به عضویت شما در طرح‌مان پایان دهیم، باید دلایل‌مان را برای پایان دادن به عضویت‌تان به صورت کتبی به شما اعلام کنیم. همچنین باید توضیح دهیم که شما چگونه می‌توانید یک شکایت ارائه کنید یا شکایتی را درباره تصمیم ما مبنی بر پایان دادن به عضویت‌تان ثبت کنید. برای اطلاعات مربوط به چگونگی ارائه یک شکایت، می‌توانید به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا نیز مراجعه کنید.

H. چگونه اطلاعات بیشتری در مورد پایان عضویت در طرح خود دریافت کنید

اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد پایان عضویت خود داشته باشید، می‌توانید با شماره تلفن پایین این صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.



فصل 11: اطلاعاتی‌های حقوقی

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی‌های حقوقی است که به عضویت شما در طرح ما مربوط می‌شوند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعاتی‌های مربوط به قوانین	240
B. اطلاعاتی‌های عدم تبعیض	240
C. اطلاعاتی‌های مربوط به Medicare به عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت	241
D. اطلاعاتی‌های در مورد بازیابی دارایی Medi-Cal	241



A. اطلاعاتیه مربوط به قوانین

این کتابچه راهنمای اعضا مشمول قوانین بسیاری است. حتی اگر قوانین در این کتابچه راهنمای اعضا گنجانده یا تشریح نشده باشند، این قوانین ممکن است بر حقوق و وظایف شما تاثیر بگذارند. قوانین اصلی قابل اعمال عبارتند از قوانین ایالتی و فدرال مربوط به برنامه‌های Medi-Cal و Medicare. سایر قوانین ایالتی و فدرال نیز ممکن است اعمال شوند.

B. اطلاعاتیه عدم تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، منشاء ملی، رنگ، مذهب، جنسیت، سن، گرایش جنسی، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامتی، سابقه ادعایی، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، قابلیت پوشش بیمه یا موقعیت جغرافیایی در منطقه خدماتی نسبت به شما تبعیض قائل نمی‌شویم یا ناعادلانه رفتار نمی‌کنیم. به علاوه، ما به دلیل اصل و نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی، به صورت غیرقانونی تبعیض قائل نمی‌شویم، افراد را محروم نمی‌کنیم، یا به صورت ناعادلانه با آنها رفتار نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتر لازم دارید یا نگرانی‌هایی درباره تبعیض یا رفتار ناعادلانه دارید:

- با وزارت بهداشت و خدمات انسانی (Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.hhs.gov/ocr مراجعه کنید.

- با وزارت بهداشت (Department of Health Care Services)، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY با 711 (خدمات ارتباطات راه دور ویژه ناشنوایان) تماس بگیرند.

اگر فکر می‌کنید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی در مورد تبعیض مطرح کنید، با هماهنگ‌کننده تبعیض خدمات حل و فصل شکایت و تجدیدنظر تماس بگیرید

- به صورت تلفنی: **1-877-412-2734 (TTY 711)**

- به صورت کتبی:

Grievance and Appeals Resolution Services Discrimination Coordinator
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- از طریق وب سایت: **www.caloptima.org/OneCare**

همچنین اگر شکایت شما درباره مشکل تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید شکایت خود را با دفتر حقوق مدنی سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی تنظیم کنید؛ این کار را می‌توانید از طریق تماس تلفنی یا ارسال نامه کتبی یا الکترونیکی به آدرس زیر انجام دهید:

- از طریق تلفن: با شماره 1-916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با 711 (سرویس ارتباطات راه دور ویژه ناشنوایان) تماس بگیرید.



- به صورت کتبی: فرم شکایتی پر کنید یا نامه‌ای به این نشانی ارسال کنید:

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

فرم‌های شکایت در آدرس:

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx در دسترس هستند.

- به صورت الکترونیکی: یک ایمیل به CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال کنید.

اگر دچار معلولیت هستید و برای دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی یا ارائه‌دهنده به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر شکایتی مثل مشکل در دسترسی به صندلی چرخ‌دار دارید، خدمات مشتریان می‌تواند به شما کمک کند.

C. اطلاعاتی مربوط به Medicare به عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت

گاهی ابتدا باید شخص دیگری هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌کنیم پرداخت کند. برای مثال، اگر تصادف رانندگی داشته‌اید یا در محل کار آسیب دیده‌اید، بیمه یا غرامت کارگران (Workers Compensation) باید ابتدا هزینه را بپردازد.

ما این حق و مسئولیت را داریم که هزینه خدمات تحت پوشش Medicare که Medicare پرداخت‌کننده اولیه آن نیست را دریافت کنیم.

ما از قوانین و مقررات ایالتی و فدرال مربوط به مسئولیت حقوقی اشخاص ثالث برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی به اعضا تبعیت می‌کنیم. ما همه اقدامات معقول را انجام خواهیم داد تا اطمینان حاصل کنیم که Medi-Cal آخرین گزینه پرداخت است.

D. اطلاعاتی در مورد بازیابی دارایی Medi-Cal

برنامه Medi-Cal باید بازپرداخت از دارایی‌های مشروط برخی از اعضای متوفی برای مزایای Medi-Cal را پیگیری نماید که در روز تولد 55 سالگی آنها یا پس از آن دریافت می‌شود. بازپرداخت شامل هزینه خدمات و حق بیمه/سرانه هزینه مراقبت مدیریت شده برای خدمات تسهیلات پرستاری، خدمات خانگی و اجتماعی، و خدمات مربوط به بیمارستان و داروهای تجویزی دریافت شده در زمانی که عضو در یک مرکز پرستاری بستری بوده یا در حال دریافت خدمات مسکن و خدمات مبتنی بر جامعه بود. هزینه بازپرداخت نمی‌تواند از ارزش دارایی مشروط عضو تجاوز کند.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به وبسایت بازیابی املاک وزارت مراقبت‌های بهداشتی (Department of Health Care Services' estate recovery) به نشانی www.dhcs.ca.gov/er مراجعه کنید یا با شماره 1-916-650-0590 تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



فصل 12: تعاریف‌های کلمات مهم

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات استفاده‌شده در کتابچه راهنمای اعضا همراه با تعریف آنها است. این اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا مرتب شده‌اند. اگر اصطلاحی را که به دنبالش هستید پیدا نمی‌کنید، یا اگر به اطلاعاتی بیش از تعریف داده‌شده نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.



فعالیت‌های زندگی روزانه (Activities of daily living, ADL): کارهایی که افراد در یک روز عادی انجام می‌دهند، مانند غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، حمام کردن، یا مسواک زدن دندان‌ها.

قاضی حقوق اداری: قاضی که یک تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند.

برنامه کمک دارویی ایدز (AIDS drug assistance program, ADAP): برنامه‌ای که به افراد واجد شرایطی که مبتلا به HIV/AIDS هستند کمک می‌کند تا به داروهای نجات دهنده HIV دسترسی داشته باشند.

مرکز جراحی سرپایی: مرکزی که جراحی سرپایی را به بیمارانی که به مراقبت در بیمارستان نیاز ندارند و افرادی که انتظار می‌رود بیش از 24 ساعت به مراقبت نیاز نداشته باشند ارائه می‌کند.

درخواست تجدیدنظر: راهی برای شما در اعتراض به اقدام ما، در صورتی که فکر می‌کنید اشتباهی مرتکب شده‌ایم. با ثبت یک درخواست تجدیدنظر، می‌توانید از ما بخواهید یک تصمیم پوشش را عوض کنیم. **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا درباره درخواست‌های تجدیدنظر توضیح می‌دهد، از جمله چگونگی ارائه درخواست تجدیدنظر.

سلامت رفتاری: یک اصطلاح جامع برای بهداشت روانی و خدمات مربوط به اختلالات سوءمصرف مواد است.

محصولات بیولوژیکی: دارویی که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری‌ها یا مخمرها تهیه می‌شود. محصولات بیولوژیکی پیچیده‌تر از سایر داروها هستند و نمی‌توان آن‌ها را دقیقاً کپی کرد، بنابراین اشکال جایگزین آن داروهای بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. (همچنین به «محصول بیولوژیکی اصلی» و «محصولات بایوسیمیلار» مراجعه کنید).

محصولات بایوسیمیلار: یک داروی بیولوژیکی که بسیار شبیه به محصول بیولوژیکی اصلی است، اما دقیقاً یکسان نیست. بیوسیمیلارها به اندازه محصول بیولوژیکی اصلی ایمن و موثر هستند. برخی از داروهای بیوسیمیلار ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید در داروخانه جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی شوند. (به «بایوسیمیلارهای قابل جایگزینی» مراجعه کنید).

داروی برند: یک داروی تجویزی که از سوی شرکتی که برای نخستین بار دارو را ساخته است تولید و فروخته می‌شود. داروهای برند همان محتویات نوع ژنریک (عمومی) داروها را دارند. داروهای ژنریک معمولاً از سوی سایر شرکت‌های داروسازی ساخته و فروخته می‌شوند.

طرح مراقبت: به «طرح مراقبت فردی» مراجعه کنید.

خدمات اختیاری طرح مراقبت (خدمات CPO): خدمات جانبی که تحت طرح مراقبت فردی شما (Individualized Care Plan, ICP) اختیاری هستند. این خدمات قرار نیست جایگزین خدمات و پشتیبانی‌های درازمدتی شوند که تحت Medi-Cal مجاز به دریافت آنها هستید.

تیم مراقبت: به «تیم مراقبت میان‌رشته‌ای» مراجعه کنید.

مرحله پوشش بحرانی: مرحله‌ای در مزایای دارویی Medicare Part D که در آن طرح ما همه هزینه‌های داروهای شما را تا پایان سال پرداخت می‌کند. این مرحله را زمانی شروع می‌کنید که شما (یا سایر طرف‌های واجد شرایط از طرف شما) \$2,000 برای داروهای تحت پوشش Part D در طول سال خرج کرده باشید. شما هیچ مبلغی پرداخت نمی‌کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):

سازمان فدرال مسئول Medicare. **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا نحوه تماس با CMS را شرح می‌دهد.

خدمات جامعه‌محور بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS): برنامه خدمات سرپایی کلینیکی که مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، کار درمانی و گفتار درمانی، مراقبت شخصی، آموزش و پشتیبانی ویژه خانواده/پرستار، خدمات تغذیه، حمل و نقل و دیگر خدمات مربوط به اعضای واجد شرایط را که از معیارهای صلاحیتی زیربند برخوردارند ارائه می‌کند.

شکایت: یک بیانیه کتبی یا شفاهی که اعلام می‌کند شما یک مشکل یا نگرانی درباره خدمات یا مراقبت تحت پوشش دارید. این بیانیه شامل هرگونه نگرانی درباره کیفیت خدمات، کیفیت مراقبت‌تان، ارائه‌کنندگان شبکه ما، یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. اصطلاح رسمی برای «شکایت کردن» «تنظیم شکایت» است.

مرکز توان‌بخشی جامع سرپایی (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF):

مرکزی که عمدتاً خدمات توان‌بخشی را پس از یک بیماری، حادثه، یا عمل جراحی مهم ارائه می‌کند. این مرکز انواع خدمات را ارائه می‌کند، از جمله فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانی، درمان سیستم تنفسی، کار درمانی، گفتار درمانی، و خدمات ارزیابی محیط خانگی.

سهم هزینه: مبلغ ثابتی که هر بار که داروهای تجویزی خاصی را دریافت می‌کنید، به عنوان سهم خود از هزینه پرداخت می‌کنید. به عنوان مثال، شما ممکن است 2 یا 5 دلار برای یک داروی تجویزی بپردازید.

اشتراک هزینه: مبالغی که باید هنگام دریافت داروهای تجویزی خاص بپردازید. اشتراک هزینه شامل پرداخت‌های مشترک می‌شود.

ردیف تقسیم هزینه: گروهی از داروها با هزینه پرداخت مشابه. هر دارویی در فهرست داروهای تحت پوشش (همچنین به عنوان فهرست دارو شناخته می‌شود) در یکی از دو ردیف تقسیم هزینه قرار دارد. به طور کلی، هرچه سطح اشتراک هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای دارو بیشتر می‌شود.

تصمیم پوشش: تصمیمی درباره مزایایی که ما پوشش می‌دهیم. این شامل تصمیماتی درباره داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی است که ما برای خدمات سلامت شما پرداخت می‌کنیم. **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا نحوه درخواست از ما برای تصمیم‌گیری درباره یک پوشش را شرح می‌دهد.

داروهای تحت پوشش: اصطلاحی که ما برای اشاره به همه داروهای تحت پوشش طرح‌مان اعم از داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: اصطلاح عمومی که ما برای اشاره به همه خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت مراقبت‌های بهداشتی، لوازم، داروهای تجویزی و بدون نسخه، تجهیزات، و سایر خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد به کار می‌بریم. **آموزش صلاحیت فرهنگی:** آموزشی که دستورالعمل‌های تکمیلی را به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ما ارائه می‌کند تا به آنها کمک شود با شناخت بهتر پیشینه، ارزش‌ها و باورهای شما، خدمات را با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما تطبیق دهند.

خدمات مشتریان: واحدی در طرح ما که مسئول پاسخگویی به پرسش‌های شما درباره عضویت، مزایا، شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر شما است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات مشتریان، به **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی (Department of Health Care Services, DHCS): اداره ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medicaid را مدیریت می‌کند (Medi-Cal نیز نامیده می‌شود).

برنامه مدیریت دارو (Drug management program, DMP): برنامه‌ای که کمک می‌کند اطمینان حاصل شود که اعضا به طور ایمن از داروهای مخدر تجویزی و سایر داروهایی که اغلب مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند، استفاده می‌کنند.

ردیفهای دارویی: گروه‌هایی از داروها در فهرست دارویی ما هستند. داروهای ژنتیک، داروهای برند یا داروهای بدون نسخه (over the counter, OTC) نمونه‌هایی از ردیف‌های دارویی هستند. هر دارویی در فهرست دارویی در یک ردیف از دو ردیف قرار دارد.

طرح نیازهای ویژه با صلاحیت دوگانه (Dual eligible special needs plan, D-SNP): نوعی برنامه درمانی ویژه افرادی که واجد شرایط هر دو برنامه Medicare و Medicaid هستند. طرح ما یک D-SNP است.

تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME): اقلام مشخصی که پزشک شما برای استفاده در خانه‌تان تجویز می‌کند. مثال‌های این اقلام عبارتند از صندلی چرخدار، عصای زیر بغل، سیستم تشک برقی، لوازم دیابت، تخت‌های بیمارستانی تجویز شده توسط یک ارائه‌کننده برای استفاده در خانه، پمپ‌های تزریق درون‌وریدی، دستگاه‌های تولید گفتار، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

وضعیت اورژانسی: یک وضعیت اورژانسی پزشکی، هنگامی که شما یا هر شخص دیگر با دانش متوسط سلامت و پزشکی تشخیص دهد شما دارای نشانه‌هایی هستید که برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن اندام بدن، یا از دست دادن یا آسیب جدی به یکی از عملکردهای بدن (و اگر باردار باشید، از دست دادن نوزاد متولد نشده)، رسیدگی فوری پزشکی لازم است. علائم پزشکی ممکن است یک بیماری، آسیب، درد شدید یا یک وضعیت پزشکی باشد که به سرعت در حال بدتر شدن است.

مراقبت اورژانسی: خدمات تحت پوشش ارائه‌شده از سوی یک ارائه‌کننده که برای ارائه خدمات اورژانسی آموزش دیده و برای درمان یک وضعیت اورژانسی پزشکی یا سلامت رفتاری لازم هستند.

استثناء: دریافت اجازه برای پوشش دارویی که معمولاً در فهرست داروهای تحت پوشش ما نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت‌های معین.

خدمات مستثنی شده: خدماتی که مشمول این طرح سلامت نیستند.

کمک اضافی: یک برنامه Medicare است که به افرادی با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare Part D مانند نرخ بیمه، سهم بیمه‌شده و مبالغ پرداخت مشترک را کاهش دهند. «کمک اضافی» را «یارانه افراد کم‌درآمد» یا LIS (Low-Income Subsidy) نیز می‌نامند.

داروهای ژنریک: یک داروی نسخه‌ای تایید شده از سوی دولت فدرال برای استفاده به جای یک داروی با مارک تجاری. ترکیبات داروهای ژنریک با داروهای با مارک تجاری یکسان است. داروی ژنریک معمولاً ارزان‌تر است و عملکرد آن به خوبی داروی با مارک تجاری است.

شکایت: شکایتی که از ما یا یکی از ارائه‌کنندگان یا داروخانه‌های شبکه ما ارائه می‌کنید. از جمله شکایتی درباره کیفیت مراقبت‌تان یا کیفیت خدمات ارائه‌شده از سوی برنامه درمانی‌تان.

برنامه مشاوره و وکالت بیمه درمانی

(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): برنامه‌ای که اطلاعات و

مشاوره رایگان و هدفمند درباره Medicare ارائه می‌کند. فصل 2 از کتابچه راهنمای اعضا نحوه تماس با HICAP را شرح می‌دهد.

برنامه درمانی: یک سازمان متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات بلندمدت و سایر ارائه‌کنندگان است. همچنین برای کمک به شما جهت مدیریت تمام ارائه‌دهندگان و خدمات‌تان، از ارائه‌کنندگان مراقبت شخصی بهره می‌گیرد. همه آنها با یکدیگر همکاری می‌کنند تا مراقبت‌های موردنیازتان را ارائه کنند.

ارزیابی خطر سلامت (Health risk assessment, HRA): یک بررسی از سابقه پزشکی و وضعیت کنونی شما. این ارزیابی برای آگاهی از سلامت شما و احتمال تغییر آن در آینده به کار می‌رود.

دستیار سلامت خانگی: شخصی که خدماتی ارائه می‌کند که نیازی به مهارت‌های یک پرستار یا درمانگر مجاز ندارند، مانند کمک در مراقبت شخصی (مثل حمام کردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، یا انجام تمرینات ورزشی تجویز شده). دستیاران سلامت خانگی دارای مجوز پرستاری نیستند و یا درمان ارائه نمی‌کنند.

آسایشگاه: یک برنامه مراقبت و پشتیبانی برای کمک به افراد دچار بیماری صعب‌العلاج در داشتن زندگی آسوده. پیش‌بینی بیماری صعب‌العلاج به این معنی است که یک فرد از نظر پزشکی به عنوان بیمار صعب‌علاج تأیید شده است، به این معنی که امید به زندگی او 6 ماه یا کمتر است.

- یک فرد عضو که دارای پیش‌بینی بیماری صعب‌العلاج است، حق انتخاب آسایشگاه را دارد.
- یک تیم ویژه آموزش‌دیده از کارشناسان و مراقبان، مراقبت کامل را به شخص ارائه می‌کند، از جمله برای نیازهای فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و معنوی.
- ما ملزم هستیم فهرستی از ارائه‌کنندگان خدمات آسایشگاهی در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهیم.

صورت‌حساب نادرست/نامناسب: وضعیتی که در آن یک ارائه‌کننده (مانند یک پزشک یا بیمارستان) مبلغی بیش از مبلغ سهم بیمار را بابت خدمات در صورت‌حساب شما قید می‌کند. اگر صورت‌حسابی دریافت کردید که آن را نمی‌فهمید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

از آنجا که ما همه هزینه‌های خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، شما هیچ مبلغی به‌عنوان سهم بیمار بدهکار نیستید. ارائه‌دهندگان نباید هیچگونه صورت‌حسابی بابت این خدمات برای شما صادر کنند.

خدمات پشتیبانی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS): برنامه IHSS به پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک می‌کند تا بتوانید با خیال راحت در منزل خود بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از خانه، مانند خانه‌های سالمندان یا مراکز شبانه‌روزی و مراکز مراقبت است. انواع خدماتی که می‌توانند از طریق IHSS مجاز باشند عبارتند از نظافت منزل، تهیه غذا، خشک‌شویی، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند مراقبت درخصوص ادرار و مدفوع، حمام کردن، نظافت و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرار ملاقات‌های پزشکی، و نظارت حفاظتی برای افراد دچار مشکل روانی. آژانس‌های خدمات اجتماعی شهرستان، خدمات IHSS را مدیریت می‌کنند.

سازمان بررسی مستقل (Independent review organization, IRO): یک سازمان مستقل استخدام شده توسط Medicare است که درخواست تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. این نهاد به ما مرتبط نیست و یک سازمان دولتی نیز نمی‌باشد. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیم ما درست است یا باید تصمیم خود را تغییر دهیم. Medicare بر کار این سازمان نظارت دارد. نام رسمی آن **نهاد بررسی مستقل** است.

برنامه مراقبت فردی (ICP یا طرح مراقبت): طرحی است برای مشخص کردن خدماتی که دریافت خواهید کرد و چگونگی دریافت آنها. طرح شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت باشد.

مرحله پوشش اولیه: این مرحله را در زمانی که اولین نسخه خود را در سال دریافت می‌نمایید، شروع می‌کنید. در این مرحله ما بخشی از هزینه‌های داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما هم سهم خود را پرداخت می‌کنید. در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه‌های داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما (یا دیگران از طرف شما، از جمله «کمک اضافی» از Medicare) سهم خود را از هزینه پرداخت می‌کنید.

بستری: این اصطلاح هنگامی استفاده می‌شود که شما رسماً در یک بیمارستان برای خدمات پزشکی تخصصی پذیرش می‌شوید. اگر رسماً پذیرش نشوید، حتی اگر شب را در آنجا سپری کنید، باز هم ممکن است به جای یک بیمار بستری به عنوان بیمار سرپایی در نظر گرفته شوید.

تیم مراقبت میان‌رشته‌ای (ICT یا تیم مراقبت): یک تیم مراقبت ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاوران یا سایر متخصصان سلامت باشد که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان در آنجا حضور دارند. تیم مراقبت شما همچنین به شما کمک می‌کند تا یک طرح مراقبت ایجاد کنید.

D-SNP یکپارچه: یک طرح نیازهای ویژه با دو مشمولیت که Medicare خدمات و اکثر یا تمام خدمات Medicare را تحت یک طرح درمانی واحد برای گروه‌های خاصی از افراد که واجد شرایط Medicare و Medicaid هستند پوشش می‌دهد. این افراد به عنوان افراد واجد شرایط مزایای کامل دوگانه شناخته می‌شوند.

Biosimilar قابل جایگزین: یک بیوسیمیلار که ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید در داروخانه جایگزین شود زیرا شرایط لازم برای امکان جایگزینی خودکار را برآورده می‌کند. این جایگزینی خودکار در داروخانه تابع قوانین ایالتی است.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروها): فهرستی از داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) که ما پوشش می‌دهیم. ما با کمک پزشکان و داروخانه‌ها، داروهای این فهرست را انتخاب می‌کنیم. فهرست داروها قوانینی را که برای دریافت داروهای خود باید رعایت کنید مشخص می‌کند. فهرست داروها بعضاً «فرمول دارویی» (formulary) نیز نامیده می‌شود.

خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت (Long-Term Services and Supports, LTSS): خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت به بهبود مشکلات پزشکی درازمدت کمک می‌کند. بسیاری از این خدمات به شما کمک می‌کنند در خانه‌تان بمانید تا مجبور نباشید به یک مرکز پرستاری یا بیمارستان بروید. LTSS تحت پوشش طرح ما شامل خدمات مبتنی بر جامعه بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS)، که به عنوان مرکز مراقبت‌های بهداشتی روزانه بزرگسالان نیز شناخته می‌شود، مراکز پرستاری (NF) و پشتیبانی‌های محلی است. برنامه‌های معافیت IHSS و 1915(c) جزء Medi-Cal LTSS هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

یارانه افراد کم‌درآمد (LIS): به «کمک اضافی» مراجعه کنید.

برنامه سفارش پستی: بعضی از طرح‌ها ممکن است یک برنامه سفارش پستی را ارائه کنند که به شما امکان می‌دهد تا 3 ماه داروهای تجویزی تحت پوشش را مستقیماً در خانه‌تان دریافت کنید. این روش می‌تواند یک راه مقرون‌به‌صرفه و مناسب برای تهیه داروهای نسخه‌هایتان باشد که به صورت مرتب مصرف می‌کنید.

Medi-Cal: نام برنامهٔ Medicaid California است. Medi-Cal از سوی ایالت مدیریت می‌شود و حمایت مالی آن بر عهده دولت ایالتی و فدرال است.

- این برنامه به افراد دارای درآمد و منابع پایین کمک می‌کند هزینه‌های خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت و هزینه‌های درمانی را پرداخت کنند.
- این برنامه خدمات جانبی و بعضی داروهای خارج از پوشش Medicare را پوشش می‌دهد.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- برنامه‌های Medicaid در ایالت‌های مختلف متفاوت است ولی اگر شما واجد شرایط هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal باشید، بیشتر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی پوشش داده می‌شوند.
- طرح‌های Medi-Cal:** طرح‌هایی که فقط مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند، مانند خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت، تجهیزات پزشکی و جابه‌جایی. مزایای Medicare جدا هستند.
- Medicaid (یا کمک پزشکی):** برنامه‌ای که توسط دولت فدرال و ایالت اجرا می‌شود که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا بتوانند هزینه خدمات و حمایت‌های طولانی مدت و هزینه‌های پزشکی را پرداخت کنند. Medi-Cal برنامه Medicaid برای ایالت California است.
- دارای ضرورت پزشکی:** به خدمات، لوازم یا داروهایی گفته می‌شود که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک مشکل پزشکی یا حفظ وضعیت فعلی سلامتی‌تان نیاز دارید. این شامل مراقبت‌هایی می‌شود که شما را از رفتن به بیمارستان یا مرکز پرستاری باز می‌دارد. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها با استانداردهای پذیرفته‌شده پزشکی مطابقت دارند.
- Medicare:** برنامه بیمه درمانی فدرال ویژه افراد 65 سال به بالا، برخی افراد زیر 65 سال که دچار معلولیت‌های خاصی هستند، و افراد دچار بیماری کلیوی مرحله نهایی (عموماً افراد دارای نارسایی دائمی کلیه که نیازمند دیالیز یا پیوند کلیه هستند). افراد عضو Medicare می‌توانند پوشش سلامت Medicare خود را از طریق Original Medicare یا یک طرح مراقبت‌های هماهنگ دریافت کنند (به «برنامه درمانی» رجوع کنید).
- Medicare Advantage:** یک برنامه Medicare که «Medicare Part C» یا «MA» نیز نامیده می‌شود و طرح‌های MA را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌کند. Medicare به این شرکت‌ها پول می‌دهد تا مزایای Medicare شما را پوشش دهند.
- شورای استیناف Medicare (شورا):** شورایی که درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می‌کند. شورا بخشی از دولت فدرال است.
- خدمات تحت پوشش Medicare:** خدمات تحت پوشش از سوی Medicare Part A و Medicare Part B. همه برنامه‌های درمانی Medicare از جمله طرح ما، باید همه خدمات تحت پوشش Medicare Part A و Medicare Part B را پوشش دهند.
- برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare:** یک برنامه تغییر رفتار بهداشتی ساختاریافته است که آموزش در مورد تغییر رژیم غذایی طولانی مدت، افزایش فعالیت بدنی و استراتژی‌هایی برای غلبه بر چالش‌های کاهش وزن و سبک زندگی سالم ارائه می‌دهد.
- عضو Medicare-Medi-Cal:** شخصی که برای پوشش Medicare و Medicaid واجد شرایط است. یک عضو Medicare-Medicaid «فرد واجد شرایط دوگانه» نیز نامیده می‌شود.
- بخش A (Medicare Part A):** برنامه Medicare که بیشتر خدمات بیمارستان، مرکز پرستاری تخصصی، سلامت خانگی و مراقبت آسایشگاهی را که ضرورت پزشکی دارند پوشش می‌دهد.
- بخش B (Medicare Part B):** برنامه Medicare که خدمات (مانند تست‌های آزمایشگاهی، جراحی‌ها، و مراجعه به پزشک) و لوازم (مانند صندلی‌های چرخدار و واکرها) را که برای درمان یک بیماری یا عارضه ضرورت پزشکی دارند پوشش می‌دهد. Medicare بخش B همچنین بسیاری از خدمات پیشگیرانه و غربالگری را پوشش می‌دهد.

Medicare بخش C (Medicare Part C): برنامه Medicare که «Medicare Advantage» یا «MA» نیز نامیده می‌شود و به شرکت‌های خصوصی بیمه سلامت امکان می‌دهد مزایای Medicare را از طریق یک طرح MA ارائه کنند.

Medicare بخش D (Medicare Part D): برنامه مزایای داروهای تجویزی Medicare. این برنامه را به صورت خلاصه «Part D» می‌نامیم. Medicare بخش D داروهای تجویزی سرپایی، واکسن‌ها و برخی لوازم را که خارج از پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B یا Medicaid هستند پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D است.

داروهای Medicare بخش D: برنامه مزایای داروهای تجویزی Medicare. این برنامه را به صورت خلاصه «Part D» می‌نامیم. Medicare بخش D داروهای تجویزی سرپایی، واکسن‌ها و برخی لوازم را که خارج از پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B یا Medicaid هستند پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D است.

مدیریت دارو درمانی (Medication Therapy Management, MTM): یک گروه مشخص از خدمات یا گروهی از خدمات که از سوی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله داروخانه‌ها، ارائه می‌شوند تا بهترین نتایج درمان را برای بیماران تضمین کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

Medi-Medi Plan: برنامه Medicare (Medi-Medi Plan) یکی از انواع طرح Medicare Advantage است. این برنامه برای افرادی است که هم پوشش Medicare و هم Medi-Cal را دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح ترکیب می‌کند. برنامه های Medi-Medi همه مزایا و خدمات هر دو برنامه، از جمله تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را هماهنگ می‌کند.

عضو (عضو طرح ما یا عضو طرح): شخص دارای Medicare و Medi-Cal که برای دریافت خدمات واجد شرایط است، در طرح ما نام‌نویسی کرده، و نام‌نویسی او از سوی مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) ایالت تأیید شده است.

کتابچه راهنمای اعضا و اطلاعات مربوط به افشا: سند حاضر، همراه با فرم نام‌نویسی شما و همه پیوست‌های دیگر، یا الحاقیه‌ها، که پوشش شما، وظایف ما، حقوق شما و وظایف شما را به عنوان عضو طرح ما شرح می‌دهند.

داروخانه شبکه: یک داروخانه که می‌پذیرد داروهای نسخه‌ها را برای اعضای طرح ما تأمین کند. ما آنها را «داروخانه‌های شبکه» می‌نامیم، چون موافقت می‌کنند با طرح ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، ما داروهای نسخه‌های شما را تنها زمانی پوشش می‌دهیم که از یکی از داروخانه‌های شبکه‌مان دریافت شوند.

ارائه‌کننده شبکه: «ارائه‌کننده» اصطلاح عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که به شما خدمات و مراقبت ارائه می‌کنند به کار می‌بریم. این اصطلاح همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های بهداشت خانگی، درمانگاه‌ها و مکان‌های دیگری است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی، تجهیزات پزشکی و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) را به شما ارائه می‌کنند.

- آنها از سوی Medicare و از سوی ایالت دارای مجوز یا گواهینامه هستند تا خدمات مراقبت‌های بهداشتی را ارائه کنند.

- هنگامی که آن ارائه‌کنندگان موافقت می‌کنند با برنامه درمانی ما همکاری کنند، پرداخت از سوی ما را بپذیرند و مبلغ اضافی از اعضای طرح نگیرند، به آنها «ارائه‌کنندگان شبکه» می‌گوییم.

- در زمانی که عضو طرح ما هستید، باید از ارائه‌کنندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید. ارائه‌کنندگان شبکه «ارائه‌کنندگان طرح» نیز نامیده می‌شوند.
- **آسایشگاه یا مرکز پرستاری:** مرکزی است که از افرادی که نمی‌توانند در خانه تحت مراقبت قرار گیرند اما نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند، مراقبت می‌کند.
- **دفتر بازرسی:** دفتری در ایالت شما که به وکالت از شما عمل می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی داشته باشید، آنها می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و در فهمیدن اقداماتی که باید انجام دهید به شما کمک کنند. خدمات بازرسی رایگان هستند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در **فصل 2 و 9** از کتابچه راهنمای اعضا بیابید.
- **تصمیم‌سازمانی:** طرح ما، هنگامی که ما یا یکی از ارائه‌کنندگان ما تصمیمی را درباره خدمات تحت پوشش یا مقدار مبلغ پرداختی شما برای خدمات تحت پوشش می‌گیریم، یک تصمیم‌سازمانی اتخاذ می‌کند. تصمیمات سازمانی «تصمیمات پوشش» نیز نامیده می‌شوند. **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا تصمیمات پوشش را شرح می‌دهد.
- **محصول بیولوژیکی اصلی:** یک محصول بیولوژیکی است که توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (Food and Drug Administration, FDA) تایید شده است و به عنوان مرجع مقایسه برای تولیدکنندگانی که نسخه بیوسیمار دارو را تولید می‌کنند، عمل می‌کند. به آن محصول مرجع نیز می‌گویند.
- **Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare هزینه بر خدمات):** Original Medicare را دولت ارائه می‌کند. در Original Medicare، خدمات با پرداخت مبالغ تعیین‌شده از سوی کنگره به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی پوشش داده می‌شوند.
- می‌توانید از هر پزشک، بیمارستان یا دیگر ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی که Medicare را می‌پذیرد استفاده کنید. Original Medicare دو بخش دارد: Medicare Part A (بیمه بیمارستان) و Medicare Part B (بیمه درمانی).
- Original Medicare در سراسر ایالات متحده در دسترس است.
- اگر نخواهید در طرح ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.
- **داروخانه خارج از شبکه:** داروخانه‌ای که همکاری با طرح ما را برای هماهنگی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما نپذیرفته است. طرح ما بیشتر داروهایی را که شما از داروخانه‌های خارج از شبکه می‌گیرید پوشش نمی‌دهد، مگر آنکه شرایط ویژه‌ای حاکم باشد.
- **ارائه‌کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه:** ارائه‌کننده یا مرکزی که از سوی طرح ما استخدام نشده، تملک نشده یا اداره نمی‌شود و قراردادی برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما ندارد. **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا به توضیح ارائه‌کنندگان یا مراکز خارج از شبکه می‌پردازد.
- **هزینه‌های پرداختی از جیب:** شرایط اشتراک هزینه برای اعضا برای پرداخت بخشی از خدمات یا داروهایی که دریافت می‌کنند، همچنین هزینه پرداختی «از جیب» نیز نامیده می‌شود. به تعریف «اشتراک هزینه» در بالا مراجعه کنید.
- **داروهای بدون نسخه (OTC):** داروهای بدون نسخه داروهایی هستند که یک شخص می‌تواند بدون نسخه‌ای از یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی خریداری کند.
- **بخش A:** به «Medicare بخش A مراجعه کنید».
- **بخش B:** به «Medicare بخش B مراجعه کنید».
- **بخش C:** به «Medicare بخش C مراجعه کنید».

بخش D: به «Medicare بخش D مراجعه کنید.»

داروهای بخش D: به «داروهای Medicare Part D مراجعه کنید.»

هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی: یک شخص اصلی که با شما، با برنامه درمانی، و با ارائه‌کنندگان مراقبت‌های شما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل کند که شما مراقبت مورد نیازتان را دریافت می‌کنید.

اطلاعات سلامت شخصی (اطلاعات سلامت محافظت‌شده نیز نامیده می‌شود)

(Personal health information, PHI): اطلاعات مربوط به شما و سلامت شما مانند نام، نشانی، شماره بیمه تأمین اجتماعی، مراجعه‌ها به پزشک و سابقه پزشکی. برای اطلاعات بیشتر درباره اینکه ما چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم، از آنها استفاده می‌کنیم و آنها را افشا می‌کنیم، و نیز حقوق شما درباره PHI تان، به اطلاعیه «اقدامات حفظ حریم خصوصی» مراجعه کنید.

ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه: پزشک یا ارائه‌کننده دیگر که شما برای بیشتر مشکلات سلامت، نخست به او مراجعه می‌کنید. آنها مطمئن می‌شوند که شما مراقبت مورد نیاز را برای حفظ سلامت خود دریافت می‌کنید.

- آنها همچنین ممکن است درباره مراقبت‌های شما با سایر پزشکان و ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی صحبت کنند و شما را به آنها معرفی نمایند.

- در بسیاری از برنامه‌های درمانی Medicare، شما باید پیش از استفاده از هر ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی دیگر، به ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه‌تان مراجعه کنید.

- برای اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه، به **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

مجوز قبلی (Prior authorization, PA): یک تأییدیه که قبل از اینکه بتوانید خدمات یا داروی خاصی را دریافت کنید یا به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه نمایید باید از ما دریافت کنید. اگر ابتدا مجوز قبلی را دریافت نکنید، طرح ما ممکن است خدمات یا دارو را پوشش ندهد.

طرح ما بعضی از خدمات پزشکی شبکه را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان شبکه مجوز قبلی (PA) از ما دریافت کند.

- خدمات تحت پوششی که به PA طرح ما نیاز دارند در **فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا** شما مشخص شده‌اند.

طرح ما بعضی داروها را تنها هنگامی پوشش می‌دهد که شما PA از ما دریافت کنید.

- داروهای تحت پوشش که نیازمند PA طرف ما هستند، در فهرست داروهای تحت پوشش مشخص شده‌اند و قوانین در وب سایت ما آورده شده است.

برنامه مراقبت جامع سالمندان (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medicaid را برای افراد 55 سال به بالا که نیازمند مراقبت بیشتر برای زندگی در خانه هستند پوشش می‌دهد.

آرتز و پروتز: لوازم پزشکی تجویز شده از سوی پزشک‌تان یا سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی که شامل بست‌های بازو، پشت و گردن؛ اندام مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و دستگاه‌های لازم برای تعویض یکی از اندام‌ها یا عملکردهای داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و درمان با تغذیه روده‌ای و وریدی.

سازمان بهبود کیفیت (Quality improvement organization, QIO): این سازمان متشکل است از گروهی از پزشکان و سایر کارشناسان مراقبت‌های بهداشتی که در ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اعضای Medicare کمک می‌کنند. دولت فدرال هزینه QIO را می‌پردازد تا بیماران را معاینه کند و مراقبت‌های ارائه‌شده به آنها را بهبود بخشد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO، به **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

محدودیت‌های تعداد: محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. ممکن است ما مقدار دارویی را که در هر نسخه پوشش می‌دهیم محدود کنیم.

ابزار مزایای لحظه‌ای: یک پورتال یا برنامه رایانه‌ای که در آن ثبت‌نام کنندگان می‌توانند اطلاعات کامل، دقیق، به موقع، از نظر بالینی مناسب، داروهای تحت پوشش خاص ثبت‌نام‌کننده و اطلاعات مفید را جستجو کنند. این شامل مقادیر اشتراک هزینه، داروهای جایگزینی است که ممکن است برای همان وضعیت سلامتی مانند یک داروی خاص استفاده شود و محدودیت‌های پوششی (مجاز قبلی، مرحله درمانی، محدودیت‌های کمیت) که برای داروهای جایگزین اعمال می‌شود.

معرفی (یا ارجاع): معرفی یعنی تأییدیه ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما یا تأییدیه ما برای استفاده از یک ارائه‌کننده دیگر غیر از PCP شما. اگر نخست تأییدیه را دریافت نکنید، ممکن است خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از برخی متخصصان، مانند متخصصان بهداشت زنان، نیازی به معرفی ندارید. اطلاعات بیشتر درباره معرفی‌ها را می‌توانید در **فصل‌های 3 و 4** از کتابچه راهنمای اعضا بیابید.

خدمات توان‌بخشی: درمانی که دریافت می‌کنید تا به شما کمک کند یک بیماری، حادثه یا عمل جراحی مهم را پشت سر بگذارید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات توان‌بخشی، به **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (Sexually Transmitted Infections, STIs)، اچ‌آی‌وی/ایدز (HIV/AIDS)، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت و خشونت شریک جنسی.

محدوده خدماتی: ناحیه جغرافیایی که یک برنامه درمانی پذیرش اعضا را طبق آن انجام می‌دهد، البته اگر عضویت را به محل زندگی افراد مشروط کرده باشد. برای طرح‌هایی که محدودیتی در پزشکان و بیمارستان‌های قابل استفاده برای شما مشخص می‌کند، این محدوده معمولاً جایی است که شما می‌توانید در آن خدمات روتین (غیر اورژانسی) دریافت کنید. فقط کسانی که در محدوده خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند در طرح ما ثبت‌نام کنند.

مرکز پرستاری تخصصی (Skilled nursing facility, SNF): یک مرکز پرستاری با کارکنان و تجهیزات برای ارائه مراقبت‌های پرستاری تخصصی و، در بسیاری از موارد، خدمات توان‌بخشی تخصصی و سایر خدمات ذیربط در حوزه سلامت.

مراقبت‌های مرکز پرستاری تخصصی (SNF): مراقبت‌های پرستاری تخصصی و خدمات توان‌بخشی ارائه‌شده به صورت مستمر و روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. نمونه‌هایی از مراقبت‌های مرکز پرستاری تخصصی عبارتند از فیزیوتراپی یا تزریق‌های درون‌وریدی (IV) که یک پرستار رسمی یا پزشک می‌تواند ارائه کند.

متخصص: پزشکی که مراقبت‌های بهداشتی را برای یک بیماری مشخص یا بخشی از بدن ارائه می‌کند.

داروخانه تخصصی: برای اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های تخصصی، به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

جلسه رسیدگی ایالتی: اگر پزشک شما یا ارائه‌کننده‌ای دیگر یکی از خدمات Medi-Cal را درخواست کند که ما تأیید نکنیم، یا ما هزینه خدمات Medi-Cal را که از قبل دریافت می‌کردید دیگر پرداخت نکنیم، می‌توانید درخواست جلسه رسیدگی ایالتی کنید. اگر نتیجه جلسه رسیدگی ایالتی به نفع شما باشد، ما باید خدمات درخواستی شما را ارائه کنیم.

درمان مرحله‌ای: یک قانون پوشش که شما را ملزم می‌سازد پیش از این که ما داروی درخواستی‌تان را پوشش دهیم، داروی دیگری را امتحان کنید.

درآمد تکمیلی تأمین اجتماعی (Supplemental Security Income, SSI): نوعی مزایای ماهانه که بیمه تأمین اجتماعی به افرادی با درآمد و منابع محدود پرداخت می‌کند که معلول، نابینا یا 65 سال به بالا هستند. مزایای SSI با مزایای بیمه تأمین اجتماعی یکسان نیست.

مراقبت‌های فوری موردنیاز: مراقبتی که شما برای یک بیماری غیرمنتظره، جراحی یا عارضه‌ای که اورژانسی نیست ولی نیازمند مراقبت‌های فوری است دریافت می‌کنید. هنگامی که با توجه به زمان، مکان یا شرایط شما، دریافت خدمات از ارائه دهندگان شبکه ممکن نیست یا غیرمنطقی است (مثلاً زمانی که شما خارج از منطقه خدماتی طرح و برای یک وضعیت غیرقابل پیش‌بینی نیاز به خدمات فوری پزشکی دارید، اما این یک اورژانس پزشکی نیست) و نمی‌توانید به آنها دسترسی پیدا کنید، می‌توانید مراقبت‌های فوری مورد نیاز خود را از ارائه دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 12: تعاریف کلمات مهم

خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus

تماس بگیرید	1-877-412-2734 در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس با این شماره رایگان است. خدمات مشتریان همچنین دارای خدمات مترجم رایگان برای افراد غیر انگلیسی‌زبان است.
TTY	711 این شماره نیاز به تجهیزات تلفنی مخصوص دارد و فقط برای افرادی است که دچار مشکلات شنوایی و گفتاری هستند. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس با این شماره رایگان است.
فکس	1-714-246-8711
آدرس پستی	CalOptima Health OneCare Flex Plus Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 OneCarecustomerservice@caloptima.org
وبسایت	www.caloptima.org/OneCare

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Flex Plus از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.





CalOptima Health, A Public Agency
505 City Parkway West, Orange, CA 92868
caloptima.org/OneCare

در صورتی که پرسشهایی دارید و یا برای دریافت خدمات بهداشتی خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با دفتر خدمات مشتریان CalOptima Health's OneCare از طریق شماره تلفن رایگان **1-877-412-2734**، طی 24 ساعت شبانه روز، در 7 روز هفته تماس بگیرید. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند. کاربران خط TTY می توانند با شماره **711** تماس بگیرند. همچنین می توانید از وبسایت ما به آدرس www.caloptima.org/OneCare دیدن کنید.