

2026



کتابچه راهنمای اعضا

CalOptima Health OneCare Complete (H5433-001)

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



H5433_26MM001TF_C

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

1 ژانویه 2026 - 31 دسامبر 2026

پوشش درمانی و دارویی شما تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete

مقدمه کتابچه راهنمای اعضا

این کتابچه راهنمای اعضا، که به عنوان شواهد پوشش نیز شناخته می‌شود، اطلاعات مربوط به پوشش شما توسط طرح ما را تا 31 دسامبر 2026 در اختیارتان قرار می‌دهد. خدمات مراقبت‌های درمانی، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد)، پوشش داروها، و خدمات و حمایت‌های طولانی مدت را توضیح می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل 12 این کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

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

منظور از «ما»، «طرح ما» یا «طرح ما» در این کتابچه راهنمای اعضا، همان CalOptima Health OneCare Complete است.

این مطالب به صورت رایگان به زبان‌های اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی، عربی یا روسی موجود است.

شما می‌توانید این مدارک را به صورت رایگان در قالب‌های 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 شبانه‌روز و 7 روز هفته دریافت کنید. این تماس رایگان است.

شما همچنین می‌توانید برای دریافت مطالب به زبان مورد نظر خود و/یا قالب جایگزین یک درخواست دائمی ارائه دهید:

- برای درخواست دائمی مطالب به یک زبان آستانه یا قالب جایگزین، با شماره خدمات مشتریان در پایین صفحه تماس بگیرید یا به پورتال امن آنلاین اعضا به آدرس زیر مراجعه کنید:
<https://member.caloptima.org/#/user/login>

- ما درخواست دائمی شما را در سیستم خود حفظ می‌کنیم تا برای ارسال اطلاعات و مکاتبات در آینده استفاده شود

- برای حذف یا تغییر درخواست دائمی لطفاً با خدمات مشتریان با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، طی 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



اطلاعیہ در مورد دسترسی به خدمات کمک زبانی و وسایل کمکی و خدماتی

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.

(Arabic) العربية

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។

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



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 می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید, با **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت, مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ, نیز موجود است. با **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

ગુજરાતી (Gujarati)

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

हिंदी (Hindi)

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

Hmoob (Hmong)

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

日本語 (Japanese)

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

한국어 (Korean)

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

ພາສາລາວ (Laotian)

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

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo 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 آپکو 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.

سایر زبانها

شما می‌توانید این کتابچه راهنمای اعضا و سایر مطالب طرح را به صورت رایگان به زبان‌های دیگر دریافت کنید. CalOptima Health OneCare ترجمه‌های کتبی را توسط مترجمان واجد شرایط ارائه می‌دهد. با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare به شماره رایگان **1-877-412-2734** (TTY 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات کمک زبانی برای مراقبت‌های بهداشتی مانند خدمات مترجم شفاهی و ترجمه کتبی، این کتابچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید.

سایر قالبها

شما می‌توانید این اطلاعات را زمان مناسب و در قالب‌های دیگری مانند خط بریل، چاپ بزرگ با فونت 20، قالب صوتی و قالب‌های الکترونیکی قابل دسترس (سی‌دی داده‌ها) به صورت رایگان دریافت کنید. با خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره رایگان **1-877-412-2734** (TTY 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

خدمات مترجم

CalOptima Health OneCare خدمات ترجمه شفاهی و همچنین مترجم زبان اشاره را توسط یک مترجم واجد شرایط، به صورت 24 ساعته و رایگان به شما ارائه می‌دهد. دیگر نیاز ندارید که از اعضای خانواده یا دوستان به عنوان مترجم استفاده کنید. ما، مگر اینکه شرایط اضطراری باشد استفاده از افراد زیر سن قانونی به عنوان مترجم را توصیه نمی‌کنیم. خدمات مترجم، زبانی و فرهنگی به صورت رایگان ارائه می‌شوند. کمک به صورت 24 ساعت شبانه روز طی 7 روز هفته در دسترس است. برای دریافت خدمات کمک زبانی، یا دریافت این کتابچه راهنما به زبان دیگر، با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete به شماره **1-877-412-2734** (TTY 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

فهرست مطالب

بخش 1:	شروع کار به عنوان عضو برنامه	11
بخش 2:	شماره تلفنها و منابع مهم	22
بخش 3:	استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما	45
بخش 4:	جدول مزایا	67
بخش 5:	دریافت داروهای تجویزی سرپایی شما	147
بخش 6:	مبلغی که برای داروهای Medicare و Medi-Cal خود پرداخت می کنید	166
بخش 7:	درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده اید	177
بخش 8:	حقوق و مسئولیت های شما	184
بخش 9:	در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید	203
بخش 10:	پایان عضویت شما در طرح ما	244
بخش 11:	اعلامیه های قانونی	253
بخش 12:	تعاریف واژه های مهم	257

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

❖ مزایا و/یا هزینه سهم هزینه عضو ممکن است در اول ژانویه، 2027 تغییر کند.

❖ داروهای تحت پوشش، شبکه داروخانه ها و/یا شبکه ارائه دهندگان ما ممکن است در هر زمانی تغییر کنند. حداقل 30 روز قبل از هرگونه تغییری که ممکن است شما را تحت تأثیر قرار دهد، اطلاعیه ای دریافت خواهید کرد.

❖ مزایای مواد غذایی و خوار وبار CalOptima Health OneCare Complete برای سال 2026 بخشی از یک برنامه مکمل ویژه برای اعضا مبتلا به بیماریهای مزمن است. همه اعضا واجد شرایط نیستند. برای استفاده از مزایای مواد غذایی و خوار وبار، اعضای OneCare Complete باید همزمان یک یا چند بیماری مزمن و پیچیده پزشکی داشته باشند که تهدید کننده زندگی باشد یا سلامت کلی یا عملکرد عضو بیمه را به طور قابل توجهی محدود کند. مشکلات سلامتی که مشمول این این خدمات می شوند شامل اختلالات قلبی عروقی، دیابت شیرین یا وابسته به انسولین، نارسایی مزمن قلبی، بیماری مزمن ریوی، یا بیماری کلیوی مرحله نهایی است، اما محدود به این بیماریها نیست. حتی اگر عضو یک بیماری مزمن داشته باشد، عضو لزوماً مزایای مواد غذایی و خواربار را دریافت نخواهد کرد. دریافت مزایای مواد غذایی و خوار وبار 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. حمل و نقل به فروشگاه مواد غذایی برای اعضای OneCare Complete در دسترس نیست.

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



بخش 1: شروع کار به عنوان عضو برنامه

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی در مورد CalOptima Health OneCare Complete است، یک طرح درمانی که تمام خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد و تمام خدمات Medicare و Medi-Cal و عضویت شما در آن را هماهنگ می‌کند. همچنین به شما می‌گوید که چه انتظاراتی باید داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبا در آخرین فصل این کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A.	به طرح ما خوش آمدید	13
B.	اطلاعاتی در مورد Medicare و Medi-Cal	13
B1.	Medicare	13
B2.	Medi-Cal	13
C.	مزیت های طرح ما.	14
D.	منطقه خدمات رسانی طرح ما.	14
E.	چه مواردی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می کند.	15
F.	وقتی برای اولین بار به طرح درمانی می پیوندید، چه انتظاراتی باید داشته باشید	15
G.	تیم مراقبتی و برنامه مراقبتی شما	16
G1.	تیم مراقبتی	16
G2.	برنامه مراقبتی	16
H.	خلاصه هزینه های مهم.	17
H1.	مبلغ پرداختی داروهای تجویزی Medicare	17
I.	این کتابچه راهنمای اعضا.	17
J.	سایر اطلاعات مهمی که از ما دریافت می کنید	18
J1.	کارت عضویت شما	18
J2.	فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها	19
J3.	فهرست داروهای تحت پوشش شما	20
J4.	شرح مزایا	20
K.	به روز نگه داشتن سوابق عضویت شما	21
K1.	محرمانگی اطلاعات سلامتی شخصی شما (PHI).	21

A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که واجد شرایط هر دو برنامه هستند ارائه می دهد. طرح ما شامل پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه دهندگان خدمات و پشتیبانی های بلندمدت، ارائه دهندگان خدمات سلامت رفتاری و سایر ارائه دهندگان می شود. ما همچنین هماهنگ کننده های مراقبت شخصی و تیم های مراقبتی داریم که به شما در مدیریت ارائه دهندگان و خدماتتان کمک می کنند. همه آنها با هم همکاری می کنند تا مراقبت مورد نیاز شما را ارائه دهند. به عنوان عضو CalOptima Health OneCare Complete، به یکی از بزرگترین شبکه های ارائه دهندگان خدمات درمانی در Orange County دسترسی دارید. این به این معنی است که شما به بیمارستان ها، پزشکان و متخصصین بیشتری دسترسی خواهید داشت. CalOptima Health OneCare Complete مزایای Medicare و Medi-Cal شما را از طریق یک طرح واحد هماهنگ می کند.

B. اطلاعاتی در زمینه Medicare و Medi-Cal

B1 Medicare

Medicare برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر می باشد:

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

B2 Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه Medicaid کالیفرنیا است. Medi-Cal توسط ایالت اداره شده و هزینه آن توسط ایالت و دولت فدرال تأمین می گردد. Medi-Cal به افرادی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می کند تا هزینه خدمات پشتیبانی های بلندمدت (LTSS) و هزینه های پزشکی خود را پرداخت کنند. همچنین خدمات اضافی و برخی از داروهای که توسط Medicare پوشش داده نمی شود را تحت پوشش قرار می دهد.

هر ایالت در زمینه های زیر تصمیم میگیرد:

- چه مواردی به عنوان درآمد و دارایی محسوب می شوند،
- چه کسی واجد شرایط است،
- چه خدماتی پوشش داده می شوند، و
- میزان هزینه خدمات.

تا زمانی که قوانین فدرال رعایت شوند، هر ایالتی میتواند تصمیم بگیرد که چگونه برنامه های خود را اداره کند. بیمه درمانی Medicare و ایالت کالیفرنیا طرح ما را تأیید کردند. شما در شرایط زیر می توانید خدمات Medicare و Medi-Cal را از برنامه ما دریافت کنید:

- ما تصمیم به ارائه برنامه گرفته باشیم، و
 - Medicare و دولت ایالتی کالیفرنیا به ما اجازه می دهند که به ارائه این طرح ادامه دهیم.
- حتی اگر اجرای طرح ما در آینده متوقف شود، تأثیری بر صلاحیت شما جهت دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal نخواهد داشت.

C. مزیت های طرح ما

شما اکنون می توانید تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal خود، از جمله داروها را از طرح ما دریافت کنید. شما برای عضویت در این طرح درمانی هزینه اضافی پرداخت نمی کنید.

بما به شما کمک می کنیم تا مزایای Medicare و Medi-Cal شما به بهترین صورت با هم هماهنگ شوند. برخی از مزیت ها عبارتند از:

- شما می توانید برای اکثر نیازهای مراقبت های بهداشتی خود با ما همکاری کنید.
- شما یک گروه مراقبتی خواهید داشت که خودتان در تشکیل آن کمک خواهید کرد. تیم مراقبتی شما می تواند از شما، مراقبت کننده شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران و یا سایر کارشناسان بهداشتی و درمانی تشکیل شده باشد.
- شما به یک هماهنگ کننده مراقبت های شخصی دسترسی دارید. این شخصی است که با شما، با طرح ما و با تیم مراقبتی شما همکاری می کند تا در ایجاد یک طرح مراقبتی کمک کند.
- شما می توانید با کمک تیم مراقبتی و هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود، روند مراقبت های خود را مدیریت کنید.
- تیم مراقبت و هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما با شما همکاری می کنند تا یک برنامه مراقبتی متناسب با نیازهای سلامتی شما تهیه کنند. تیم مراقبتی در زمینه هماهنگ کردن خدمات مورد نیاز شما را کمک خواهد کرد. به عنوان مثال، این بدان معنی است که تیم مراقبت شما مطمئن می شود که:
 - پزشکان شما از تمام داروهایی که مصرف می کنید مطلع هستند تا بتوانند مطمئن شوند که داروهای مناسب را مصرف می کنید و می توانند عوارض جانبی احتمالی داروها را کاهش دهند.
 - نتایج آزمایش شما، در صورت لزوم، با تمام پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات به اشتراک گذاشته می شود.

اعضای جدید CalOptima Health OneCare Complete: در بیشتر موارد، شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در CalOptima Health OneCare Complete برای دریافت مزایای Medicare خود در CalOptima Health OneCare Complete ثبت نام خواهید شد. شما همچنان می توانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح درمانی Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق CalOptima Health OneCare Complete دریافت خواهید کرد. هیچ خللی در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. در صورت داشتن هرگونه سوالی با شماره تلفن پایین صفحه تماس بگیرید.

D. منطقه خدمات رسانی طرح ما

منطقه خدمات ما شامل اورنج کانتی، کالیفرنیا است.

فقط افرادی که در منطقه تحت پوشش ما زندگی می کنند می توانند به طرح ما بپیوندند.

اگر به خارج از منطقه تحت پوشش ما نقل مکان کنید، نمی توانید در طرح ما بمانید. برای اطلاعات بیشتر در مورد اثرات نقل مکان به خارج از منطقه خدماتی ما، به فصل 8 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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



E. چه مواردی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می‌کند

شما در صورتی واجد شرایط طرح ما هستید که:

- در منطقه تحت پوشش ما زندگی می‌کنید (افراد زندانی، حتی اگر محل سکونتشان در منطقه تحت پوشش باشد، ساکن در آن محسوب نمی‌شوند)، و
- در زمان عضویت 21 سال یا بیشتر سن داشته باشید، و
- در هر دو Medicare بخش A و Medicare بخش B عضو باشید، و
- شهروند (سیتیزن) ایالات متحده باشید یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید، و
- در حال حاضر واجد شرایط دریافت Medi-Cal باشید.

اگر واجد شرایط بودن برای Medi-Cal را از دست بدهید اما انتظار می‌رود ظرف شش (6) ماه دوباره آن را دریافت کنید، همچنان واجد شرایط طرح ما هستید. برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

F. وقتی برای اولین بار به طرح درمانی ما می‌پیوندید، چه انتظاراتی باید داشته باشید

هنگامی که برای اولین بار به طرح ما ملحق می‌شوید، یک ارزیابی خطر سلامت (health risk assessment, HRA) را ظرف 90 روز قبل یا بعد از تاریخ ثبت نام خود دریافت می‌کنید.

ما باید یک HRA برای شما تکمیل کنیم این HRA مبنای تدوین برنامه مراقبتی شما است. HRA شامل سؤالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی، سلامت رفتاری و عملکردی شما است.

ما برای تکمیل HRA با شما تماس خواهیم گرفت. ما می‌توانیم HRA را از طریق مراجعه حضوری، تماس تلفنی یا پست تکمیل کنیم.

اطلاعات بیشتر در مورد این HRA را برای شما ارسال خواهیم کرد.

اگر طرح ما برای شما جدید است، می‌توانید برای مدت زمان مشخصی از خدمات پزشکی که اکنون از آنها استفاده می‌کنید، حتی اگر آنها در شبکه ما نباشند، استفاده کنید. ما این را تداوم مراقبت می‌نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، می‌توانید 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 شما یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما می‌توانید از ما درخواست کنید که به شما اجازه دهیم همچنان از ارائه دهنده خدمات درمانی فعلی خود استفاده کنید.
- ما تأیید می‌کنیم که شما با ارائه کننده مراقبت‌های اولیه یا متخصص مربوطه از پیش ارتباط فعال داشته اید، البته با در نظر گرفتن برخی استثنایا. منظور ما از «ارتباط فعال»، این است که شما حداقل یک بار برای ویزیت غیر اورژانسی در طول 12 ماه قبل از تاریخ ثبت نام اولیه خود در طرح ما، به یک ارائه دهنده خدمات درمانی خارج از شبکه مراجعه کرده اید.
- ما با بررسی اطلاعات بهداشتی شما که در اختیار ماست یا اطلاعاتی که شما به ما داده اید در مورد این ارتباط فعال تصمیم‌گیری می‌کنیم.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



بخش 1: شروع کار به عنوان عضو برنامه

- ما برای پاسخ دادن به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. شما می توانید از ما درخواست کنید که سریعتر تصمیم بگیریم و ما باید ظرف 15 روز پاسخ دهیم. شما می توانید این درخواست را با تماس با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، مطرح کنید. اگر شما در معرض خطر باشید، باید ظرف 3 روز پاسخ دهیم.
- شما یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما باید هنگام ارائه درخواست، مدارک مربوط به رابطه فعال را ارائه دهید و با شرایط خاصی موافقت کنید.

توجه: شما می توانید این درخواست را برای ارائه دهندگان تجهیزات پزشکی با دوام (Durable Medical Equipment, DME) برای حداقل 90 روز ارائه دهید تا زمانی که ما اجازه DME جدید را تأیید کنیم و از یک ارائه دهنده شبکه بخواهیم که مورد اجازه شده را را تحویل دهد. اگرچه نمی توانید این درخواست را برای ارائه دهندگان خدمات حمل و نقل یا سایر ارائه دهندگان خدمات جانبی ارائه دهید، اما می توانید برای خدمات حمل و نقل یا سایر خدمات جانبی که در طرح ما گنجانده نشده اند، درخواست دهید.

پس از پایان دوره تداوم مراقبت، شما باید از پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات درمانی در شبکه CalOptima Health OneCare Complete که وابسته به شبکه درمانی ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما هستند استفاده کنید، مگر اینکه ما با پزشک خارج از شبکه شما به توافقی رسیده باشیم. یک ارائه کننده عضو شبکه ارائه کننده ای است که با برنامه خدمات بهداشتی و درمانی همکاری دارد. یک شبکه درمانی، گروهی از پزشکان و بیمارستان ها است که با CalOptima Health OneCare Complete قرارداد دارند تا خدمات تحت پوشش را به اعضای ما ارائه دهند. برای اطلاعات بیشتر در مورد دریافت مراقبت، به **فصل 3** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G. تیم مراقبتی و برنامه مراقبتی شما

G1. تیم مراقبتی

یک تیم مراقبتی می تواند به شما کمک کند تا مراقبت های مورد نیاز خود را دریافت کنید. یک تیم مراقبتی ممکن است شامل پزشک شما، یک هماهنگ کننده مراقبت های شخصی یا سایر افراد مرتبط با حوزه سلامت که شما انتخاب می کنید، باشد.

هماهنگ کننده مراقبت های شخصی فردی است که برای کمک به شما در مدیریت مراقبت های مورد نیازتان آموزش دیده است. هنگام ثبت نام در طرح ما، یک هماهنگ کننده مراقبت شخصی دریافت می کنید. این شخص همچنین شما را به سایر منابع اجتماعی ارجاع می دهد که طرح ما ممکن است ارائه نکند و با تیم مراقبت شما برای کمک به هماهنگی مراقبت شما همکاری خواهد کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد هماهنگ کننده مراقبت شخصی و تیم مراقبت خود با شماره های پایین صفحه تماس بگیرید.

G2. طرح مراقبتی

تیم مراقبت شما برای ایجاد یک برنامه مراقبتی با شما همکاری می کند. یک طرح مراقبتی به شما و پزشکانتان اطلاع می دهد که به چه خدماتی نیاز دارید و چگونه می توانید آنها را دریافت کنید. این شامل خدمات پزشکی، سلامت رفتاری و LTSS یا سایر خدمات شما می شود.

طرح مراقبتی شما شامل موارد زیر است:

- اهداف مراقبت های بهداشتی شما، و

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



- یک جدول زمانی برای دریافت خدمات مورد نیاز شما.

تیم مراقبت شما پس از تکمیل HRA با شما ملاقات می‌کند. آنها از شما در مورد خدماتی که نیاز دارید سوال می‌کنند. آنها همچنین در مورد خدماتی که ممکن است بخواهید در مورد دریافت آنها فکر کنید، به شما اطلاعات می‌دهند. طرح مراقبتی شما بر اساس نیازها و اهداف شما ایجاد می‌شود. گروه مراقبتی حداقل سالی یکبار با همکاری شما برنامه مراقبتی را به روز خواهد کرد.

H. خلاصه هزینه های مهم

طرح ما هیچ حق بیمه‌ای ندارد.

هزینه‌های شما می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- مبلغ طرح پرداخت داروهای تجویزی Medicare (بخش H1)

در برخی شرایط، حق بیمه طرح شما می‌تواند کمتر باشد.

H1. مبلغ پرداختی داروهای تجویزی Medicare

اگر در طرح پرداخت هزینه‌های داروهای تجویزی Medicare شرکت می‌کنید، برای داروهایتان (به جای پرداخت به داروخانه) صورتحسابی از طرح خود دریافت خواهید کرد. صورتحساب ماهانه شما بر اساس مبلغی که برای هر نسخه‌ای که دریافت کرده اید می‌بایست پرداخت می‌کردید، به اضافه بدهی باقی مانده از ماه قبل، تقسیم بر تعداد ماه‌های باقی مانده در سال محاسبه می‌شود.

فصل 2 اطلاعات بیشتری در مورد طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare ارائه می‌دهد. اگر با مبلغ صورتحساب دریافتی به عنوان بخشی از این گزینه پرداخت مخالف هستید، می‌توانید مراحل ذکر شده در **فصل 9** را برای طرح شکایت یا تجدیدنظر دنبال کنید.

I. این کتابچه راهنمای اعضا

این کتابچه راهنمای اعضا بخشی از قرارداد ما با شماست. این به این معنی است که ما باید تمام قوانین موجود در این سند را رعایت کنیم. اگر فکر می‌کنید عملی را انجام داده ایم که خلاف این مقررات است، می‌توانید به تصمیم ما اعتراض کنید. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست‌های تجدیدنظر، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.

شما می‌توانید با تماس با خدمات مشتریان از طریق شماره‌های پایین صفحه، کتابچه راهنمای اعضا را درخواست کنید. همچنین می‌توانید به کتابچه راهنمای اعضا که در وبسایت ما در آدرس پایین صفحه موجود است، مراجعه کنید.

این قرارداد برای ماه‌هایی که شما در طرح ما بین 1 ژانویه 2026 و 31 دسامبر 2026 ثبت‌نام کرده‌اید، معتبر است.

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

کتابچه راهنمای اعضای

بخش 1: شروع کار به عنوان عضو برنامه

ل. سایر اطلاعات مهمی که از ما دریافت می کنید

سایر اطلاعات مهمی که ما در اختیار شما قرار می دهیم شامل کارت شناسایی عضویت شما، اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها و اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به فهرست داروهای تحت پوشش، که به عنوان فهرست دارو یا فهرست فرمولی دارو نیز شناخته می شود، می باشد.

ل1. کارت شناسایی عضویت شما

برای طرح ما، شما یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود، از جمله خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (LTSS)، خدمات سلامت رفتاری خاص، و نسخه ها دارید. در زمان دریافت هریک از خدمات یا تهیه داروهای نسخه ای باید این کارت را نشان می دهید. این یک نمونه کارت شناسایی عضو است:

 CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan CalOptima Health, A Public Agency	 Prescription Drug Coverage	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.
Member Name: <Cardholder Name> Member ID: <Cardholder ID#> Personal Care Coordinator: <PCP Name> Health Network: <HN Name> Health Network Phone: <HN Phone> PCP Group/Name: <PCP Name> PCP Phone: <PCP Phone> H5433-001	RxBIN: 015574 RxPCN: ASPRODI RxGroup: CAT04	Customer Service: 1-877-412-2734 Behavioral Health: 1-855-877-3885 24-Hour Nurse Advice: 1-844-447-8441 Transportation: 1-866-612-1256 Vision Services: 1-855-428-9026 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: MediImpact Healthcare System PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108

اگر کارت شناسایی عضویت شما آسیب دیده، گم شده یا به سرقت رفته است، فوراً با شماره خدمات مشتریان در پایین صفحه تماس بگیرید. ما یک کارت جدید برای شما ارسال خواهیم کرد.

تا زمانی که عضو طرح ما هستید، برای دریافت بیشتر خدمات، نیازی به استفاده از کارت قرمز، سفید، آبی Medicare یا کارت Medi-Cal خود ندارید. آن کارت ها را در مکانی مطمئن نگهداری کنید تا در صورت لزوم در آینده بتوانید به آنها دسترسی داشته باشید. اگر به جای کارت عضویت، کارت Medicare خود را نشان دهید، ارائه دهنده خدمات درمانی ممکن است صورتحساب را به جای طرح ما، به Medicare ارسال کند که در این صورت شما نیز ممکن است که صورتحساب را دریافت کنید. در صورت نیاز به خدمات بیمارستانی، خدمات آسایشگاهی یا شرکت در مطالعات تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare (که به آن آزمایش بالینی نیز می گویند)، ممکن است از شما خواسته شود کارت Medicare خود را ارائه دهید. برای اطلاع از اینکه در صورت دریافت صورتحساب از یک ارائه دهنده چه کاری باید انجام دهید، به فصل 7 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

• برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental

○ خدمات دندانپزشکی Medi-Cal (از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental Program)

برخی از خدمات دندانپزشکی را پوشش می دهد.

○ اگر سؤالی دارید یا می خواهید درباره خدمات دندانپزشکی بیشتر بدانید، با برنامه دندانپزشکی

Medi-Cal Dental به شماره 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 یا 711)، از ساعت 8

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



صبح تا 5 بعد از ظهر، از دوشنبه تا جمعه، تماس بگیرید. همچنین می‌توانید از وبسایت طرح Medi-Cal Dental به آدرس <https://www.dental.dhcs.ca.gov> یا <https://smilecalifornia.org/> بازدید کنید.

• خدمات سلامت رفتاری

- خدمات سلامت روان غیرتخصصی (Non-specialty mental health services, NSMHS) تحت پوشش CalOptima Health و خدمات سلامت روان تخصصی (specialty mental health services, SMHS) تحت پوشش طرح سلامت روان آژانس مراقبت‌های بهداشتی اورنج کانتی (Orange County Health Care Agency, OCHCA) هستند.
- اگر سوالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات سلامت رفتاری اطلاعات بیشتری کسب کنید، با خط سلامت رفتاری CalOptima Health به شماره **1-855-877-3885 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

• خدمات پشتیبانی در منزل (InHome Supportive Services, IHSS)

- اگر سوالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS) اطلاعات بیشتری کسب کنید، با آژانس خدمات اجتماعی اورنج کانتی به شماره‌های **1-714-825-3000** یا **1-800-281-9799 (TTY 1-800-735-2929)** تماس بگیرید.

2. فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها

فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها، فهرستی از ارائه دهندگان خدمات و داروخانه‌های موجود در شبکه طرح ما را ارائه می‌دهد. شما تا زمانی که عضو طرح ما هستید باید برای دریافت خدمات تحت پوشش به ارائه کنندگان خدمات درون شبکه مراجعه کنید.

شما می‌توانید با تماس با خدمات مشتریان از طریق شماره‌های پایین صفحه، فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها (به صورت الکترونیکی یا کتبی) را درخواست کنید. درخواست‌های دریافت نسخه کتبی فهرست ارائه دهندگان خدمات درمانی و داروخانه‌ها ظرف سه روز کاری برای شما ارسال خواهد شد.

همچنین می‌توانید به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها در آدرس وبسایت پایین صفحه مراجعه کنید.

فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها، فهرستی از تمام شبکه‌های درمانی، پزشکان مراقبت‌های اولیه، متخصصان، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و داروخانه‌های طرف قرارداد با CalOptima Health OneCare Complete را در اختیار شما قرار می‌دهد.

تعریف ارائه دهندگان شبکه

- ارائه دهندگان شبکه ما عبارتند از:
 - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی که می‌توانید به عنوان عضوی از طرح ما از خدمات آنها استفاده کنید؛
 - کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر مکان‌هایی که خدمات درمانی را در طرح ما ارائه می‌دهند؛ و،

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- خدمات و پشتیبانی های بلندمدت (LTSS)، خدمات سلامت رفتاری، آژانسهای خدمات مراقبتی در منزل، تأمین کنندگان تجهیزات پزشکی با دوام (DME) 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 دهندگان شبکه موافقت می کنند که مبلغ پرداختی از طرح ما برای خدمات تحت پوشش را به عنوان پرداخت کامل بپذیرند.

تعریف داروخانه های عضو شبکه

- داروخانه های شبکه، داروخانه هایی هستند که موافقت می کنند داروهای تجویزی اعضای طرح ما را ارائه کنند. برای یافتن داروخانه عضو شبکه مورد نظر از فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها استفاده کنید.
- به غیر از موارد اضطراری، اگر می خواهید طرح ما هزینه داروهایتان را پرداخت کند، شما باید نسخه های خود را از یکی از داروخانه های شبکه ما تهیه کنید.

برای اطلاعات بیشتر با شماره های خدمات مشتریان در پایین صفحه تماس بگیرید. هم بخش خدمات مشتریان و هم وبسایت ما می توانند جدیدترین اطلاعات در مورد تغییرات در داروخانه ها و ارائه دهندگان خدمات درمانی شبکه ما را در اختیار شما قرار دهند.

3. فهرست داروهای تحت پوشش

طرح ما فهرستی از داروهای تحت پوشش دارد. ما به اختصار آن را فهرست داروها می نامیم. این به شما می گوید که کدام داروها تحت پوشش طرح ما هستند. داروهای موجود در این فهرست توسط طرح ما و با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می شوند. فهرست دارو باید الزامات Medicare را برآورده کند. داروهایی که تحت برنامه مذاکره قیمت داروی Medicare یا (Medicare Drug Price Negotiation Program)، قیمت های توافقی دارند، در فهرست دارویی شما قرار خواهند گرفت، مگر اینکه طبق توضیحات فصل 5، بخش E، حذف و جایگزین شده باشند. Medicare، فهرست داروهای CalOptima Health OneCare Complete را تأیید کرده است.

فهرست داروها همچنین وجود هرگونه مقررات یا محدودیت برای داروها، مانند محدود بودن مقداری که می توانید دریافت کنید را نشان می دهد. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

هر سال، ما اطلاعاتی در مورد دسترسی به فهرست داروها برای شما ارسال می کنیم، اما امکان دارد تغییراتی در طی سال به وجود بیاید. برای دریافت جدیدترین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش، با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا از وبسایت ما به آدرس پایین صفحه دیدن کنید.

4. شرح مزایا

وقتی از مزایای دارویی Medicare بخش D خود استفاده می کنید، خلاصه ای برای شما ارسال می کنیم تا به شما در درک و پیگیری پرداخت های مربوط به داروهای Medicare بخش D کمک کنیم. این خلاصه، شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOB) نامیده می شود.

در شرح مزایا یا EOB کل مبلغی که شما، یا دیگران از طرف شما برای داروهای Medicare بخش D خود پرداخته اید و کل مبلغی که در طول ماه برای هریک از داروهای نسخه ای Medicare بخش D شما پرداخته ایم، نشان داده شده است. این EOB یک صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی که مصرف می کنید، مانند افزایش قیمت و سایر داروهایی که ممکن است با هزینه اشتراک کمتری در دسترس باشند، دارد. می توانید در مورد این گزینه های

بخش 1: شروع کار به عنوان عضو برنامه

کم‌هزینه‌تر با پزشک خود صحبت کنید. **فصل 6** این کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در مورد EOB و نحوه کمک آن به شما در پیگیری پوشش دارویی‌تان ارائه می‌دهد.

همچنین می‌توانید درخواست EOB بدهید. برای دریافت یک نسخه از این مدارک، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

K. به‌روز نگه داشتن سوابق عضویت شما

شما می‌توانید با اعلام هرگونه تغییر در اطلاعات و مشخصات خود به ما، سوابق عضویت خود را به‌روز نگاه دارید. ما به این اطلاعات نیاز داریم تا مطمئن شویم اطلاعات صحیح شما را در سوابق خود داریم. پزشکان، بیمارستان‌ها، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در شبکه طرح ما از سابقه عضویت شما برای اطلاع از خدمات و داروهای تحت پوشش و میزان سهم هزینه شما استفاده می‌کنند. به همین دلیل، بسیار مهم است که به ما در به‌روز نگه داشتن اطلاعات شما کمک کنید.

موارد زیر را فوراً به ما اطلاع دهید:

- تغییرات در نام، آدرس یا شماره تلفن شما؛
- تغییرات در هرگونه پوشش بیمه درمانی دیگر، مانند پوشش کارفرمای شما، کارفرمای همسرتان، یا کارفرمای شریک زندگی‌تان، یا پوشش غرامت کارگران؛
- اگر هرگونه مطالبات دیون قابل پرداخت، مانند مطالبات مربوط به حوادث رانندگی؛
- بستری شدن در یک مرکز پرستاری یا بیمارستان؛
- دریافت مراقبت در یک بیمارستان یا بخش اورژانس؛
- اگر مراقبت کننده (یا هر شخصی که مسئولیت مراقبت شما را بر عهده دارد) تغییر می‌کند؛ و،
- اگر در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید. (توجه: اینکه در مورد یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که قصد شرکت در آن را دارید به ما اطلاع دهید الزامی نیست، اما ما شما را تشویق می‌کنیم که این کار را انجام دهید.)

در صورت تغییر هرگونه اطلاعات، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

K1. محرمانگی اطلاعات درمانی شخصی شما (personal health information, PHI)

اطلاعات موجود در پرونده عضویت شما ممکن است شامل اطلاعات درمانی شخصی (PHI) باشد. قوانین فدرال و ایالتی ایجاب می‌کند که ما اطلاعات پزشکی محرمانه (PHI) شما را محرمانه نگه داریم. ما از PHI شما محافظت می‌کنیم. برای جزئیات بیشتر در مورد نحوه محافظت ما از PHI شما، به **فصل 8** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

بخش 2: شماره تلفنها و منابع مهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس منابع مهمی را در اختیار شما قرار می‌دهد که می‌توانند به شما در پاسخگویی به سوالاتتان در مورد طرح ما و مزایای مراقبت‌های درمانی‌تان کمک کنند. همچنین می‌توانید از این فصل برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود و افراد دیگری که شما را حمایت می‌کنند استفاده کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبا در آخرین فصل این کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. خدمات مشتریان.....	24
B. هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی شما.....	27
C. برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	29
D. خط تماس مشاوره با پرستار.....	30
E. خطوط بحران سلامت رفتاری.....	31
F. سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO).....	32
G. Medicare.....	33
H. Medi-Cal.....	34
I. دفتر بازرسی Ombudsman سلامت روان و مراقبت‌های مدیریت‌شده (Medi-Cal Managed Care) Medi-Cal.....	35
J. خدمات اجتماعی شهرستان.....	36
K. آژانس خدمات سلامت رفتاری شهرستان.....	37
L. برنامه‌هایی برای کمک به مردم در پرداخت هزینه‌های داروها.....	38
L1. کمک اضافی از Medicare.....	38
L2. برنامه کمک دارویی ایدز (AIDS Drug Assistance Program - ADAP).....	39
L3. طرح پرداخت داروهای تجویزی Medicare (Medicare Prescription Payment Plan).....	39
M. تامین اجتماعی (Social Security).....	40

- N. هیئت بازنشستگی راه آهن (Railroad Retirement Board, RRB) 41
- O. بیمه گروهی یا سایر بیمه‌ها از طرف کارفرما. 42
- P. منابع دیگر 42
- Q. خدمات دندانپزشکی 43
- R. خدمات بینایی 44

A. خدمات مشتریان

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

برای دریافت کمک در موارد زیر با خدمات مشتریان تماس بگیرید:

- سوالات در مورد طرح
- سوالات مربوط به ادعاها یا صورتحساب
- تصمیمات مربوط به پوشش بیمه درمانی شما
 - تصمیم در مورد پوشش مراقبت‌های درمانی شما، شامل موارد زیر است:
 - مزایا و خدمات تحت پوشش شما، یا
 - مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می‌کنیم.
 - اگر در مورد یک تصمیم مربوط به پوشش مراقبت‌های درمانی خود سؤال دارید، با ما تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش بیمه، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- درخواست تجدید نظر در مورد مراقبت‌های درمانی شما
 - درخواست تجدید نظر روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می‌باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده ایم و درخواست تغییر آن در صورتی که فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم یا با تصمیم مخالف هستید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- شکایات مربوط به مراقبت‌های درمانی شما
 - شما می‌توانید از ما یا هر ارائه‌دهنده‌ای (از جمله ارائه‌دهنده خارج از شبکه یا ارائه‌دهنده عضو شبکه) شکایت کنید. یک ارائه‌کننده عضو شبکه ارائه‌کننده ای است که با طرح ما همکاری می‌کند. همچنین می‌توانید در مورد کیفیت مراقبتی که دریافت کرده‌اید، به ما یا به سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) شکایت کنید (به **بخش F**، صفحه 32 مراجعه کنید).
 - شما می‌توانید با ما با شماره **1-877-412-2734** تماس گرفته و شکایت خود را شرح دهید.
 - اگر شکایت شما در مورد تصمیم اتخاذ شده در زمینه پوشش بیمه‌ای مراقبت‌های بهداشتی‌تان است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید (به **بخش بالا** مراجعه کنید).
 - شما می‌توانید شکایتی در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین موجود در www.medicare.gov/my/medicare-complaint استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست کمک با شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** تماس بگیرید.
 - شما می‌توانید با تماس با شماره **1-855-501-3077**، در مورد طرح ما به برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal Ombudsman شکایت کنید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شکایت در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- تصمیمات مربوط به پوشش داروهای شما.
 - تصمیم در مورد پوشش داروهای شما شامل موارد زیر است:
 - مزم‌ایا و داروهای تحت پوشش شما یا ایا و خدمات تحت پوشش شما، یا
 - مبلغی که ما 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 www.medi-calrx.dhcs.ca.gov مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره **1-800-977-2273** تماس بگیرید.
 - برای اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش داروهایتان، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- درخواست تجدیدنظر در مورد داروهای شما
 - درخواست تجدیدنظر راهی برای درخواست تغییر تصمیم پوشش بیمه‌ای از ما است.
 - برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر در مورد داروهایتان، به **فصل 9** این 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 شما می‌شود.
 - اگر شکایت شما در مورد تصمیم مربوط به پوشش داروهایتان است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. (به بخش بالا مراجعه کنید.)
 - شما می‌توانید شکایتی در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین موجود در www.medicare.gov/my/medicare-complaint استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست کمک با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.
 - برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه شکایت در مورد داروهایتان، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- پرداخت هزینه مراقبت درمانی یا داروهای که قبلاً هزینه آنها را پرداخت کرده اید
 - برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت هزینه یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7** این 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** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی شما

هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی CalOptima Health OneCare Complete یکی از افراد اصلی است که شما می‌توانید با او تماس بگیرید. این شخص در مدیریت تمام ارائه‌دهندگان و خدمات به شما کمک میکند و اطمینان حاصل می‌کند که آنچه لازم دارید را دریافت میکنید.

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

برای دریافت کمک در موارد زیر با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود تماس بگیرید:

- سوالات مربوط به مراقبت‌های درمانی شما
- سوالاتی در مورد دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد)
- سوالات مربوط به مزایای دندانپزشکی
- سوالات مربوط به حمل و نقل به قرارهای پزشکی
- سوالات مربوط به خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (Long-term Services and Supports, LTSS)، از جمله خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (Community-Based Adult Services, CBAS) و مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF)
- سوالات مربوط به حمایت‌های اجتماعی

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته 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 مبتنی بر جامعه بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS)
- مراکز پرستاری تخصصی
- فیزیوتراپی
- کاردرمانی
- گفتار درمانی
- خدمات اجتماعی پزشکی
- مراقبت سلامتی در منزل
- خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS) از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستان شما
- گاهی اوقات می‌توانید کمک‌هایی را در رابطه با مراقبت بهداشتی و نیازهای زندگی روزمره خود دریافت کنید.
- حمایت‌های اجتماعی
- برنامه خدمات چند منظوره سالمندان

C. برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) یک برنامه دولتی با مشاوران آموزش دیده در هر ایالت است که کمک، اطلاعات و پاسخ‌های رایگان به سؤالات شما در مورد Medicare ارائه می‌دهد. برنامه (SHIP) در کالیفرنیا به نام برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) نامیده می‌شود. مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا بفهمید برای حل مشکل خود چه کاری باید انجام دهید. HICAP مشاورین آموزش دیده ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می‌باشند.

HICAP یک برنامه ایالتی مستقل است (که به هیچ شرکت بیمه یا طرح درمانی وابسته نیست) و هزینه‌های خود را از دولت فدرال دریافت می‌کند تا مشاوره بیمه سلامت محلی رایگان را به افراد تحت پوشش Medicare ارائه دهد.

تلفن تماس	1-800-434-0222 یا 1-714-560-0424 از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 4 بعد از ظهر.
TTY	1-800-735-2929 یا 711 این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل 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 کمک در زمینه موارد زیر با HICAP تماس بگیرید:

- سؤالات مربوط به Medicare
- مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما در مورد تغییر به طرح درمانی جدید پاسخ دهند و به شما در موارد زیر کمک کنند:
 - تا حقوق خود را درک کنید،
 - گزینه‌های طرح درمانی خود را درک کنید،
 - پاسخ به سؤالات در مورد تغییر برنامه،
 - به شما در اقامه شکایات در مورد مراقبت بهداشتی یا درمانی شما کمک کنند، و
 - کمک در مورد مسائل مربوط به صورتحساب یا مطالبات.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



D. خط تماس مشاوره با پرستار

خط مشاوره پرستاری به شما کمک میکند تا بتوانید با پرستار رسمی (RN) به منظور دریافت کمک و پرسش در مورد نگرانیهای سلامتیتان تماس بگیرید. شما می‌توانید در صورت داشتن هرگونه سوال در مورد سلامت یا مراقبت‌های بهداشتی خود با خط تلفن مشاوره پرستاری تماس بگیرید.

تلفن تماس	1-844-447-8441 . این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات مترجم شفاهی رایگان 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، 7 روز هفته.

E. خطوط بحران سلامت رفتاری

اگر با شرایط اضطراری تهدیدکننده زندگی مواجه هستید، لطفاً با **911** تماس بگیرید. اگر دچار بحران سلامت رفتاری هستید، با شماره زیر تماس بگیرید:

OC Links تیم ارزیابی بحران سیار (Crisis Assessment Team, CAT) 1-855-625-4657. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات مترجم شفاهی رایگان 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، 7 روز هفته.	TTY

برای کمک در موارد زیر با خط بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید:

- سوالات مربوط به خدمات سلامت رفتاری و سوء مصرف مواد
 - اگر معتقدید که در شرایط بحرانی نیستید و سوالات عمومی در مورد خدمات سلامت رفتاری و سوء مصرف مواد دارید، با خط سلامت رفتاری CalOptima Health به شماره **1-855-877-3885 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.
- برای سوالات مربوط به خدمات تخصصی سلامت روان در شهرستان خود، به بخش K مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



F. سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO)

ایالت ما سازمانی به نام Commence Health دارد. این سازمان متشکل از گروهی پزشکان و دیگر افراد حرفه ای در امور درمانی است که به بهبود کیفیت مراقبت های درمانی اعضا Medicare کمک می کنند. Commence Health یک سازمان مستقل می باشد. این سازمان با طرح ما ارتباطی ندارد.

تلفن تماس	1-877-588-1123
TTY	711 این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	Commence Health, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
ایمیل	communications@commence.ai
وبسایت	https://www.livantaqio.cms.gov/en

برای کمک در زمینه موارد زیر با Commence Health تماس بگیرید:

- سوالات مربوط به حقوق مراقبت‌های درمانی شما
- می توانید برای مراقبتی که دریافت کرده اید شکایت کنید اگر:
 - مشکلی در زمینه کیفیت مراقبت دریافتی مانند دریافت داروی اشتباه، آزمایش‌ها یا اقدامات غیرضروری یا تشخیص اشتباه داشته باشید،
 - فکر می کنید که خیلی زود از بیمارستان مرخص شده اید، یا
 - فکر می کنید که مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) خیلی زود خاتمه پیدا می کند.

Medicare .G

Medicare یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص 65 سال به بالا، برخی افراد زیر 65 سال دارای معلولیت و اشخاصی که در مرحله نهائی بیماری کلیوی هستند (نارسائی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد) است. آژانس فدرال مسئول Medicare، مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS است. این آژانس با سازمان‌های Medicare Advantage از جمله طرح ما قرارداد دارد.

تلفن تماس	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 فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکالمه زنده	مکالمه زنده در www.Medicare.gov/talk-to-someone
مکاتبه	با Medicare در آدرس PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 مکاتبه کنید
وبسایت	www.medicare.gov - در مورد طرح‌های درمانی و دارویی Medicare در منطقه خود، از جمله هزینه‌ها و خدماتی که ارائه می‌دهند، اطلاعات کسب کنید. - پزشکان یا سایر ارائه دهندگان و تأمین کنندگان مراقبت‌های درمانی که در طرح Medicare مشارکت دارند را پیدا کنید. - اطلاعات مربوط به خدماتی که Medicare پوشش می‌دهد، از جمله خدمات پیشگیرانه (مانند غربالگری، تزریق واکسن یا واکسن، و بازدیدهای سالانه "سلامتی") را ببینید. - اطلاعات و فرم‌های درخواست تجدیدنظر Medicare را دریافت کنید. - در مورد کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط طرح‌ها، خانه‌های سالمندان، بیمارستان‌ها، پزشکان، آژانس‌های مراقبت در منزل، مراکز دیالیز، مراکز مراقبت‌های آسایشگاهی، مراکز توانبخشی بستری و بیمارستان‌های مراقبت طولانی مدت اطلاعات کسب کنید. - به دنبال وبسایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید باشید. برای ارسال شکایت به Medicare، به آدرس www.medicare.gov/my/medicare-complaint مراجعه کنید. Medicare شکایات شما را جدی می‌گیرد و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت طرح Medicare استفاده خواهد کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



Medi-Cal .H

Medi-Cal برنامه Medicaid کالیفرنیا است. این یک طرح بیمه درمانی عمومی است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز را برای افراد کم‌درآمد، از جمله خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان، افراد دارای معلولیت، کودکان و نوجوانان تحت سرپرستی موقت و زنان باردار فراهم می‌کند. هزینه‌های Medi-Cal توسط بودجه دولت ایالتی و فدرال تامین می‌شود.

مزایای Medi-Cal شامل خدمات و پشتیبانی‌های پزشکی، دندانپزشکی، سلامت رفتاری و خدمات بلندمدت می‌شود. شما در Medicare و Medi-Cal ثبت نام کرده‌اید. اگر در مورد مزایای Medi-Cal خود سؤالی دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی طرح خود تماس بگیرید. اگر در مورد ثبت نام در طرح Medi-Cal سؤالی دارید، با Health Care Options تماس بگیرید.

تلفن تماس	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 سؤالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



I. دفتر بازرسی Ombudsman سلامت روان و مراقبت‌های مدیریت شده Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care)

دفتر بازرسی (Ombudsman) به مشکلات از یک دیدگاه بی‌طرف رسیدگی می‌کند تا اطمینان حاصل شود که اعضای ما تمام خدمات لازم درمانی تحت پوشش را دریافت می‌کنند. آنها مسائل شما را می‌شنوند، به سوالات شما پاسخ می‌دهند، وضعیت شما را تجزیه و تحلیل می‌کنند، سیاست‌ها و قوانین را توضیح می‌دهند، اطلاعات، مشاوره و گزینه‌های مختلف را ارائه می‌دهند و مراجع مناسب را پیشنهاد می‌دهند. وظیفه آنها کمک به ایجاد راه‌حل‌های منصفانه برای مشکلات دسترسی به مراقبت‌های درمانی است. آنها با طرح ما یا با هیچ شرکت بیمه یا طرح درمانی مرتبط نیستند. این خدمات رایگان هستند.

تلفن تماس	1-888-452-8609 از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 بعد از ظهر.
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ایمیل	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وبسایت	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



ل. خدمات اجتماعی شهرستان

اگر در مورد مزایای خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS) خود به کمک نیاز دارید، با سازمان خدمات اجتماعی محلی شهرستان خود تماس بگیرید. IHSS شامل مجموعه متنوعی از خدمات برای تأمین نیازهای فردی شما و کمک به اقامت ایمن شما در منزلتان می‌شود. برای دریافت مزایای IHSS، باید موارد لازم برای واجد شرایط بودن برنامه را داشته 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، انجام خرید و کارهای روزمره 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

برای درخواست خدمات حمایتی در منزل با سازمان خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید، که به شما در پرداخت هزینه خدمات ارائه شده کمک می‌کند تا بتوانید با خیال راحت در خانه خود بمانید. انواع خدمات ممکن است شامل کمک در تهیه غذا، حمام کردن، لباس پوشیدن، شستشوی لباسها، انجام خرید یا حمل و نقل باشد.

برای هرگونه سوال در مورد واجد شرایط بودن برای Medi-Cal خود، با سازمان خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید.

تلفن تماس	1-714-825-3000 از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 بعد از ظهر.
TTY	1-800-735-2929 این شماره برای اشخاصی می‌باشد 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/homesupportive-services

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



K. آژانس خدمات سلامت رفتاری شهرستان

خدمات تخصصی سلامت روان و خدمات اختلال مصرف مواد Medi-Cal در صورت دارا بودن معیارهای دسترسی، در سراسر شهرستان برای شما در دسترس هستند.

تلفن تماس	1-800-723-8641. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، در 7 روز هفته برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	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، در 7 روز هفته

برای دریافت کمک در موارد زیر با آژانس سلامت رفتاری شهرستان تماس بگیرید:

- سؤالات در مورد خدمات تخصصی سلامت روان ارائه شده توسط شهرستان
- سؤالات در مورد خدمات اختلال مصرف مواد ارائه شده توسط شهرستان
- خدمات شامل موارد زیر است:
 - خدمات تخصصی سلامت روان غیر بستری
 - خدمات پشتیبانی دارویی
 - مداخله در شرایط بحرانی و پایدارسازی
 - معالجات روزانه فشرده
 - بازپروری روزانه
 - خدمات درمانی اقامتی بزرگسالان و/یا در مواقع بحران
 - خدمات مدیریت هدفمند پرونده‌ها
 - خدمات غیربستری سوء مصرف مواد که شامل خدمات درمانی غیربستری فشرده میشود
 - خدمات درمانی
 - خدمات اقامتی دوران بارداری
 - خدمات/مشاوره رایگان بدون دارو بصورت غیربستری
 - خدمات درمان مواد مخدر افیونی و Naltrexone

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



L. برنامه‌هایی برای کمک به مردم در پرداخت هزینه‌های داروها

وبسایت www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs Medicare اطلاعاتی در مورد چگونگی کاهش هزینه‌های دارویی شما ارائه می‌دهد. برای افرادی که درآمد محدودی دارند، برنامه‌های دیگری نیز برای کمک وجود دارد که در زیر توضیح داده شده است.

L1. کمک اضافی از Medicare

از آنجا که واجد شرایط Medi-Cal هستید، واجد شرایط دریافت «کمک اضافی» ("Extra Help") از Medicare برای پرداخت هزینه‌های طرح دارویی خود هستید و از آن بهره‌مند می‌شوید. برای دریافت این «کمک اضافی» لازم نیست کاری انجام دهید.

تلفن تماس	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 فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
وبسایت	www.medicare.gov

اگر فکر می‌کنید مبلغی که برای نسخه خود در داروخانه می‌پردازید درست نیست، طرح ما فرآیندی برای کمک به دریافت مدرکی مبنی بر سهم اشتراک هزینه پرداختی صحیح شما دارد. اگر در حال حاضر مدارکی که نشان دهنده مبلغ صحیح است دارید، می‌توانیم به شما کمک کنیم این شواهد را با ما به اشتراک بگذارید.

- برای درخواست کمک در زمینه جمع‌آوری مدارک یا ارائه این مدارک به ما، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

- وقتی شواهدی را دریافت کنیم که سطح پرداخت سهم اشتراک هزینه مناسب را نشان می‌دهد، سیستم خود را به‌روزرسانی می‌کنیم تا بتوانید هنگام دریافت نسخه بعدی خود، مبلغ مناسب سهم اشتراک هزینه را بپردازید. اگر مبلغ پرداختی شما بیشتر از حد سهم اشتراک هزینه شما باشد، ما آن را از طریق چک یا اعتبار پیش‌پرداخت در آینده به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر داروخانه مبلغ سهم اشتراک هزینه شما را دریافت نکرده است و شما به آنها بدهکار هستید، ممکن است این مبلغ را مستقیماً به داروخانه پرداخت کنید. اگر ایالت این مبلغ را از طرف شما پرداخت کرده باشد، ممکن است پرداخت را مستقیماً به ایالت انجام دهیم. در صورت داشتن هرگونه سوال با شماره تلفن‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



L2. برنامه کمک دارویی ایدز (AIDS Drug Assistance Program - ADAP)

ADAP به افراد واجد شرایط ADAP که مبتلا به HIV/AIDS هستند کمک می‌کند تا به داروهای نجات دهنده زندگی برای HIV دسترسی داشته باشند. همچنین، داروهای Medicare بخش D که در فهرست فرمول دارویی ADAP هستند، واجد شرایط کمک به اشتراک هزینه نسخه از طریق برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP) هستند. توجه: برای واجد شرایط بودن برای ADAP در ایالت خود، افراد باید معیارهای خاصی را داشته باشند، از جمله مدرک اقامت در ایالت و وضعیت HIV، درآمد پایین (طبق تعریف ایالت) و وضعیت بیمه نشده/ پوشش کم بیمه. اگر طرح خود را تغییر دادید، به کارمند محلی ثبت نام ADAP خود اطلاع دهید تا بتوانید همچنان برای کسب اطلاعات در مورد معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش یا نحوه ثبت نام در برنامه، کمک دریافت کنید. لطفاً با شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید.

L3. طرح پرداخت داروهای تجویزی Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)

طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare یک گزینه پرداخت است که با پوشش دارویی فعلی شما کار می‌کند تا به شما در مدیریت هزینه‌های شخصی خود برای داروهای تحت پوشش طرح ما با تقسیم آنها در طول سال تقویمی (ژانویه-دسامبر) کمک کند. هر کسی که دارای طرح دارویی Medicare یا طرح درمانی Medicare با پوشش دارویی (مانند طرح Medicare Advantage با پوشش دارویی) است، می‌تواند از این گزینه پرداخت استفاده کند. این گزینه پرداخت ممکن است به شما در مدیریت هزینه‌هایتان کمک کند، اما باعث صرفه‌جویی در هزینه یا کاهش هزینه‌های دارویی شما نمی‌شود. اگر در طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare شرکت می‌کنید و در همان طرح می‌مانید، برای ادامه این گزینه نیازی به انجام کاری ندارید. برای افراد واجد شرایط، «کمک اضافی» از Medicare و کمک از SPAP و ADAP شما، صرف نظر از سطح درآمد شما، از شرکت در این گزینه پرداخت مزیت بیشتری دارد و طرح‌های دارای پوشش دارویی باید این گزینه پرداخت را ارائه دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه پرداخت، لطفاً با شماره تلفن پایین این صفحه تماس بگیرید یا از وبسایت www.medicare.gov دیدن کنید.

M. تامین اجتماعی (Social Security)

تأمین اجتماعی واجد شرایط بودن برای Medicare را تعیین می‌کند و ثبت‌نام در Medicare را مدیریت می‌کند. اگر آدرس پستی خود را تغییر دهید یا نقل مکان کنید، مهم است که با تأمین اجتماعی تماس بگیرید و آنها را در جریان قرار دهید.

تلفن تماس	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 می‌توانید از خدمات تلفن خودکار آنها برای دریافت اطلاعات ضبط شده و انجام برخی کارها به صورت 24 ساعته استفاده کنید.
TTY	1-800-325-0778 این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
وبسایت	www.ssa.gov

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



N. هیئت بازنشستگی راه آهن (Railroad Retirement Board, RRB)

RRB یک آژانس فدرال مستقل است که برنامه‌های جامع رفاهی را برای کارگران راه‌آهن کشور و خانواده‌هایشان مدیریت می‌کند. اگر از طریق RRB تحت پوشش بیمه درمانی Medicare هستید، در صورت جابجایی یا تغییر آدرس پستی خود، به آنها اطلاع دهید. برای سوالات مربوط به مزایای خود از RRB، با آژانس تماس بگیرید.

تلفن تماس	1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. برای صحبت با نماینده RRB 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 در روز چهارشنبه، دکمه "0" را فشار دهید. برای دسترسی به خط کمک رسانی خودکار RRB و دریافت اطلاعات ضبط شده، 24 ساعت شبانه‌روز، شامل آخر هفته‌ها و تعطیلات، دکمه «1» را فشار دهید.
TTY	1-312-751-4701 این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. تماس با این شماره رایگان است.
وبسایت	www.rrb.gov

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



O. بیمه گروهی یا سایر بیمه‌ها از طرف کارفرما

اگر شما (یا همسر یا شریک زندگی‌تان) به عنوان بخشی از این طرح، از کارفرما یا گروه بازنشستگی خود (یا همسر یا شریک زندگی‌تان) مزایایی دریافت می‌کنید، در صورت داشتن هرگونه سوال با مدیر مزایای کارفرما/اتحادیه یا خدمات مشتریان از طریق شماره تلفن پایین صفحه تماس بگیرید. می‌توانید در مورد مزایای درمانی بازنشستگی، حق بیمه یا دوره ثبت‌نام کارفرمای خود (یا همسران یا شریک زندگی‌تان) سوال کنید. همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید و در مورد پوشش بیمه‌ای Medicare خود تحت این طرح سؤال کنید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر از طریق کارفرما یا گروه بازنشستگی خود (یا همسر یا شریک زندگی‌تان) پوشش دارویی دیگری دارید، با مدیر مزایای آن گروه تماس بگیرید. مدیر امور مزایا می‌تواند به شما کمک کند تا بفهمید پوشش دارویی فعلی شما چگونه با طرح ما کار می‌کند.

P. منابع دیگر

برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal یا Medicare Medi-Cal Ombudsman کمک رایگان برای کمک به افرادی که در تلاش برای دریافت یا حفظ پوشش بیمه درمانی و حل مشکلات برنامه‌های درمانی خود هستند، ارائه می‌دهد.

اگر با موارد زیر مشکل دارید:

- Medi-Cal
- Medicare
- طرح درمانی شما
- دسترسی به خدمات درمانی
- درخواست تجدیدنظر در مورد رد درخواست برای خدمات، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، خدمات سلامت روان و غیره.
- صورتحساب درمانی
- خدمات پشتیبانی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS)

برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal یا Medicare Medi-Cal Ombudsman Program) در زمینه شکایات، درخواستهای تجدیدنظر و جلسات دادرسی به شما کمک می‌کند. تلفن برنامه بازرس Ombudsman به شماره 1-855-501-3077 است.

Q. خدمات دندانپزشکی

Medi-Cal Dental

برخی از خدمات دندانپزشکی از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند؛ از جمله خدماتی مانند موارد زیر (اما نه محدود به آنها):

- معاینه اولیه، عکسبرداری با اشعه X، تمیز کردن دندان و درمان با فلوراید
- خدمات ترمیمی پرکردن و روکش
- درمان عصب کشی
- دندان مصنوعی جزئی و کامل، تنظیمات، تعمیرات و لایه گذاری مجدد

مزایای دندانپزشکی از طریق برنامه پرداخت بر خدمات دندانپزشکی (Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS)) در دسترس هستند.

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

مزایای تکمیلی دندانپزشکی از طریق طرح دندانپزشکی Liberty Dental Plan

خدمات جامع و ترمیمی دندانپزشکی از طریق طرح دندانپزشکی Liberty یا (Liberty Dental Plan) در دسترس است. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای دندانپزشکی تکمیلی، به فصل 4، بخش D این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

تلفن تماس	1-800-322-6384 این تماس رایگان است. نمایندگان طرح دندانپزشکی Liberty از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر در دسترس شما هستند.
-----------	--

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



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

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

711	TTY
این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.	
libertydentalplan.com	وبسایت

R. خدمات بینایی

برخی خدمات بینایی از طریق طرح خدمات بینایی (Vision Service Plan, VSP) در دسترس هستند. از جمله خدماتی مانند موارد زیر (اما نه محدود به آنها):

- معاینه چشم
- پوشش هزینه عینک، لنز و تعمیرات

1-855-492-9028	تلفن تماس
این تماس رایگان است. نمایندگان طرح VSP از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر در دسترس شما هستند.	
711	TTY
این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.	
www.VSP.com	وبسایت

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

مقدمه

این فصل شامل شرایط و ضوابط خاصی است که برای دریافت مراقبت های درمانی و سایر خدمات تحت پوشش طرح ما باید بدانید. همچنین در مورد هماهنگ کننده مراقبت های شخصی شما، نحوه دریافت مراقبت از ارائه دهندگان مختلف و تحت شرایط خاص (از جمله از ارائه دهندگان یا داروخانه های خارج از شبکه)، نحوه درخواست کمک در صورت دریافت صورتحساب مستقیم برای خدماتی که ما پوشش می دهیم و قوانین مربوط به مالکیت تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) به شما اطلاعات می دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبا در آخرین فصل این کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

- A. اطلاعات درباره خدمات و ارائه دهندگان 47
- B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می دهد 47
- C. هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما 49
 - C1. هماهنگ کننده مراقبت شخصی چه کسی است 49
 - C2. چگونه می توانید با هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود تماس بگیرید 49
 - C3. چگونه می توانید هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود را تغییر دهید؟ 49
- D. مراقبت دریافتی از ارائه دهندگان 49
 - D1. مراقبت دریافتی از ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) 49
 - D2. مراقبت دریافتی از متخصصین و سایرین ارائه دهندگان شبکه 51
 - D3. وقتی یک ارائه دهنده از طرح ما خارج می شود 52
 - D4. ارائه دهندگان خارج از شبکه 53
- E. خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (Long-term services and supports, LTSS) 53
- F. خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد) 54
 - F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal که خارج از طرح ما ارائه می شوند 54
- G. خدمات حمل و نقل 56
 - G1. حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری 56
 - G2. حمل و نقل غیر پزشکی 57

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



بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

- H. خدمات تحت پوشش در فوریت های پزشکی، در صورت نیاز فوری یا در هنگام وضعیت بحرانی. 58**
- H1. دریافت مراقبت در فوریت های پزشکی. 58
- H2. مراقبت فوری مورد نیاز. 60
- H3. دریافت مراقبت در وضعیت بحرانی. 61
- I. اگر مستقیماً برای خدمات تحت پوشش صورت حساب دریافت کرده باشید، باید چه کاری انجام دهید. 61**
- I1. اگر طرح شما خدمات را پوشش نمی دهد، چه باید کرد. 61
- J. پوشش خدمات مراقبت های بهداشتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی. 62**
- J1. تعریف یک مطالعه تحقیقاتی بالینی. 62
- J2. پرداخت هزینه خدمات هنگام شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی. 62
- J3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد پژوهش های بالینی. 63
- K. نحوه پوشش خدمات درمانی شما در یک موسسه مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی. 63**
- K1. تعریف موسسه مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی. 63
- K2. دریافت مراقبت از یک موسسه مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی. 63
- L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME). 64**
- L1. دریافت DME به عنوان عضوی از طرح ما. 64
- L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Medicare اصلی (Original Medicare). 64
- L3. مزایای تجهیزات اکسیژن برای اعضای طرح ما. 65
- L4. تجهیزات اکسیژن زمانی که بیمه خود را به Medicare اصلی (Original Medicare) یا Medicare Advantage تغییر داده اید. 65

کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

A. اطلاعات درباره خدمات و ارائه دهندگان

خدمات شامل مراقبت های درمانی، خدمات و پشتیبانی های بلندمدت (LTSS)، لوازم پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری، داروهای نسخه ای و بدون نسخه، تجهیزات و دیگر خدمات است. خدمات تحت پوشش، خدماتی هستند که طرح ما هزینه آن ها را پرداخت می کند. خدمات درمانی، خدمات بهداشت رفتاری و LTSS تحت پوشش در فصل 4 این کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است. خدمات داروهای تجویزی و بدون نسخه که تحت پوشش هستند در فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا عضو آمده است.

ارائه دهندگان شامل پزشکان، پرستاران و دیگر افرادی هستند که خدمات و مراقبت به شما می دهند و از ایالت مجوز دارند. ارائه دهندگان همچنین شامل بیمارستان ها، آژانس های خدمات بهداشتی در منزل، کلینیک ها و دیگر مکان هایی هستند که خدمات درمانی، خدمات بهداشت رفتاری، تجهیزات پزشکی و بعضی خدمات LTSS ارائه می دهند.

ارائه دهندگان شبکه، ارائه دهندگانی هستند که با طرح ما همکاری می کنند. این ارائه دهندگان قبول می کنند که هزینه پرداخت شده توسط ما، پرداخت کامل هزینه آنها باشد. ارائه دهندگان شبکه، هزینه خدماتی را که به شما می دهند، مستقیم از ما دریافت می کنند. وقتی از یک ارائه دهنده شبکه استفاده می کنید، معمولاً هیچ هزینه ای برای خدمات تحت پوشش پرداخت نمی کنید.

B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می دهد

طرح ما تمام خدماتی که توسط Medicare پوشش داده می شود و بیشتر خدمات Medi-Cal را پوشش می دهد. این شامل بعضی خدمات بهداشت رفتاری و LTSS هم می شود.

به طور کلی، طرح ما هزینه خدمات درمانی، خدمات بهداشت رفتاری و بسیاری از خدمات LTSS را زمانی پرداخت می کند که شما قوانین ما را رعایت کنید. برای اینکه خدمات شما توسط طرح ما پوشش داده شود:

- مراقبتی که دریافت می کنید باید در جدول مزایای پزشکی (Medical Benefits Chart) در فصل 4 این کتابچه راهنمای اعضا نوشته شده باشد.
- مراقبت باید از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شده باشد. منظور از ضروری از نظر پزشکی خدماتی است که منطقی و لازم برای تشخیص و درمان شرایط پزشکی شما باشد. این نوع مراقبت برای جلوگیری از بیماری شدید یا ناتوان شدن فرد لازم است و همچنین با درمان بیماری، عفونت یا آسیب، درد شدید را کم می کند.
- برای خدمات درمانی، شما باید یک پزشک مراقبت های اولیه (primary care provider, PCP) تحت قرارداد شبکه ما داشته باشید که مراقبت شما را ارائه و مدیریت کند. به عنوان عضو طرح، شما باید یک ارائه دهنده شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید (برای اطلاعات بیشتر، به بخش D1 این فصل مراجعه کنید).
- در مواقعی که به ارائه دهنده خارج از شبکه نیاز داشته باشید، PCP شما باید درخواست بررسی بدهد. اگر این خدمات تأیید نشوند، ممکن است تغییراتی داده شود تا خدمات در داخل شبکه ارائه شود.
- PCP های طرح ما به شبکه های بهداشتی و درمانی وابسته هستند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می کنید، در واقع شبکه بهداشتی و درمانی وابسته را نیز انتخاب می کنید. این بدان معناست که PCP شما، شما را به متخصصان و خدماتی که به شبکه درمانی آنها وابسته هستند، ارجاع خواهد داد. یک شبکه درمانی، گروهی از پزشکان و بیمارستان ها است که با CalOptima Health OneCare Complete قرارداد دارند تا خدمات تحت پوشش را به اعضای ما ارائه دهند.

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- برای مراقبت های اورژانسی یا فوری، استفاده از پزشک زنان، یا خدمات دیگری که در **بخش D1** این فصل نوشته شده، نیازی به معرفی نامه از PCP ندارید.
- شما باید مراقبت خود را از ارائه دهندگان شبکه دریافت کنید (برای اطلاعات بیشتر، به **بخش D** این فصل مراجعه کنید). معمولاً ما مراقبتی را که از ارائه دهنده خارج از شبکه ما دریافت کنید پوشش نمی دهیم. این به این معناست که شما باید تمام هزینه خدمات را خودتان به ارائه دهنده بپردازید. در اینجا چند مورد ذکر می شوند که این قاعده اجرا نمی شود:
 - ما مراقبت اورژانسی یا فوری را که از یک ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت می کنید، پوشش می دهیم (برای اطلاعات بیشتر، به **بخش H** این فصل مراجعه کنید).
 - اگر به مراقبتی نیاز داشته باشید که طرح ما آن را پوشش می دهد ولی ارائه دهندگان شبکه ما نتوانند آن را ارائه دهند، شما می توانید از یک ارائه دهنده خارج از شبکه خدمات دریافت کنید. در این حالت، ما خدمات را بدون هیچ هزینه ای برای شما پوشش می دهیم. برای اطلاعات درباره گرفتن تأییدیه برای استفاده از ارائه دهنده خارج از شبکه، به **بخش D4** این فصل مراجعه کنید.
 - ما خدمات دیالیز کلیه را زمانی پوشش می دهیم که شما برای مدت کوتاهی خارج از محدوده خدمات طرح ما باشید یا وقتی ارائه دهنده شما موقتاً در دسترس یا قابل دسترسی نباشد.
 - هنگامیکه در این برنامه درمانی عضو می شوید، می توانید درخواست کنید که همچنان از ارائه دهندگان فعلی خود استفاده کنید. به جز در برخی موارد خاص، ما باید این درخواست را تأیید کنیم اگر بتوانیم ثابت کنیم که شما قبلاً با آن ارائه دهندگان رابطه درمانی داشته اید. به **فصل 1** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. اگر درخواست شما پذیرفته شود، می توانید حداکثر 12 ماه برای دریافت خدمات به رفتن نزد ارائه کنندگان فعلی خود ادامه دهید. در طول این مدت، کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی ما با شما تماس خواهد گرفت تا برای پیدا کردن ارائه کنندگان عضو شبکه ما که با شبکه درمانی PCP شما همکاری دارند کمک کند. پس از گذشت 12 ماه، اگر همچنان از ارائه دهندگانی استفاده کنید که در شبکه ما و شبکه PCP شما نیستند، دیگر مراقبت شما تحت پوشش نخواهد بود.

پوشش درمانی دیگر: اعضای Medi-Cal باید قبل از استفاده از Medi-Cal، از همه پوشش های درمانی دیگر (OHC) استفاده کنند، وقتی همان خدمت در پوشش درمانی دیگر شما وجود دارد. چون Medi-Cal آخرین پرداخت کننده هزینه ها است. این به این معناست که در بیشتر موارد، Medi-Cal پرداخت کننده دوم بعد از Medicare یا OHC خواهد بود و هزینه های مجاز پرداخت نشده توسط طرح ما یا OHC دیگر را تا سقف تعرفه Medi-Cal پوشش خواهد داد.

اعضای جدید CalOptima Health OneCare Complete: در بیشتر موارد، شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در CalOptima Health OneCare Complete برای دریافت مزایای Medicare خود در CalOptima Health OneCare Complete ثبت نام خواهید شد. شما همچنان می توانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح درمانی Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق CalOptima Health OneCare Complete دریافت خواهید کرد. هیچ خللی در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. اگر پرسشی دارید لطفاً با ما از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته تماس بگیرید.

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

C. هماهنگ کننده مراقبت شخصی شما

C1. هماهنگ کننده مراقبت شخصی چه کسی است

کارشناس هماهنگی مراقبتهای شخصی یک متخصص بالینی یا شخص تعلیم دیده دیگری است که برای طرح درمانی ما کار می کند تا خدمات هماهنگ سازی مراقبت را به شما ارائه کند.

C2. چطور می توانید با هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود تماس بگیرید

شما می توانید شماره تلفن هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود را در جلوی کارت شناسایی CalOptima Health OneCare Complete پیدا کنید.

C3. چطور می توانید هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود را تغییر دهید

شما می توانید با CalOptima Health OneCare Complete تماس بگیرید و درخواست تغییر بدهید. شماره تماس: 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.

D. مراقبت دریافتی از ارائه دهندگان

D1. مراقبت دریافتی از ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP)

شما باید یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) برای ارائه و مدیریت مراقبت خود انتخاب کنید. PCP های برنامه ما به شبکه های بهداشتی و درمانی وابسته هستند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می کنید، در واقع شبکه بهداشتی و درمانی وابسته را نیز انتخاب می کنید.

تعریف PCP و کاری که PCP برای شما انجام می دهد

PCP چه کسی است؟ PCP شما پزشکی می باشد که حائز شرایط ایالتی بوده و برای ارائه مراقبت پزشکی اولیه به شما آموزش دیده است.

شبکه بهداشتی و درمانی چیست؟ شبکه بهداشتی و درمانی شما گروهی از پزشکان و بیمارستان های تحت قرارداد می باشند که خدمات مراقبت های درمانی و بهداشتی را به اعضای برنامه ارائه می کنند.

کدام ارائه کنندگان می توانند PCP باشند؟ فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های CalOptima Health OneCare Complete شامل فهرستی از همه ارائه دهندگان شبکه است که می توانند به عنوان PCP انتخاب شوند. بعضی از متخصصین، مانند متخصص زنان (OB/GYN) نیز در صورتی که موافقت نمایند، می توانند به عنوان PCP انتخاب شوند و نام آنها در فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها در لیست PCP ذکر شده.

شما مراقبت های اولیه خود را از PCP دریافت می کنید. PCP شما مابقی خدمات تحت پوششی که به عنوان عضوی از CalOptima Health OneCare Complete دریافت می کنید را نیز هماهنگ خواهد کرد. هماهنگی مراقبت یعنی اینکه PCP شما با سایر ارائه دهندگان طرح درباره مراقبت شما مشورت و پیگیری کند. در بیشتر موارد، شما باید برای دریافت ارجاع قبل از رفتن نزد سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی یا برای دریافت مجوز قبلی برخی خدمات یا لوازم

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

خاص تحت پوشش نزد PCP خود بروید. اگر به انواع خاصی از خدمات یا لوازم تحت پوشش نیاز دارید، بایستی اجازه قبلی PCP خود را کسب نمایید (از قبیل ارائه معرفی نامه به شما برای رفتن نزد متخصص).

آیا یک کلینیک می تواند ارائه کننده مراقبت های اولیه من باشد؟ بله. اعضا می توانند مراکز درمانی واجد شرایط فدرال (FQHC) را که در فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های CalOptima Health OneCare Complete به عنوان PCP فهرست شده اند، به عنوان PCP خود انتخاب کنند.

انتخاب PCP شما

CalOptima Health OneCare Complete یک فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های دارد که در صورت درخواست به شما داده می شود. این فهرست مشخصات تمام شبکه های بهداشتی و درمانی، PCP ها، متخصصین، کلینیک ها و بیمارستان های دارای قرارداد با CalOptima Health OneCare Complete جهت ارائه خدمات به اعضای CalOptima Health OneCare Complete را در اختیار شما قرار می دهد. برای درخواست یک نسخه از فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

PCP ها بر اساس شهری که شبکه بهداشتی و درمانی با آنها همکاری دارند فهرست گردیده اند. نام PCP که می خواهید بعنوان ارائه کننده مراقبت های اصلی خود انتخاب کنید را بیابید. PCP شما باید در شبکه بهداشتی و درمانی انتخابی شما باشد.

در زیر نام PCP، شماره شناسایی وی را یافته و با بخش خدمات اعضای CalOptima Health OneCare Complete تماس گرفته و انتخاب خود را به ما اعلام کنید.

اگر مایل هستید از یک متخصص یا بیمارستان خاص استفاده کنید، بسیار مهم است که مطمئن شوید با گروه پزشکی یا PCP شما همکاری میکنند. می توانید به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها مراجعه کنید، یا از خدمات مشتریان بخواهید که مشخص کند آیا آن متخصص یا بیمارستان در شبکه درمانی پزشک مراقبت های اولیه شما قرار دارد یا خیر.

گزینه تغییر PCP شما

شما می توانید به هر دلیل و در هر زمان PCP خود را تغییر دهید. همچنین، این امکان وجود دارد که PCP شما از طرح شبکه درمانی ما خارج شود. اگر PCP شما از شبکه خارج شد، ما به شما کمک می کنیم تا یک PCP جدید در شبکه پیدا کنید.

شما می توانید در هر زمان PCP خود را تغییر دهید، یا با تماس با خدمات مشتریان با شماره تلفن پایین صفحه، یا با ورود به پورتال امن اعضا به آدرس زیر <https://member.caloptima.org/#/user/login>. در بیشتر موارد، تاریخ شروع PCP جدید شما، اولین روز ماه بعد از تاریخی است که درخواست شما دریافت شده است.

اگر برای انتخاب یک PCP نیاز به کمک داشتید با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete تماس بگیرید. وقتی تماس می گیرید، حتماً به خدمات مشتریان اطلاع دهید اگر در حال حاضر به متخصصان مراجعه می کنید یا خدمات دیگری دریافت می کنید که نیاز به تأیید PCP دارند (مثل خدمات مراقبت در منزل یا تجهیزات پزشکی بادوام). ما کمک می کنیم مطمئن شوید که هنگام تغییر PCP، بتوانید مراقبت تخصصی و دیگر خدماتی که در حال حاضر دریافت می کنید را ادامه دهید. همچنین بررسی می کنیم که PCP جدیدی که می خواهید انتخاب کنید، بیمار جدید

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

می پذیرد یا نه. خدمات مشتریان، پرونده عضویت شما را به روزرسانی می کند تا نام PCP جدید شما را نشان دهد و به شما اطلاع می دهد چه زمانی تغییر PCP شما اجرا می شود. همچنین ما یک کارت شناسایی جدید برایتان ارسال می کنیم که نام و شماره تلفن PCP جدید روی آن نوشته شده است.

PCP های طرح ما به شبکه های بهداشتی و درمانی وابسته هستند. اگر PCP خود را عوض کنید، ممکن است شبکه درمانی خود را نیز تغییر دهید. هنگام درخواست تغییر، به خدمات مشتریان اطلاع دهید اگر از یک متخصص یا خدمات دیگر در شبکه درمانی خود استفاده می کنید. خدمات مشتریان به شما کمک می کند هنگام تغییر PCP بتوانید به دریافت مراقبت تخصصی و خدمات دیگر خود را ادامه دهید.

خدماتی که می توانید بدون تأیید PCP دریافت کنید

در بیشتر موارد، شما برای استفاده از خدمات سایر ارائه دهندگان باید از PCP خود تأییدیه بگیرید. این تأییدیه، ارجاع نام دارد. با این حال، شما می توانید خدمات زیر را بدون نیاز به معرفی نامه از PCP خود دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه دهندگان داخل شبکه یا خارج از شبکه
 - خدمات فوری تحت پوشش که نیاز به توجه پزشکی سریع دارند (اما اورژانسی نیستند) در صورتی که موقتاً خارج از محدوده خدمات طرح باشید، یا اگر به دلیل زمان، مکان و شرایطتان منطقی نباشد که این خدمات را از ارائه دهندگان شبکه دریافت کنید. نمونه خدمات فوری شامل بیماری ها یا آسیب های پیش بینی نشده یا تشدید غیرمنتظره یک بیماری موجود است. ویزیت های روتین پزشکی (مثل معاینه سالانه) حتی اگر خارج از محدوده خدمات طرح باشید یا شبکه ما موقتاً در دسترس نباشد، جزو خدمات فوری محسوب نمی شوند ویزیت های روتین پزشکی (مثل معاینه سالانه) حتی اگر خارج از محدوده خدمات طرح باشید یا شبکه ما موقتاً در دسترس نباشد، جزو خدمات فوری محسوب نمی شوند.
 - خدمات دیالیز کلیه در مراکز دیالیز تأیید شده توسط Medicare وقتی که خارج از محدوده خدمات طرح باشید. اگر قبل از ترک محدوده خدمات با خدمات مشتریان تماس بگیرید، ما می توانیم به شما کمک کنیم که در طول سفر دیالیز دریافت کنید. اگر قبل از ترک محدوده خدمات با خدمات مشتریان تماس بگیرید، ما می توانیم به شما کمک کنیم که در طول سفر دیالیز دریافت کنید.
 - واکسن آنفلوآنزا، واکسن COVID-19، واکسن هپاتیت B و واکسن ذات الریه، تا زمانی که آن ها را از ارائه دهنده شبکه دریافت کنید.
 - خدمات مراقبت درمانی عادی زنان و خدمات تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه پستان، معاینه تشخیصی ماموگرام (عکسبرداری از پستان)، پاپ اسمیر و معاینه لگنی می شود تا زمانی که آنها را از ارائه کننده عضو شبکه دریافت کنید.
- علاوه بر این، اگر شما یک عضو سرخپوست آمریکایی هستید، می توانید بدون نیاز به معرفی نامه از PCP شبکه یا تأیید قبلی، خدمات تحت پوشش را از یک ارائه دهنده خدمات درمانی سرخپوستان (Indian Health Care Provider) به انتخاب خود دریافت کنید.

D2. مراقبت دریافتی از متخصصین و سایرین ارائه دهندگان شبکه

یک متخصص پزشکی می باشد که مراقبت درمانی را برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن ارائه می کند. انواع گوناگونی از متخصصین وجود دارند، مانند:

- آنکولوژیست ها پزشکانی هستند که از بیماران مبتلا به سرطان مراقبت می کنند.

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

- کاردیولوژیستها پزشکانی هستند که از بیماران با مشکلات قلبی مراقبت می کنند.
 - ارتوپدها پزشکانی هستند که از بیماران با مشکلات استخوان، مفصل یا عضله مراقبت می کنند.
- هنگامیکه PCP شما تصور می کند که به درمان تخصصی نیاز دارید، لازم خواهد بود که به شما یک ارجاع (اجازه از قبل) را برای مراجعه به متخصص برنامه درمانی یا سایر ارائه کنندگان خاص ارائه کند. PCP شما برای برخی انواع معرفی نامه ممکن است به دریافت اجازه قبلی از سوی CalOptima Health OneCare Complete نیاز داشته باشد (این موضوع "اجازه قبلی" نام دارد). برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه خدماتی به مجوز قبلی نیاز دارند، لطفاً به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.
- یک معرفی نامه کتبی می تواند فقط برای یک ویزیت باشد، یا اگر شما به خدمات مداوم نیاز داشته باشید، می تواند یک معرفی نامه دائمی (Standing Referral) برای بیش از یک ویزیت باشد. ما باید به شما معرفی نامه دائمی برای مراجعه به یک متخصص واجد شرایط بدهیم اگر شما هر یک از شرایط زیر را داشته باشید:
- یک بیماری مزمن (طولانی مدت)
 - یک بیماری روانی یا جسمی تهدیدکننده زندگی
 - یک بیماری یا ناتوانی تحلیل برنده (Degenerative)
 - هر بیماری یا وضعیتی که به اندازه کافی جدی یا پیچیده باشد و نیاز به درمان توسط متخصص داشته باشد.
- اگر در مواقع لازم معرفی نامه کتبی دریافت نکنید، ممکن است هزینه ویزیت پرداخت نشود. برای اطلاعات بیشتر، با شماره های خدمات مشتریان که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید.
- D3. وقتی یک ارائه دهنده از طرح ما خارج می شود**
- ممکن است ارائه کننده عضو شبکه ای که در حال حاضر استفاده می کنید طرح ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه دهندگان شما از طرح ما خارج شود، شما این حقوق و حمایت ها را دارید که در زیر خلاصه شده است:
- حتی اگر شبکه ارائه دهندگان ما در طول سال تغییر کند، ما باید دسترسی مداوم به ارائه کنندگان مجرب را در اختیار شما قرار دهیم.
 - ما به شما اطلاع می دهیم که ارائه دهنده تان از طرح ما خارج می شود تا شما زمان داشته باشید یک ارائه دهنده جدید انتخاب کنید.
 - اگر پزشک مراقبت های اولیه یا ارائه دهنده سلامت رفتاری شما از طرح ما خارج شود، اگر در سه سال گذشته به او مراجعه کرده باشید ما به شما اطلاع می دهیم.
 - اگر هر کدام از ارائه دهندگان دیگر شما از طرح ما خارج شوند، اگر به عنوان بیمار آنها اختصاص داده شده باشید، در حال حاضر از آنها مراقبت دریافت کنید، یا در سه ماه گذشته به آنها مراجعه کرده باشید، ما به شما اطلاع می دهیم.
 - ما به شما کمک می کنیم یک ارائه دهنده واجد شرایط در شبکه انتخاب کنید تا مراقبت های بهداشتی شما ادامه پیدا کند.
 - اگر در حال حاضر در حال دریافت درمان یا ترابی پزشکی از ارائه دهنده فعلی خود هستید، شما حق دارید درخواست کنید که درمان های لازم ادامه پیدا کند. ما با شما همکاری می کنیم تا مراقبت تان قطع نشود.

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- ما به شما اطلاعاتی درباره دوره های ثبت نام و گزینه هایی که برای تغییر طرح دارید ارائه می دهیم.
- اگر نتوانیم یک متخصص واجد شرایط در شبکه پیدا کنیم که برای شما قابل دسترسی باشد، ما باید خدمات یک متخصص خارج از شبکه را برای مراقبت شما فراهم کنیم، وقتی که یک ارائه دهنده یا خدمات درون شبکه در دسترس یا کافی برای نیازهای پزشکی شما نباشد. برای دیدن ارائه دهنده خارج از شبکه، نیاز به تأیید قبلی وجود دارد.
- اگر متوجه شدید یکی از ارائه دهندگان شما از طرح ما خارج می شود، با ما تماس بگیرید. ما می توانیم به شما کمک کنیم یک ارائه دهنده جدید برای مراقبت خود انتخاب کنید.
- اگر فکر می کنید ما ارائه دهنده قبلی شما را با یک ارائه دهنده واجد شرایط جایگزین نکرده ایم یا مراقبت شما را به خوبی مدیریت نمی کنیم، شما حق دارید شکایت کیفیت مراقبت را به سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO)، شکایت کیفیت مراقبت یا هر دو ارائه دهید. (برای اطلاعات بیشتر به فصل 9 مراجعه کنید).

D4. ارائه دهندگان خارج از شبکه

- اگر شما از یک ارائه دهنده خارج از شبکه استفاده کنید، آن ارائه دهنده باید Medicare و/یا Medi-Cal را بپذیرد:
- ما نمی توانیم هزینه ارائه دهنده ای که واجد شرایط برای شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست، پرداخت کنیم.
- اگر شما از ارائه دهنده ای استفاده کنید که واجد شرایط شرکت در Medicare نباشد، باید همه هزینه خدماتی که دریافت می کنید را خودتان بپردازید.
- اگر ارائه دهندگان واجد شرایط شرکت در Medicare نباشند باید به شما اطلاع بدهند.

E. خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (Long-term services and supports, LTSS)

LTSS می تواند به شما کمک کند در خانه بمانید و نیاز به بستری در بیمارستان یا مرکز مراقبت پرستاری تخصصی پیدا نکنید. شما از طریق طرح ما به برخی خدمات LTSS، از جمله مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS) و حمایت های اجتماعی) دسترسی دارید. نوع دیگری از LTSS به نام برنامه خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services program) از طریق اداره خدمات اجتماعی شهرستان شما در دسترس است. اگر سؤال دارید یا به کمک نیاز دارید، لطفاً با هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود در شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما نوشته شده است تماس بگیرید.

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



بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

F. خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد)

شما حق دارید به خدمات سلامت رفتاری که از نظر پزشکی ضروری شناخته شده اند و توسط Medicare و Medi-Cal پوشش داده می شوند، دسترسی داشته باشید. ما دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medicare و مراقبت مدیریت شده Medi-Cal را فراهم می کنیم. طرح ما خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal یا خدمات اختلال مصرف مواد شهرستان را ارائه نمی دهد، اما این خدمات از طریق خط دسترسی به خدمات سلامت روان OCHCA Mental Health Plan Access Line با شماره 1-800-723-2641، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته در دسترس شما هستند.

F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal که خارج از طرح ما ارائه می شوند

در صورتی که معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان شهرستان (mental health plan, MHP) در دسترس شما قرار می گیرد. خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal که توسط طرح سلامت روان OCHCA Mental Health Plan ارائه می شوند شامل موارد زیر است:

- خدمات سلامت روان
- خدمات پشتیبانی دارویی
- خدمات فشرده درمان روزانه
- بازپروری روزانه
- خدمات مداخله در وضعیتهای بحرانی
- خدمات تثبیت وضعیتهای بحرانی
- خدمات درمانی بزرگسالان در مراکز اقامتی
- خدمات درمانی وضعیتهای بحرانی در مراکز اقامتی
- خدمات مراکز سلامت روانی
- خدمات روانپزشکی بستری عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند
- حمایت برای بازگشت افراد درگیر با نظام قضایی
- درمان جامعه محور فعال (assertive community treatment, ACT)
- درمان جامعه محور فعال قضایی (forensic assertive community treatment, FACT)
- مراقبت تخصصی هماهنگ (coordinated specialty care, CSC) برای اولین اپیزود روان پریشی (first episode psychosis, FEP)
- خدمات باشگاهی (Clubhouse)
- خدمات پیشرفته کارکنان بهداشت اجتماعی (Community Health Worker, CHW)
- اشتغال حمایتی

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



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

کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

- خدمات حمایت همتا
- خدمات مداخله بحران سیار مبتنی بر جامعه
- خدمات رفتار درمانی
- مراقبت درمانی در خانواده موقت
- هماهنگی مراقبت فشرده
- خدمات فشرده خانگی

خدمات دارویی Medi-Cal که توسط طرح سلامت روان OCHCA Mental Health Plan ارائه می شوند شامل موارد زیر است:

- خدمات درمان سرپایی فشرده
- درمان اقامتی اختلال مصرف مواد برای زنان باردار
- خدمات درمان سرپایی
- برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- دارو برای درمان اعتیاد (Medication Assisted Treatment)
- خدمات حمایت همتا
- خدمات مداخله بحران سیار مبتنی بر جامعه
- خدمات مدیریت مشروط (Contingency Management)

در صورتی که معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید، خدمات سیستم تحویل سازمان یافته داروی Medi-Cal یا (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) از طریق آژانس مراقبت های بهداشتی اورنج کانتی (Orange County Health Care Agency, OCHCA) در دسترس شما قرار می گیرد. خدمات DMC-ODS شامل موارد زیر است:

- خدمات درمان سرپایی
- خدمات درمان سرپایی فشرده
- خدمات بستری جزئی
- دارو برای درمان اعتیاد (Medication Assisted Treatment)
- خدمات درمان اقامتی
- خدمات مدیریت ترک
- برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات بهبودی
- هماهنگی خدمات مراقبتی
- خدمات حمایت همتا

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

- خدمات مداخله بحران سیار مبتنی بر جامعه
- خدمات مدیریت مشروط (Contingency Management)
- خدمات مداخله زودهنگام (برای افراد زیر 21 سال)
- غربالگری، تشخیص و درمان دوره ای زودهنگام (برای افراد زیر 21 سال)
- خدمات درمان بستری

علاوه بر خدمات بالا، اگر معیارهای لازم را داشته باشید شما ممکن است به خدمات بستری داوطلبانه برای سم زدایی (detoxification) دسترسی داشته باشید.

خدمات سلامت روان تخصصی که تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete نیستند، از طریق طرح سلامت روان OCHCA Mental Health Plan و با همکاری سازمان مراقبت سلامت هماهنگ می شوند تا دسترسی شما به خدمات بدون مشکل باشد. اعضاء می بایست ابتدا برای ارزیابی و ارجاع به سطح متناسب خدمات با تلفن خدمات بهداشت رفتاری CalOptima Health به شماره **1-855-877-3885 (TTY 711)** تماس بگیرند.

برای اطلاعات بیشتر درباره دسترسی به خدمات سلامت رفتاری، فرایند تعیین ضرورت پزشکی، روش های ارجاع بین طرح و نهاد شهرستان، و روند رسیدگی به مشکلات، لطفاً با خط خدمات سلامت رفتاری CalOptima Health Behavioral Health Line به شماره زیر تماس بگیرید **1-855-877-3885 (TTY 711)**.

G. خدمات حمل و نقل

G1. حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری

اگر نیازهای پزشکی دارید که به شما اجازه نمی دهد از ماشین، اتوبوس یا تاکسی برای رسیدن به قرار ملاقات خود استفاده کنید، می توانید خدمات حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری دریافت کنید. خدمات حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری برای خدمات تحت پوشش مانند ملاقات های پزشکی، دندان پزشکی، سلامت روان، درمان اختلال مصرف مواد، و داروخانه قابل استفاده است. اگر به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز دارید، می توانید با PCP خود صحبت کرده و این خدمات را درخواست نمایید. PCP شما بهترین نوع حمل و نقل را برای رفع نیازهای شما تعیین خواهد کرد. اگر لازم باشد، پزشک شما فرم لازم را پر می کند و آن را برای تأیید به CalOptima Health OneCare Complete می فرستد. بر اساس نیاز پزشکی شما، این تأیید تا یک سال معتبر است. PCP شما هر 12 ماه یکبار نیاز شما به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را برای تأیید مجدد ارزیابی خواهد کرد.

حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی شامل آمبولانس، ماشین ون، ون مخصوص ویلچر یا حمل و نقل هوایی است. CalOptima Health OneCare Complete مناسب ترین حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی fh کمترین هزینه حمل و نقل تحت پوشش را برای نیازهای پزشکی شما در زمانی که به وسیله نقلیه برای رسیدن به قرار ملاقات خود نیاز دارید، فراهم می کند. یعنی، مثلاً اگر با توجه به شرایط جسمی یا پزشکی امکان استفاده از ون مخصوص صندلی چرخدار را داشته باشید، CalOptima Health OneCare Complete هزینه آمبولانس را پوشش نمی دهد. فقط در صورتی می توانید از حمل و نقل هوایی استفاده کنید که استفاده از هیچ نوع حمل و نقل زمینی بر اساس وضعیت پزشکی شما ممکن نباشد.

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

در موارد زیر باید از وسایل حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی استفاده شود:

- شما، همانطور که با مجوز کتبی از PCP شما تایید شده است، از نظر جسمی یا پزشکی به آن نیاز دارید زیرا نمی‌توانید از اتوبوس، تاکسی، ماشین یا ون برای رسیدن به قرار ملاقات خود استفاده کنید.
- به دلیل معلولیت 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 غیر فوری** تجویز کرده است، حداقل دو (2) روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از قرار ملاقات خود با CalOptima Health OneCare Complete به شماره **1-866-612-1256 (TTY 711)** تماس بگیرید. برای **مراجعات اضطراری**، در اولین فرصت تماس بگیرید. در هنگام تماس گرفتن، کارت عضویت خود را در دسترس داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با بخش خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی

طرح CalOptima Health OneCare Complete کمترین هزینه حمل و نقل پزشکی را که نیازهای پزشکی شما را از منزل تا نزدیکترین ارائه دهنده خدمات درمانی که امکان تعیین وقت ملاقات وجود دارد، پوشش می‌دهد. اگر خدمات حمل و نقل پزشکی توسط Medicare یا Medi-Cal پوشش داده نشود، ارائه نخواهد شد. اگر این نوبت توسط Medi-Cal تحت پوشش قرار می‌گیرد اما برنامه درمانی آن را پوشش نمی‌دهد، CalOptima Health OneCare Complete برای برنامه ریزی حمل و نقل به شما کمک میکند. فهرستی از خدمات تحت پوشش در **فصل 4** این کتابچه راهنما آمده است. هزینه حمل و نقل خارج از شبکه یا منطقه خدماتی CalOptima Health OneCare Complete تحت پوشش نیست، مگر اینکه از قبل مجوز گرفته باشید.

G2. حمل و نقل غیرپزشکی

- مزایای حمل و نقل غیرپزشکی شامل رفت و آمد به قرار ملاقات‌های شما برای خدماتی است که توسط ارائه دهنده شما مجاز شناخته شده اند. شما می‌توانید بدون هیچ هزینه ای خدمات را دریافت نمایید، در زمانی که:
- رفت و آمد به یک قرار ملاقات برای خدمات که توسط ارائه دهنده شما مجاز شناخته شده اند، یا
 - دریافت تجهیزات پزشکی و داروها.

CalOptima Health OneCare Complete به شما امکان می‌دهد از ماشین، تاکسی، اتوبوس یا سایر راه های عمومی/خصوصی برای رسیدن به قرار ملاقات خود برای دریافت خدماتی که توسط ارائه‌دهنده شما مجاز است، استفاده کنید. CalOptima Health OneCare Complete از یک شرکت حمل و نقل برای ترتیب دادن حمل و نقل غیر پزشکی استفاده می‌کند. ما کم هزینه ترین نوع حمل و نقل غیر پزشکی که نیازهای شما را برآورده می‌کند را پوشش می‌دهیم.

گاهی اوقات، شما می‌توانید هزینه رفت‌وآمد با ماشین شخصی (که خودتان هماهنگ کرده‌اید) را باز پس بگیرید. ولی قبل از رفت‌وآمد باید از CalOptima Health OneCare Complete تأیید بگیرید و دلیل خود را توضیح دهید که چرا نمی‌توانید از وسایل نقلیه دیگر مثل اتوبوس استفاده نمایید. شما می‌توانید این درخواست را با تلفن، ایمیل یا حضوری اطلاع دهید. توجه کنید که برای رانندگی خودتان هزینه‌ای به شما برگردانده نمی‌شود.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

بازپرداخت هزینه مسافت پیموده شده مستلزم رعایت موارد زیر است:

- گواهینامه رانندگی راننده.
- ثبت وسیله نقلیه راننده.
- مدرک بیمه خودرو برای راننده.

برای درخواست خدمات حمل و نقل برای خدمات مجاز، حداقل دو (2) روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از قرار ملاقات خود با CalOptima Health OneCare Complete به شماره **1-866-612-1256 (TTY 711)** تماس بگیرید. برای مراجعات اضطراری، در اولین فرصت تماس بگیرید. در هنگام تماس گرفتن، کارت عضویت خود را در دسترس داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با بخش خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

توجه: اعضای سرخپوست آمریکایی می توانند برای درخواست حمل و نقل غیرپزشکی با کلینیک سلامت سرخپوستان محلی خود تماس بگیرند.

محدودیت های خدمات حمل و نقل غیر پزشکی

طرح CalOptima Health OneCare Complete کمترین هزینه حمل و نقل غیر پزشکی را که نیازهای پزشکی شما را از منزل تا نزدیکترین ارائه دهنده خدمات درمانی که امکان تعیین وقت ملاقات وجود دارد، پوشش می دهد. شما نمی توانید خودتان رانندگی کنید یا مستقیماً هزینه ای دریافت کنید.

حمل و نقل غیر پزشکی در موارد زیر اعمال نمی شود:

- برای رسیدن به محل ارائه خدمات، به آمبولانس، ون حمل برانکارد، ون حمل و نقل ویلچر یا سایر وسایل حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز است.
- به دلیل وضعیت جسمی و پزشکی، شما نیاز به کمک راننده برای خروج از منزل و سوار شدن به وسیله نقلیه و ورود به مرکز درمانی داشته باشید.
- شما از صندلی چرخدار استفاده میکنید و بدون کمک راننده نمیتوانید به ماشین سوار و از آن پیاده شوید.
- این خدمات تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal قرار نمی گیرد.

H. خدمات تحت پوشش در فوریت های پزشکی، در صورت نیاز فوری یا در هنگام وضعیت بحرانی

H1. دریافت مراقبت در فوریت های پزشکی

فوریت پزشکی یک وضعیت پزشکی با علائمی مانند بیماری، درد شدید، آسیب جدی یا وضعیت پزشکی است که به سرعت بدتر می شود. این وضعیت آنقدر جدیست که اگر فوراً مورد مداوای پزشکی قرار نگیرید، شما یا هر شخص غیرحرفه ای با دانش متوسط در مورد مسائل بهداشتی و پزشکی می تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

- خطر جدی برای زندگی شما یا فرزند به دنیا نیامده شما وجود دارد؛ یا
- از دست دادن یا آسیب جدی به عملکردهای بدن؛ یا

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

- اختلال جدی در عملکرد بدن یا هر یک از اندامها یا بخشهای آن؛ یا
- در مورد زنان باردار هنگام زایمان فعال در هنگامیکه که یکی از موارد زیر پیش بیاید:
 - قبل از زایمان، زمان کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر وجود نداشته باشد.
 - انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامت یا ایمنی شما یا فرزند متولد نشده تان را تهدید کند.

اگر در وضعیت پزشکی اورژانسی هستید:

- **هرچه زودتر کمک دریافت کنید.** با 911 تماس گرفته یا به نزدیک ترین بخش اورژانس یا بیمارستان بروید. در صورت لزوم یک آمبولانس درخواست کنید. **لزومی ندارد که ابتدا از PCP خود اجازه یا ارجاع دریافت کنید.** لزومی ندارد که به ارائه دهنده شبکه مراجعه کنید. شما می توانید مراقبت های پزشکی اورژانسی تحت پوشش را هر زمان که به آن نیاز دارید، در هر کجای ایالات متحده یا مناطق آن یا در سراسر جهان، از هر ارائه دهنده ای که دارای مجوز ایالتی مناسب باشد، حتی اگر آنها بخشی از شبکه ما نباشند، دریافت کنید.
- **در اسرع وقت، وضعیت اضطراری خود را به طرح ما اطلاع دهید.** ما مراقبت های اورژانسی شما را پیگیری می کنیم. شما یا شخصی دیگری باید در مورد مراقبت اضطراری شما، معمولاً ظرف 48 ساعت با ما تماس بگیرید. با این حال، اگر اطلاع رسانی به ما را به تأخیر بیندازید، هزینه خدمات اضطراری را پرداخت نمی کنید. برای اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete به شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

خدمات تحت پوشش در فوریت های پزشکی

Medicare برای مراقبت های پزشکی اورژانسی در خارج از ایالات متحده و قلمرو آن پوششی ارائه نمی دهد. CalOptima Health OneCare Complete با بازپرداخت تا \$100,000 در سال برای مراقبت های پزشکی اورژانسی دریافت شده در خارج از ایالات متحده، یک مزیت اضافی ارائه می دهد.

طرح ما خدمات آمبولانس را در شرایطی پوشش می دهد که رسیدن به اورژانس به هر طریق دیگری می تواند سلامت شما را به خطر بیندازد. ما همچنین خدمات پزشکی را در مواقع اضطراری پوشش می دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به جدول مزایا در **فصل 4** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

ارائه دهندگانی که به شما مراقبت های اورژانسی می دهند، تصمیم می گیرند که چه زمانی وضعیت شما پایدار است و اورژانس پزشکی به پایان رسیده است. آنها به درمان شما ادامه خواهند داد 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 اضطراری را از ارائه کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید، ما تلاش خواهیم کرد تا ارائه کنندگان شبکه هر چه زودتر مراقبت از شما را به عهده بگیرند.

دریافت مراقبت های اورژانسی در صورتی که مشخص شود اورژانسی نبوده اند

گاهی اوقات ممکن است تشخیص اینکه وضعیت پزشکی اضطراری دارید مشکل باشد. ممکن است برای اورژانسی مراجعه کنید و پزشک به شما بگوید که در واقع وضعیت اضطراری پزشکی نبوده است. تا زمانی که به طور منطقی تصور می کنید که در خطر جدی هستید، ما مراقبت شما را پوشش خواهیم داد.

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

ولی پس از اینکه پزشک بگوید که وضعیت اضطراری نبوده است، ما تنها زمانی مراقبت اضافی شما را پوشش خواهیم داد که:

- شما نزد یک ارائه کننده عضو شبکه بروید، یا
- مراقبت اضافی که دریافت می کنید "مراقبت فوری مورد نیاز" باشد و از مقررات برای دریافت این مراقبت پیروی کنید. به بخش بعدی مراجعه کنید.

H2. مراقبت فوری مورد نیاز

مراقبت های فوری، مراقبت هایی هستند که برای شرایطی دریافت می کنید که اورژانسی نیستند اما نیاز به مراقبت فوری دارند. برای مثال، ممکن است بیماری که از قبل داشتید عود کرده باشد یا یک بیماری یا جراحت پیش بینی نشده داشته باشید.

مراقبت های فوری مورد نیاز در منطقه تحت پوشش طرح ما

ما مراقبت های فوری مورد نیاز را فقط در صورتی پوشش می دهیم که:

- شما این مراقبت را از یک ارائه کننده عضو شبکه دریافت می کنید، و
- شما از سایر مقرراتی که در این فصل توصیف شده اند پیروی می کنید.

اگر با توجه به زمان، مکان یا شرایط شما، مراجعه به یک ارائه دهنده خدمات درمانی عضو شبکه امکان پذیر یا منطقی نباشد، ما مراقبت های فوری مورد نیاز شما را از یک ارائه دهنده خدمات درمانی خارج از شبکه پوشش می دهیم.

برای آگاهی از نحوه دسترسی به خدمات مراقبت های فوری با شبکه درمانی تماس بگیرید. شماره تلفن شبکه درمانی خود را می توانید در کارت عضویت CalOptima Health OneCare Complete خود بیابید.

مراقبت های فوری مورد نیاز خارج از منطقه تحت پوشش طرح ما

وقتی خارج از محدوده خدمات طرح ما هستید، ممکن است نتوانید از ارائه دهنده خدمات درمانی شبکه مراقبت دریافت کنید. در این صورت، طرح ما مراقبت های فوری مورد نیاز شما را با هر ارائه دهنده ای پوشش می دهد. با این حال ویزیت های معمول با ارائه دهنده خدمات درمانی که از نظر پزشکی ضروری هستند، مانند معاینات سالانه، حتی اگر خارج از منطقه تحت پوشش طرح ما باشید یا شبکه طرح ما موقتاً در دسترس نباشد، فوری تلقی نمی شوند.

طرح شما مراقبت های فوری یا هرگونه مراقبت غیر اورژانسی دیگری را که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن دریافت می کنید، پوشش نمی دهد.

طرح ما خدمات مراقبتی اضطراری و فوری مورد نیاز در سراسر جهان را در خارج از ایالات متحده و سرزمین های آن تحت شرایط زیر پوشش می دهد:

- ما برای خدمات اضطراری، مراقبت های فوری و حمل و نقل اضطراری دریافتی در خارج از ایالات متحده، یک مزیت \$100,000 در سال تقویمی ارائه می دهیم. خدمات در سراسر دنیا تحت شرایط مشابه از لحاظ ضرورت پزشکی همانطور که در ایالات متحده دریافت می کنید پوشش داده خواهند شد.

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- شما باید ابتدا هزینه خدمت پزشکی دریافت شده را پرداخت کنید، خلاصه ترخیص یا مدارک پزشکی معادل و مدارک پرداخت را ترجیحاً به زبان انگلیسی و دلار آمریکا ارائه کنید. درخواست بازپرداخت را با تمام اسناد پشتیبانی به CalOptima Health OneCare Complete ارسال کنید و ما قبل از بازپرداخت، ضرورت و مناسب بودن آن را نظر پزشکی را بررسی خواهیم کرد.

H3. دریافت مراقبت در وضعیت بحرانی

اگر فرماندار کالیفرنیا، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده یا رئیس جمهور ایالات متحده در منطقه جغرافیایی شما وضعیت بحرانی یا اضطراری اعلام کنند، شما همچنان واجد شرایط دریافت مراقبت از طرح ما هستید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت های مورد نیاز در صورت وقوع وضعیت بحرانی یا اضطراری اعلام شده به وب سایت ما مراجعه کنید:

<https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/benefits-and-services>

در زمان یک وضعیت بحرانی اعلام شده، اگر نمی‌توانید از یک ارائه‌دهنده شبکه استفاده کنید، به شما اجازه می‌دهیم که بدون هیچ هزینه‌ای نسبت به دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه اقدام نمائید. در زمان یک وضعیت بحرانی اعلام شده، نمی‌توانستید از یک داروخانه عضو شبکه استفاده کنید، می‌توانید داروهای تجویزی خود را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

I. اگر مستقیماً برای خدمات تحت پوشش صورت حساب دریافت کرده باشید، باید چه کاری انجام دهید

اگر هزینه خدمات تحت پوشش خود را پرداخت کرده‌اید یا اگر برای خدمات پزشکی تحت پوشش صورتحساب دریافت کرده‌اید، برای اطلاع از اقدامات لازم به فصل 7 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

شما نباید شخصاً صورتحساب را پرداخت کنید. اگر اینکار را بکنید، در این صورت ممکن است ما نتوانیم به شما بازپرداخت کنیم.

I1. اگر طرح شما خدمات را پوشش نمی‌دهد، چه باید کرد

طرح ما تمام خدماتی را پوشش می‌دهد که:

- خدماتی که از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شده‌اند، و
- که در جدول مزایای طرح ما فهرست شده‌اند (به فصل 4 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، و
- که با پیروی از قوانین برنامه به دست می‌آورد.

اگر خدماتی دریافت کنید که طرح ما پوشش نمی‌دهد، هزینه کامل را خودتان پرداخت می‌کنید، مگر اینکه تحت پوشش برنامه Medi-Cal دیگری خارج از طرح ما باشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

اگر می خواهید بدانید که ما هزینه هرگونه خدمات یا مراقبتی را پرداخت خواهیم کرد، شما حق دارید که در این مورد از ما سؤال کنید. شما همچنین حق دارید نسخه کتبی آنرا درخواست کنید. اگر بگوئیم که هزینه خدمات شما را پرداخت نخواهیم کرد، شما حق دارید به تصمیم ما اعتراض کنید.

فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا در مورد اینکه اگر بخواهید ما اقلام یا خدمات پزشکی را پوشش دهیم چکار کنید توضیحاتی را ارائه می دهند. همچنین نحوه درخواست بررسی مجدد برای تصمیم پوشش ما را به شما می گوید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود در زمینه درخواست تجدیدنظر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

ما هزینه برخی خدمات را تا سقف مشخصی پرداخت خواهیم کرد. اگر از حد مجاز فراتر بروید، برای دریافت بیشتر آن نوع خدمات، شما هزینه کامل را پرداخت می کنید. برای اطلاع از محدودیت های خاص مزایا به **فصل 4** مراجعه کنید. برای اطلاع از محدودیت های مزایا و میزان استفاده از آنها، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

ل. پوشش خدمات مراقبت های بهداشتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی

ل1. تعریف یک مطالعه تحقیقاتی بالینی

یک مطالعه تحقیقاتی بالینی (آزمون بالینی نیز خوانده می شود) روشی می باشد که پزشکان انواع جدید مراقبت درمانی یا دارو را آزمایش می کنند. یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که توسط Medicare تأیید شده است، معمولاً از داوطلبان می خواهد که در مطالعه شرکت کنند. وقتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی هستید، می توانید در طرح ما ثبت نام خود را حفظ کنید و به دریافت بقیه مراقبت های خود (مراقبت هایی که مربوط به مطالعه نیستند) از طریق طرح ما ادامه دهید.

اگر می خواهید در هر مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، نیازی به اطلاع دادن یا گرفتن تأیید از ما یا ارائه دهنده مراقبت های اولیه خود ندارید. ارائه کنندگانی که به عنوان بخشی از پژوهش از شما مراقبت می کنند لزومی ندارد که ارائه کنندگان شبکه باشند. این شامل مزایای تحت پوششی که نیاز به آزمون بالینی یا ثبت برای ارزیابی مزایا دارند، از جمله مزایای خاصی که نیاز به پوشش با توسعه شواهد (NCDS-CED) و مطالعات معافیت دستگاه تحقیقاتی (investigational device exemption, IDE) دارند، نمی شود. این مزایا همچنین ممکن است مشمول مجوز قبلی و سایر قوانین طرح باشند.

ما شما را تشویق می کنیم که قبل از شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی، به ما اطلاع دهید.

اگر قصد دارید در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که برای ثبت نام کنندگان تحت پوشش Original Medicare است، شرکت کنید، شما یا هماهنگ کننده مراقبت های شخصی شما را تشویق می کنیم که با خدمات مشتریان تماس بگیرید و به ما اطلاع دهید که در یک کارآزمایی بالینی شرکت خواهید کرد.

ل2. پرداخت هزینه خدمات هنگام شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی

اگر داوطلب یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare شوید، هیچ هزینه ای برای خدمات تحت پوشش آن مطالعه پرداخت نمی کنید. Medicare هزینه های خدمات تحت پوشش مطالعه و همچنین هزینه های معمول مرتبط با مراقبت شما پرداخت می کند. به محض اینکه به یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare پیوندید، اکثر خدمات و اقلامی که به عنوان بخشی از مطالعه دریافت می کنید، تحت پوشش قرار خواهید گرفت. این شامل موارد زیر است:

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

- هزینه اقامت در بیمارستان که حتی اگر در مطالعه شرکت نکرده باشید، Medicare آن را پرداخت خواهد کرد.
 - یک عمل جراحی یا سایر اقدامات پزشکی که بخشی از مطالعه تحقیقاتی است
 - درمان هرگونه عوارض جانبی و اختلالات مراقبت جدید.
- اگر شما بخشی از یک مطالعه هستید که Medicare آن را تأیید نکرده است، شما هرگونه هزینه ای را که برای شرکت در مطالعه لازم است، پرداخت می کنید.

J3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد پژوهشهای بالینی

شما می توانید با مطالعه «مطالعات تحقیقات بالینی و Medicare» در وبسایت Medicare، اطلاعات بیشتری در مورد پیوستن به یک مطالعه تحقیقاتی بالینی کسب کنید.
www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf
همچنین می توانید با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید
کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

K. نحوه پوشش خدمات درمانی شما در یک موسسه مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

K1. تعریف موسسه مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

یک موسسه مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی، مکانی است که به شما مراقبتی را ارائه می کند که معمولاً در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی دریافت می کنید. اگر دریافت مراقبت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برخلاف باورهای مذهبی شماست، ما هزینه مراقبت در موسسه مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی را پوشش می دهیم.

این مزایا تنها به خدمات بیماران بستری Medicare بخش A مربوط می شود (خدمات مراقبت درمانی غیرپزشکی).

K2. دریافت مراقبت از یک موسسه مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

برای دریافت مراقبت از یک موسسه مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی، باید یک سند قانونی امضا کنید که متذکر می شود شما مخالف دریافت مداوای پزشکی "غیرمنتظره" هستید.

- مداوای پزشکی "غیرمنتظره" هر نوع مراقبتی می باشد که داوطلبانه بوده و براساس هرگونه قانون فدرال، ایالتی یا محلی لازم نیست.
- مداوای پزشکی "مورد انتظار" هر نوع مراقبتی می باشد که داوطلبانه نبوده و طبق قوانین فدرال، ایالتی یا محلی الزامی است.

برای اینکه تحت پوشش برنامه درمانی ما باشید، مراقبتی که از سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می کنید باید شرایط زیر را برآورده کنید:

- مرکزی که مراقبت را ارائه می کند باید از Medicare مجوز گرفته باشد.
- طرح ما فقط جنبه های غیرمذهبی مراقبت را پوشش می دهد.

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- اگر از این موسسه خدماتی دریافت می کنید که در یک مرکز به شما ارائه می شود:
 - شما باید مبتلا به یک عارضه پزشکی باشید که به شما امکان می دهد خدمات تحت پوشش را برای مراقبت بیماران بستری در بیمارستان یا مراقبت مرکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
 - شما باید قبل از اینکه در این مرکز پذیرفته شوید از ما مجوز دریافت کنید یا در غیراینصورت اقامت شما پوشش داده نخواهد شد.
- محدودیت های پوشش Medicare برای بستری در بیمارستان اعمال می شوند. لطفاً به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

L1. دریافت DME به عنوان عضوی از طرح ما

(تجهیزات پزشکی بادوام) شامل برخی از اقلام ضروری پزشکی است که توسط یک ارائه دهنده سفارش داده می شود، مانند صندلی چرخدار، عصا، سیستم تشک برقی، لوازم دیابت، تخت بیمارستانی که توسط ارائه دهنده برای استفاده در خانه سفارش داده شده است، پمپ های تزریق داخل وریدی (IV)، دستگاه های تولید گفتار، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزر، و واکرها.

شما صاحب برخی از اقلام DME مانند پروتز هستید.

انواع دیگر DME که باید اجاره کنید. به عنوان عضوی از طرح ما، شما معمولاً مالک اقلام DME اجاره ای نیستید، صرف نظر از مدت زمانی که آنها را اجاره می کنید.

در برخی مواقع ما مالکیت DME که استفاده می کنید را به شما منتقل می کنیم. برای اطلاعات بیشتر با شماره های خدمات مشتریان در پایین صفحه تماس بگیرید.

حتی اگر قبل از پیوستن به طرح ما تا 12 ماه متوالی تحت پوشش Medicare از DME استفاده می کردید، مالک تجهیزات نخواهید بود.

L2. مالکیت DME در صورت تغییر به (اصلی Medicare) Original Medicare

در برنامه Original Medicare، کسانی که انواع خاصی از DME را اجاره می کنند بعد از 13 ماه مالک آن میشوند. در طرح (Medicare Advantage) (MA)، طرح می تواند تعداد ماههایی را که افراد باید انواع خاصی از DME را اجاره کنند تا مالک آن شوند، تعیین کند.

خدماتی که تحت پوشش Medicare نیستند، تحت پوشش مزایای Medi-Cal قرار خواهند گرفت.

اگر دیگر Medi-Cal ندارید، برای اینکه بتوانید DME را خریداری کنید، باید 13 قسط متوالی تحت پوشش Original Medicare یا تعداد قسطهای متوالی تعیین شده توسط طرح MA را پرداخت کنید، در صورتی که:

- شما در مدت عضویت در طرح ما، مالک کالای DME نشده اید، و

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما

- شما طرح ما را ترک می کنید و مزایای Medicare خود را خارج از هرگونه طرح درمانی در Medicare اصلی (Original Medicare) یا طرح MA دریافت می کنید.
- اگر قبل از پیوستن به طرح ما، هزینه اقلام DME را تحت پوشش Medicare اصلی (Original Medicare) یا طرح MA پرداخت کرده اید، آن پرداخت های **Original Medicare** یا طرح **MA** جزو پرداخت هایی که باید پس از ترک طرح ما انجام دهید، محسوب نمی شوند.
- برای اینکه بتوانید DME را خریداری کنید، باید 13 قسط جدید را پشت سر هم تحت طرح Medicare اصلی (Original Medicare) یا تعدادی قسط جدید را پشت سر هم طبق طرح MA انجام دهید.
- هیچ استثنایی در این مورد وجود ندارد وقتی که به طرح Medicare اصلی (Original Medicare) یا طرح MA بازگردید.

L3. مزایای تجهیزات اکسیژن برای اعضای طرح ما

اگر واجد شرایط تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare هستید، ما موارد زیر را پوشش می دهیم:

- اجاره تجهیزات اکسیژن
 - تحویل اکسیژن و محتویات اکسیژن
 - لوله و لوازم جانبی مرتبط برای انتقال اکسیژن و محتویات اکسیژن
 - تعمیر و نگهداری تجهیزات اکسیژن
- تجهیزات اکسیژن باید زمانی که دیگر از نظر پزشکی برای شما ضروری نیست یا اگر از طرح ما خارج شوید، بازگردانده شوند.

L4. تجهیزات اکسیژن زمانی که بیمه خود را به Medicare اصلی (Original Medicare) یا Medicare Advantage تغییر داده اید

زمانی که نیاز پزشکی به تجهیزات اکسیژن دارید و برنامه ما را ترک می کنید یا به Medicare اصلی (Original Medicare) باز می گردید، می توانید اکسیژن و تجهیزات را از ارائه دهنده برای 36 ماه اجاره نمایید. اجاره ماهانه که پرداخت مینمایید هزینه خدمات، لوازم و تجهیزات اکسیژن را پوشش میدهد. اگر هنوز در Medicare و Medi-Cal ثبت نام کرده باشید، Medicare و Medi-Cal این پرداخت ها را پوشش می دهند.

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

- تجهیزات، لوازم و خدمات اکسیژن برای 24 ماه دیگر
 - تجهیزات و لوازم اکسیژن تا 5 سال در صورت نیاز پزشکی
- اگر بعد از 5 سال اجاره هنوز به تجهیزات اکسیژن نیاز دارید:
- تامین کننده شما دیگر نیازی به ارائه آن ندارد و می توانید تجهیزات جایگزین را از هر تامین کننده ای دریافت کنید.
 - یک دوره 5 ساله جدید شروع میشود

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



کتابچه راهنمای اعضای

بخش 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی
و سایر خدمات تحت پوشش شما

- شما به مدت 36 ماه از تامین کننده تجهیزات را اجاره مینمایید
 - سپس تامین کننده شما تجهیزات، مواد و خدمات اکسیژن را برای 24 ماه دیگر تمدید می کند.
 - تا زمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد، هر 5 سال یک چرخه جدید شروع می شود.
- وقتی تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد و شما طرح ما را ترک کرده و به طرح **MA** دیگری بروید، طرح حداقل آنچه را که Medicare اصلی (Original Medicare) پوشش می دهد، پوشش خواهد داد. می توانید از طرح جدید **MA** خود بپرسید که چه تجهیزات و لوازم اکسیژنی را پوشش می دهد و هزینه های شما چقدر خواهد بود.



فصل 4: جدول مزایا

مقدمه

این فصل اطلاعاتی در مورد خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد و هرگونه محدودیت یا ممنوعیتی که بر این خدمات اعمال می‌شود را ارائه می‌دهد. همچنین در مورد مزایایی که تحت پوشش طرح ما نیستند، به شما اطلاعات می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبا در آخرین فصل این کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

اعضای جدید CalOptima Health OneCare Complete: در بیشتر موارد، شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در CalOptima Health OneCare Complete برای دریافت مزایای Medicare خود در CalOptima Health OneCare Complete ثبت نام خواهید شد. شما همچنان می‌توانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح درمانی Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق CalOptima Health OneCare Complete دریافت خواهید کرد. هیچ خللی در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. اگر پرسشی دارید لطفاً با ما از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته تماس بگیرید.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش شما شم	68
B. قوانین مربوط به عدم دریافت هزینه از شما توسط ارائه دهندگان خدمات	68
C. درباره جدول مزایای طرح ما	69
D. جدول مزایای طرح ما	72
E. حمایت‌های اجتماعی	124
F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما	138
F1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)	138
F2. Medi-Cal Dental	138
F3. خدمات حمایتی در منزل (IHSS)	139
F4. برنامه‌های معافیت خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS) 1915(c)	139
F5. خدمات سلامت رفتاری شهرستان ارائه شده در خارج از طرح ما (خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد)	143
G. مزایایی که تحت پوشش طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal قرار نمی‌گیرند	145

A. خدمات تحت پوشش شما

این فصل اطلاعاتی در مورد خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد، در اختیار شما قرار می‌دهد. همچنین می‌توانید درباره خدماتی که تحت پوشش نیستند اطلاعات کسب کنید. اطلاعات در مورد مزایای دارو در **فصل 5** این کتابچه راهنمای اعضا موجود است. این فصل همچنین محدودیت‌های برخی از خدمات را توضیح می‌دهد.

تا زمانی که قوانین طرح ما را دنبال کنید، به این دلیل که کمک‌های Medi-Cal را دریافت مینمایید، لازم نیست برای خدمات تحت پوشش هزینه‌ای بپردازید. برای جزئیات بیشتر در مورد قوانین طرح ما به **فصل 3** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر برای درک خدمات تحت پوشش به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

اگر واجد شرایط بودن برای Medi-Cal خود را از دست بدهید، در مدت زمانی که دوباره برای Medi-Cal درخواست می‌دهید، CalOptima Health OneCare Complete تا 6 ماه، تمام مزایای تحت پوشش Medicare شما را پوشش خواهد داد (دوره 6 ماهه واجد شرایط بودن ادامه‌دار تلقی می‌شود). با این حال، در این دوره، ما پوشش مزایای Medi-Cal (Medicaid) که تحت طرح ایالتی Medi-Cal (Medicaid) مربوطه قرار دارند را ادامه نخواهیم داد، و حق بیمه Medicare یا طرح ایالتی Medi-Cal (Medicaid) مربوطه را پرداخت نخواهیم کرد، و حق بیمه Medicare یا سهم هزینه‌ای را که Medi-Cal از طرف شما پرداخت می‌کند، پرداخت نخواهیم کرد. با این حال، اگر به یک ارائه دهنده خارج از شبکه که تحت قرارداد ما نیست مراجعه کنید، ممکن است مسئولیت 20٪ اشتراک هزینه (سهم بیمه مشترک) Medicare را بر عهده بگیرید.

B. قوانینی علیه ارائه دهندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می‌کنند

ما به ارائه دهندگان خدمات خود اجازه نمی‌دهیم که برای خدمات تحت پوشش طرح از شما هزینه دریافت کنند. ما مستقیماً هزینه‌ها را به ارائه دهندگان خود پرداخت می‌کنیم و از شما در برابر مسئولیت در زمینه هرگونه هزینه‌ای محافظت می‌کنیم. حتی در صورتی که مبلغ پرداختی ما به ارائه کنندگان خدمات، از مبلغی که ارائه کننده برای آن خدمات مطالبه می‌کند کمتر باشد، این موضوع همچنان صادق خواهد بود.

شما هرگز نباید از یک ارائه دهنده خدمات برای خدمات تحت پوشش صورتحساب دریافت کنید. در صورت روبه رو شدن با این مساله، به **فصل 7** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

C. درباره جدول مزایای طرح ما

جدول مزایا خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند را به شما نشان می‌دهد. خدمات تحت پوشش را به ترتیب حروف الفبا فهرست می‌کند و آنها را توضیح می‌دهد.

ما هزینه‌های مربوط به خدمات مندرج در جدول مزایا را در صورت رعایت قوانین زیر پرداخت می‌کنیم. تا زمانی که همه شرایط پوشش ذکر شده در زیر را داشته باشید هیچگونه هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید.

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را طبق قوانین تعیین شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌دهیم.
- خدماتی شامل مراقبت‌های پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و سوءمصرف مواد، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، لوازم، تجهیزات و داروها باید «ضرورت پزشکی» داشته باشند. ضروری از نظر پزشکی، خدمات، لوازم یا داروهایی را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک بیماری یا حفظ وضعیت سلامتی فعلی خود به آنها نیاز دارید. این شامل مراقبت‌هایی است که از بستری شدن شما در بیمارستان یا مراکز پرستاری پیشگیری می‌کند. همچنین شامل خدمات، لوازم یا داروهایی است که طبق استاندارد پزشکی قابل قبول هستند.
- برای ثبت‌نام‌کنندگان جدید، در 90 روز اول، ممکن است از شما نخواهیم از قبل برای هر دوره فعال درمانی تأییدیه بگیریم، حتی اگر دوره درمان برای خدماتی باشد که با ارائه‌دهنده خارج از شبکه شروع شده است.
- شما مراقبت‌های خود را از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه دریافت می‌کنید. ارائه دهنده خدمات شبکه، ارائه دهنده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. در بیشتر موارد، مراقبتی که از یک ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، پوشش داده نمی‌شود، مگر اینکه یک مراقبت اورژانسی یا فوری باشد یا مگر اینکه طرح شما یا ارائه دهنده شبکه شما را ارجاع داده باشد. **فصل 3** این کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در مورد استفاده از ارائه دهنده‌گان شبکه و خارج از شبکه دارد.
- شما یک ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (primary care provider, PCP) یا یک تیم مراقبتی دارید که مراقبت شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در برخی موارد، PCP شما باید قبل از اینکه بتوانید از خدمات ارائه‌دهنده‌ای که PCP شما نیست یا از سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح خود استفاده کنید، به شما تأییدیه بدهد. به این کار ارجاع می‌گویند. **فصل 3** این کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در مورد دریافت ارجاع و زمانی که شما به آن نیاز ندارید دارد.
- ما برخی از خدمات ذکر شده در جدول مزایا را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک شما و یا یکی دیگر از ارائه‌کنندگان عضو شبکه قبلاً از ما مجوز دریافت کرده باشند. به این مجوز قبلی (prior authorization, PA) گفته می‌شود. ما خدمات تحت پوشش در جدول مزایا را که نیاز به PA دارند با ستاره (*) علامت گذاری می‌کنیم.
- اگر طرح شما تأیید درخواست PA را برای یک دوره درمانی ارائه می‌کند، تأیید 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 توصیه‌های ارائه دهنده درمان 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، ممکن است خدمات Medi-Cal شما تحت

پوشش نباشد. برای کسب اطلاعات در مورد واجد شرایط بودن برای Medi-Cal خود، با دفتر واجد شرایط بودن شهرستان (county eligibility office) یا دفتر گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی (Health Care Options) تماس بگیرید. شما می‌توانید مزایای Medicare خود را حفظ کنید، اما مزایای Medi-Cal خود را از دست خواهید داد.

اطلاعات مهم در مورد مزایا برای اعضای که بیماری‌های مزمن خاصی دارند.

- اگر هر یک از بیماری‌های مزمن ذکر شده در 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 خودایمنی محدود به پلی‌آرتریت ندوزا، پلی‌میالژیا روماتیکا، پلی‌میوزیت، آرتریت روماتوئید و لوپوس اریتماتوز سیستمیک؛
 - سرطان، به استثنای مرحله پیش سرطانی یا مرحله درجا (in-situ).
 - اختلالات قلبی عروقی محدود به آریتمی‌های قلبی، بیماری عروق کرونر قلب، بیماری عروق محیطی و اختلال ترومبوآمبولی مزمن وریدی؛
 - نارسایی مزمن قلب؛
 - زوال حافظه یا دمانس؛
 - دیابت شیرین؛
 - بیماری کبدی در مرحله نهایی؛ بیماری کلیوی در مرحله نهایی (End-stage renal disease, ESRD) که نیاز به دیالیز دارد؛
 - اختلالات خونی شدید محدود به کم‌خونی آپلاستیک، هموفیلی، پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی، سندرم میلودیسپلازی، بیماری سلول داسی شکل (به استثنای ویژگی سلول داسی شکل) و اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن؛
 - HIV/AIDS؛
 - اختلالات مزمن ریه محدود به آسم، برونشیت مزمن، آمفیزم؛
 - فیبروز ریوی و فشار خون ریوی؛
 - بیماری‌های روانی مزمن و ناتوان‌کننده محدود به اختلالات دوقطبی، اختلالات افسردگی اساسی، اختلال پارانوئید، اسکیزوفرنی و اختلال اسکیزوافکتیو؛ اختلالات عصبی محدود به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، صرع، فلج گسترده (یعنی همی‌پلژی، کوادری‌پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی)، بیماری هانتینگتون، مولتیپل اسکلروزیس، بیماری پارکینسون، پلی‌نوروپاتی، تنگی کانال نخاعی و نقص عصبی مرتبط با سگته مغزی؛
 - سگته مغزی؛
 - پس از عمل پیوند عضو؛
 - نقص ایمنی و اختلالات سرکوب کننده سیستم ایمنی؛

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- شرایط مرتبط با اختلال شناختی؛
- شرایطی با چالش‌های عملکردی؛
- بیماری‌های مزمنی که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی را مختل می‌کنند؛ و
- شرایطی که برای حفظ یا ادامه عملکرد افراد، نیاز به خدمات درمانی مداوم دارند.
- همه اعضای که یک یا چند مورد از بیماری‌های مزمن فوق را دارند، واجد شرایط دریافت مزایای اضافی نخواهند بود. اعضا همچنین باید شرایط زیر را داشته باشند:
- داشتن یک یا چند بیماری مزمن و شرایط پیچیده پزشکی که تهدید کننده زندگی است یا سلامت یا عملکرد کلی فرد را به طور قابل توجهی محدود می‌کند
- خطر بالای بستری شدن در بیمارستان یا سایر پیامدهای نامطلوب سلامتی
- نیاز به هماهنگی مراقبت‌های ویژه.
- برای تعیین اینکه آیا واجد شرایط دریافت مزایای اضافی هستید یا خیر، ارائه دهنده خدمات درمانی شما تشخیصی که برای وضعیت شما داده شده را تأیید خواهد کرد.
- برای اطلاعات بیشتر به ردیف «کمک برای برخی بیماری‌های مزمن» در جدول مزایا مراجعه کنید.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر با ما تماس بگیرید.
- تمامی خدمات پیشگیرانه رایگان است. این سیب  خدمات پیشگیرانه را در جدول مزایا نشان می‌دهد.

D. جدول مزایای طرح ما

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	 غربالگری آنوریسم آنورت شکمی ما هزینه یکبار سونوگرافی تشخیصی برای افراد در معرض خطر را می پردازیم. طرح ما فقط در صورتی این غربالگری را پوشش می دهد که شما عوامل خاص خطر را داشته باشید و از پزشک، دستیار پزشک، پرستار متخصص یا متخصص پرستاری بالینی خود برای آن ارجاع دریافت کرده باشید.
\$0	طب سوزنی ما هزینه حداکثر دو دوره خدمات طب سوزنی سرپایی را در هر ماه تقویمی، یا در صورت ضرورت پزشکی، به دفعات بیشتر، پرداخت می کنیم. همچنین در صورت داشتن کمردرد مزمن، تا 12 ویزیت طب سوزنی در 90 روز را پرداخت می کنیم در صورتی که شرایط زیر را داشته باشید: • مدت کمر درد 12 هفته یا بیشتر باشد؛ • مشکل غیر سیستمیک باشد (بدون علت سیستمیک قابل شناسایی، مانند عدم ارتباط با بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی)؛ • ربطی به جراحی نداشته باشد؛ و • ربطی به بارداری نداشته باشد. لاوه بر این، در صورت نشانه های بهبودی، هزینه هشت جلسه طب سوزنی اضافی برای کمردرد مزمن را پرداخت می کنیم. برای درمان کمردردهای حاد شما نمی توانید در طول سال بیش از 20 جلسه طب سوزنی دریافت کنید. اگر بهبود نیافتید یا بدتر شدید، درمان های طب سوزنی باید متوقف شوند. الزاماتی که ارائه دهنده باید رعایت کند: پزشکان (مطابق تعریف مندرج در بند 1861(1)(r) قانون تأمین اجتماعی (the Act) می توانند طب سوزنی را مطابق با الزامات ایالتی مربوطه ارائه دهند ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	طب سوزنی (ادامه) دستیاران پزشک (PA)، پرستاران متخصص (NP)/متخصصان پرستاری بالینی (CNS) (مطابق با بند 1861(aa)(5) قانون) و پرسنل کمکی می توانند در صورت برآورده کردن تمام الزامات ایالتی مربوطه و داشتن شرایط زیر، خدمات طب سوزنی را ارائه دهند: • مدرک کارشناسی ارشد یا دکترای طب سوزنی یا طب شرقی از دانشگاهی که توسط کمیسیون اعتباری طب سوزنی و طب شرقی (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) تأیید شده باشد؛ و • یک مجوز به روز، کامل، فعال و نامحدود برای انجام طب سوزنی در ایالت، قلمرو، یا کشورهای مشترک المنافع ایالات متحده (مانند پورتوریکو)، یا District of Columbia. پرسنلی که طب سوزنی را ارائه می کنند باید در سطح مناسب نظارت یک پزشک، PA، یا NP/CNS که طبق مقررات ما در CFR §§ 410.26 و 410.27 لازم است، تحت نظارت باشد.
\$0	غریبالگری و مشاوره سوء مصرف الکل ما هزینه یک بارغریبالگری سوء مصرف الکل (SABIRT) را برای بزرگسالانی که مشکل سوء مصرف الکل دارند ولی به الکل وابسته نیستند می پردازیم. این شامل زنان باردار نیز می شود. در صورتی که تشخیص سوء مصرف الکل در شما مثبت باشد، می توانید هر سال تا سقف چهار جلسه کوتاه مشاوره حضوری با یک ارائه کننده مراقبت های اولیه (PCP) واجد شرایط و یا یک ارائه دهنده در یک مرکز مراقبت های اولیه بهره مند شوید (به شرط اینکه توانایی حضور داشته باشید و در طول جلسات مشاوره کامل هشیار باشید).

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می کنید
خدمات آمبولانس* خدمات آمبولانس تحت پوشش، چه برای شرایط اضطراری و چه غیر اضطراری، شامل زمینی و هوایی (هواپیما و هلیکوپتر) می شود. آمبولانس شما را به نزدیک ترین مرکز پزشکی که می تواند به شما خدمات ارائه کند منتقل می نماید. وضعیت شما باید به قدری جدی باشد که سایر روش های مراجعه به مراکز پزشکی سلامتی یا زندگی شما را به خطر بیندازد. خدمات آمبولانس برای موارد دیگر (غیر اورژانسی) باید توسط ما تأیید شود. در مواردی که اورژانسی نیستند، ممکن است هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. وضعیت شما باید به قدری جدی باشد که سایر روش های مراجعه به مراکز پزشکی سلامتی یا زندگی شما را به خطر بیندازد. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند	\$0
معاینه فیزیکی سالانه ما شما را به انجام یک معاینه فیزیکی معمول در سال تشویق می کنیم. این معاینه یک ارزیابی کامل از سلامت شما خواهد بود و در صورت نیاز شامل خدمات آزمایشگاهی و سایر غربالگری خواهد بود. اگر از نظر پزشکی مراقبت های پیشگیرانه مناسب باشد، معاینه تحت پوشش قرار می گیرد.	\$0
ویزیت سلامت سالانه شما می توانید یک بار در سال معاینه کامل شوید. این امر به منظور ایجاد و یا به روزرسانی برنامه پیشگیری و بر اساس عوامل خطر فعلی شما انجام می شود. ما هر 12 ماه یک بار این هزینه را پرداخت می کنیم. توجه: اولین ویزیت سلامت سالانه شما نمی تواند در عرض 12 ماه پس از ویزیت خوش آمدگویی به Medicare شما (Welcome to Medicare)، انجام شود. با این حال، برای دریافت ویزیت سلامت سالانه پس از استفاده از بخش B به مدت 12 ماه، نیازی نیست که یک ویزیت خوش آمدگویی به Medicare یا (Welcome to Medicare) را انجام داده باشید.	\$0
خدمات پیشگیری از آسم شما می توانید آموزش های لازم در مورد آسم و ارزیابی محیط خانه برای عوامل محرکی که معمولاً در منزل افراد مبتلا به آسم کنترل نشده یافت می شوند را دریافت کنید.	\$0

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



آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	سنجش تراکم استخوان ما هزینه برخی از اقدامات درمانی و آزمایشها را برای اعضای واجد شرایط (معمولاً افرادی که در معرض خطر از دست دادن توده استخوانی یا پوکی استخوان هستند) پرداخت می کنیم. این اقدامات توده استخوانی را شناسایی می کنند، تحلیل استخوان را پیدا می کنند یا کیفیت استخوان را می سنجند. ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یک بار و در صورت ضرورت پزشکی به دفعات بیشتر می پردازیم. ما هزینه پزشک برای مشاهده و اظهار نظر در مورد نتایج را نیز تقبل می کنیم.
\$0	غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی) ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • یک ماموگرافی پایه بین سن 35 تا 39 سال • یک غربالگری ماموگرافی هر 12 ماه برای زنان به سن 40 سال به بالا • معاینه بالینی سینه هر 24 ماه یکبار
\$0	خدمات توانبخشی قلبی* ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی مانند ورزش، آموزش و مشاوره را پرداخت می کنیم. اعضاء باید از طرف پزشک خود ارجاع داشته باشند و شرایط خاصی را داشته باشند. ما همچنین برنامه های توانبخشی قلبی فشرده را که گسترده تر از برنامه های توانبخشی قلبی هستند پوشش می دهیم. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	ویزیت کاهش خطر بیماری های قلبی - عروقی (درمان بیماری های قلبی) به منظور کاهش خطر بیماری های قلبی، هزینه یک ویزیت سالانه و یا بیشتر در صورت نیاز پزشکی توسط با ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) شما را می پردازیم. در طول این ویزیت ها، پزشک شما ممکن است: • در مورد استفاده از آسپرین با شما صحبت کند، • فشار خون شما را اندازه گیری کند، و/ یا • شما را در رابطه با تغذیه صحیح راهنمایی کند.
\$0	آزمایش های غربالگری بیماری های قلبی عروقی هر پنج سال (60 ماه) یک بار هزینه های آزمایش خون جهت بررسی بیماری های قلبی-عروقی را می پردازیم. این آزمایش ها نواقصی را که خطر بیماری های قلبی را افزایش می دهند نیز بررسی می کنند.
\$0	غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • برای همه زنان: آزمایش های پاپ اسمیر و معاینات لگنی هر 24 ماه یکبار • برای زنانی که در معرض خطر بالای سرطان دهانه رحم یا واژن قرار دارند: هر 12 ماه یک بار آزمایش پاپ اسمیر • برای زنانی که در سه سال گذشته آزمایش پاپ اسمیر غیرطبیعی بوده و در سنین باروری هستند: هر 12 ماه یک بار آزمایش پاپ اسمیر • برای زنان 30 تا 65 ساله: آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا آزمایش پاپ اسمیر به همراه HPV هر 5 سال یک بار

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات کایروپراکتیک ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • تنظیمات ستون فقرات برای اصلاح تراز بدن Medi-Cal خدمات کایروپراکتیک محدود به دو سرویس در ماه را همراه با طب سوزنی، شنوایی شناسی، کاردرمانی و خدمات گفتار درمانی پوشش می دهد. ممکن است Medi-Cal سایر خدمات را در صورت لزوم پزشکی از قبل تأیید کند. اعضای زیر واجد شرایط دریافت خدمات کایروپراکتیک هستند: • زنان باردار در پایان ماه که شامل 60 روز پس از اتمام بارداری آنها است؛ • ساکنین مراکز پرستاری تخصصی، مراکز مراقبت های میان دوره ای یا مراکز مراقبت های نیمه حاد • همه اعضا، زمانی که خدمات در بخش های سرپایی بیمارستان های شهرستان، کلینیک های سرپایی، FQHC ها یا RHC هایی که در شبکه CalOptima Health OneCare Complete هستند ارائه می شود. همه مراکز FQHC ها، RHC ها یا بیمارستان های شهرستان خدمات سرپایی کایروپراکتیک را ارائه نمی دهند.
\$0	خدمات مدیریت و درمان درد مزمن خدمات ماهانه تحت پوشش برای افرادی که با درد مزمن زندگی می کنند (درد مداوم یا مکرر که بیش از 3 ماه طول بکشد). خدمات ممکن است شامل ارزیابی درد، مدیریت دارو و هماهنگی و برنامه ریزی مراقبت باشد.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	 غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • کولونوسکوپی هیچ محدودیت سنی حداقل یا حداکثر ندارد و برای بیمارانی که در معرض خطر بالا نیستند هر 120 ماه (10 سال) یا برای بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال نیستند 48 ماه پس از سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر قبلی و برای بیماران پرخطر هر 24 ماه یکبار پس از کولونوسکوپی غربالگری قبلی پوشش داده می شود. • توموگرافی کامپیوتری کولونوگرافی برای بیماران 45 سال و بالاتر که در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ یا مقعد نیستند، زمانی تحت پوشش قرار می گیرد که حداقل 59 ماه از ماه انجام آخرین غربالگری توموگرافی کامپیوتری کولونوگرافی گذشته باشد، یا زمانی که 47 ماه پس از ماه انجام آخرین سیگموئیدوسکوپی منعطف غربالگری یا غربالگری کولونوسکوپی انجام شده باشد. برای بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ یا مقعد قرار دارند، ممکن است پس از گذشت حداقل 23 ماه از ماه انجام آخرین غربالگری کولونوگرافی توموگرافی کامپیوتری یا آخرین غربالگری کولونوسکوپی انجام شود. • سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر برای بیماران 45 سال و بالاتر. هر 120 ماه یکبار برای بیمارانی که در معرض خطر بالا نیستند پس از انجام غربالگری کولونوسکوپی. هر 48 ماه یک بار برای بیماران پرخطر پس از آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر توموگرافی کامپیوتری کولونوگرافی. • غربالگری آزمایش خون مخفی مدفوع برای بیماران 45 سال و بالاتر. هر 12 ماه یکبار. • آزمایش DNA مدفوع چند هدف برای بیماران 45 تا 85 ساله و فاقد معیارهای خطر بالا. هر 3 سال یکبار. • آزمایشات نشانگرهای زیستی مبتنی بر خون برای بیماران 45 تا 85 ساله و فاقد معیارهای پرخطر. هر 3 سال یکبار. ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد (ادامه) - آزمایش های غربالگری سرطان روده بزرگ و مقعد شامل یک غربالگری پشیمانی کولونوسکوپي است که پس از اینکه نتیجه آزمایش غیر تهاجمی غربالگری سرطان روده بزرگ و مقعد تحت پوشش Medicare که به صورت آزمایش مدفوع انجام می شود مثبت شود، انجام میگیرد. - آزمایش های غربالگری سرطان سرطان روده بزرگ یا مقعد شامل غربالگری برنامه ریزی شده سیگموئیدوسکوپي انعطاف پذیر یا غربالگری کولونوسکوپي است که شامل برداشتن بافت یا ماده دیگر یا سایر روش هایی است که در ارتباط با، در نتیجه و در همان مواجهه بالینی با آزمایش غربالگری انجام می شود.
\$0	خدمات مبنی بر جامعه بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS)* CBAS یک برنامه خدمات غیربستری در مراکز درمانی است که اشخاص بر اساس برنامه زمانی در آن شرکت می کنند. این مراکز خدمات پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، انواع درمان ها (شامل کاردرمانی، فیزیوتراپی و گفتاردرمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/ مراقب، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را ارائه می دهند. اگر معیارهای واجد شرایط بودن را داشته باشید، ما هزینه CBAS را پرداخت می کنیم. توجه: اگر یک مرکز CBAS موجود نباشد، ما می توانیم این خدمات را جداگانه ارائه دهیم. * مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات دندانپزشکی* ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی را پرداخت می کنیم. آنچه ما پوشش نمی دهیم ممکن است از طریق Medi-Cal Dental، که در بخش G2 در زیر توضیح داده شده است، در دسترس باشد. ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی را در صورتی که بخش جدایی ناپذیر از درمان خاص بیماری اصلی فرد باشد، پرداخت می کنیم. نمونه هایی از این موارد شامل بازسازی فک پس از شکستگی یا آسیب دیدگی، کشیدن دندان برای آماده سازی جهت پرتودرمانی سرطان فک، یا معاینات دهانی قبل از پیوند عضو** است. ما پوشش جامع خدمات دندانپزشکی را ارائه می دهیم از جمله: • معاینه محدود دهان و دندان، • خدمات ترمیمی • پروتزهای دندانی، و • خدمات دندانپزشکی عمومی جانبی. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای دندانپزشکی موجود از طریق Medi-Cal Dental، به فصل 4، بخش F2 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. اگر در یافتن دندانپزشک به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. * مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. ** با ارائه دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.
\$0	غربالگری افسردگی  ما هر سال هزینه یک غربالگری افسردگی را می پردازیم. غربالگری باید در یک مرکز مراقبت های اولیه انجام شود که بتواند درمان های بعدی و/یا ارجاعات را ارائه دهد.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	غربالگری دیابت اگر هر یک از عوامل خطر زیر را داشته باشید، هزینه این غربالگری (شامل آزمایش گلوکز ناشتا) را تحت پوشش قرار می دهیم: • فشار خون بالا (hypertension) • سابقه ی سطح غیرطبیعی کلسترول و تری گلیسیرید (دیس لیپیدمی) • چاقی مفرط • سابقه قند خون بالا (گلوکز) در برخی موارد خاص مانند اضافه وزن همراه با سابقه خانوادگی دیابت، ممکن است هزینه آزمایش ها پوشش داده شود. پس از آخرین آزمایش غربالگری دیابت، هر 12 ماه یکبار، می توانید واجد شرایط انجام دو غربالگری دیابت باشید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	آموزش، خدمات و تجهیزات مورد نیاز برای مدیریت شخصی دیابت* ما هزینه خدمات زیر را برای همه افراد مبتلا به دیابت (صرف نظر از اینکه آیا انسولین مصرف می کنند یا خیر) پرداخت می کنیم: • لوازم مورد نیاز برای کنترل قند خون، از جمله موارد زیر: ○ دستگاه اندازه گیری قند خون (glucose) ○ نوارهای تست قند خون (glucose) ○ دستگاه های لانس و سوزن های آن ○ محلول های کنترل گلوکز برای بررسی دقت نوارهای تست و دستگاه های اندازه گیری • برای افراد دیابتی مبتلا به عوارض شدید پای دیابتی، هزینه خدمات ذیل پرداخت می شود: ○ یک جفت کفش قالبگیری شده سفارشی طبی (شامل کفی کفش) شامل اندازه گیری، و دو جفت کفی اضافی در هر سال تقویمی، یا ○ یک جفت کفش عمق دار، شامل اندازه گیری، و سه جفت کفی طبی در هر سال (شامل کفی های طبی متحرک غیرسفارشی که همراه چنین کفش هایی ارائه می شوند، نمی شود) • در برخی موارد، ما هزینه آموزش برای کمک به شما در مدیریت دیابت را پرداخت می کنیم. برای اطلاعات بیشتر با خدمات مشتریان ما تماس بگیرید. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند
\$0	خدمات قابل همراه (Doula) برای افراد باردار، ما هزینه نه ویزیت با قابل همراه (Doula) در طول دوره قبل و بعد از زایمان و همچنین پشتیبانی در طول زایمان و وضع حمل را پرداخت می کنیم. همچنین ممکن است تا 9 نوبت اضافی پس از زایمان نیز ارائه شود.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME) و لوازم مرتبط* برای تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (DME)» به فصل 12 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. ما موارد زیر را پوشش می دهیم: • صندلی چرخدار، از جمله صندلی چرخدار 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 منزل سفارش داده می شوند • پمپ ها و میله های تزریق داخل وریدی (IV) • دستگاه تولید گفتار • تجهیزات و لوازم اکسیژن • دستگاه نبولایزر (Nebulizers) • واکر • عصای عادی با دسته خمیده و یا چهارپایه و تجهیزات یدکی • لوازم کشش گردن (قابل نصب روی در) • محرک استخوان • تجهیزات مراقبت از دیالیز ممکن است اقلام دیگری پوشش داده شوند. ما هزینه تمام DME های ضروری پزشکی که Medicare و Medi-Cal معمولاً هزینه آن را پرداخت می کنند را پرداخت می کنیم. اگر تامین کننده ما در منطقه شما برند یا شرکت سازنده خاصی ندارد، می توانید از آنها بپرسید که آیا می توانند آن را برای شما سفارش دهند. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0 اگر در یک بیمارستان خارج از شبکه مراقبت های اورژانسی دریافت کردید و پس از تثبیت وضعیت اورژانسی خود به مراقبت های بستری نیاز داشتید، باید به یک بیمارستان تحت قرارداد شبکه برگردید تا مراقبت های شما ادامه یابد یا تحت پوشش قرار گیرد، یا باید مراقبت های بستری شما در بیمارستان خارج از شبکه توسط طرح درمانی تأیید شود. شما هزینه مراقبت های اضطراری و فوری و حمل و نقل اضطراری خود را در خارج از ایالات متحده پرداخت می کنید و ما تا سقف \$100,000 در سال به شما بازپرداخت می کنیم.	مراقبت های اورژانس منظور از مراقبت های اورژانس خدماتی است که: - توسط ارائه دهنده ای ارائه شوند که برای خدمات اضطراری آموزش دیده است، و - برای ارزیابی یا درمان یک فوریت پزشکی مورد نیاز است. اورژانس پزشکی یک بیماری، آسیب، درد شدید یا وضعیت پزشکی است که به سرعت بدتر می شود. این وضعیت آنقدر جدی است که اگر فوراً مورد مداوای پزشکی قرار نگیرید، هر کسی با دانش متوسط در مورد سلامت و پزشکی می تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود: - خطر جدی برای سلامت شما یا فرزند متولد نشده تان؛ یا - آسیب جدی به عملکردهای بدن؛ یا - اختلال جدی در عملکرد بدن یا هر یک از اندامهای بدن؛ یا - از دست دادن یک عضو، یا از دست دادن عملکرد یک عضو بدن. - در مورد زنان باردار هنگام زایمان فعال در هنگامیکه که یکی از موارد زیر پیش بیاید: - قبل از زایمان، زمان کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر وجود نداشته باشد. - انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامت یا ایمنی شما یا فرزند متولد نشده تان را تهدید کند. ما تا سقف \$100,000 هزینه مراقبت های اضطراری و فوری و حمل و نقل اضطراری دریافت شده در خارج از ایالات متحده را بازپرداخت می کنیم. خدمات در سراسر دنیا تحت شرایط مشابه از لحاظ ضرورت پزشکی همانطور که در ایالات متحده دریافت می کنید پوشش داده خواهند شد. شما باید ابتدا هزینه خدمت پزشکی دریافت شده را پرداخت کنید، خلاصه ترخیصی یا مدارک پزشکی معادل و مدارک پرداخت را ترجیحاً به زبان انگلیسی و دلار آمریکا ارائه کنید. درخواست بازپرداخت را به همراه تمام مدارک پشتیبان به CalOptima Health OneCare Complete ارسال کنید و ما قبل از بازپرداخت، ضرورت و مناسب بودن آن نظر پزشکی را بررسی خواهیم کرد.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	افزایش مزایای دارویی درمان دارویی اختلال نعوظ شامل 6 قرص در ماه (ژنریک) می شود.
\$0	کارت چند منظوره Flex Card: اقلام بدون نسخه (OTC) و کمک هزینه مواد غذایی و خواروبار \$167 کل کمک هزینه یا محدودیت هزینه در هر دوره سه ماهه (هر 3 ماه یکبار) برای موارد زیر به کارت OneCare &more™ اضافه می شود: • اقلام و لوازم OTC موجود در فروشگاه های خرده فروشی و از طریق کاتالوگ سفارش پستی OTC، و • برخی از اعضای دارای برخی بیماری های مزمن ممکن است واجد شرایط استفاده از کمک هزینه \$167 در هر دوره سه ماهه برای خرید غذا و خواروبار علاوه بر اقلام بدون نسخه باشند. این مزایا در روز اول ماه های زیر از هر دوره سه ماهه از سال اعتبار پیدا می کنند: ژانویه، آوریل، ژوئیه و اکتبر؛ هرگونه مانده حساب به سه ماهه (های) بعدی منتقل نمی شود. شما می توانید از این مزایا برای خرید اقلام بدون نسخه مانند داروهای سرماخوردگی و سرفه، استامینوفن، باند و سایر محصولات واجد شرایط استفاده کنید. در صورت سفارش از طریق کاتالوگ سفارش پستی OTC، اقلام مستقیماً به منزل شما ارسال می شوند. شما یک کاتالوگ برای سفارش پستی همراه با دستورالعمل و اطلاعات کامل در مورد اقلامی که می توانید با این کمک هزینه بخريد دریافت خواهید کرد. شما ممکن است واجد شرایط استفاده از این مزایا برای خرید مواد غذایی و محصولات مجاز از جمله محصولات میوه و تره بار، غذاهای کامل، غذاهای منجمد و کنسرو شده باشید، اما محدود به این موارد نیست. الکل، دخانیات، نوشیدنی های شیرین و سایر مواد غذایی ناسالم با استفاده از کارت اعتباری flex card قابل خریداری نخواهند بود. ** همه اعضا واجد شرایط خرید مواد غذایی و خواروبار نیستند. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه واجد شرایط بودن برای خرید مواد غذایی و خواروبار، لطفاً به ردیف «کمک در مورد برخی بیماری های مزمن» در ادامه این نمودار مراجعه کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما اجازه می دهد برای برخی از خدمات تنظیم خانواده، هر ارائه دهنده ای - چه ارائه دهنده شبکه و چه ارائه دهنده خارج از شبکه - را انتخاب کنید. این به معنی هر پزشک، کلینیک، بیمارستان، داروخانه یا مرکز تنظیم خانواده است. ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • معاینات و درمان های مربوط به تنظیم خانواده • آزمایش های مورد لزوم تنظیم خانواده و آزمایش های تشخیصی • روش های تنظیم خانواده (IUC/IUD، ایمپلنت، تزریق، قرص های ضد بارداری، چسب یا حلقه) • لوازم تنظیم خانواده با نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، فیلم، دیافراگم، کلاهک) • خدمات محدود باروری مانند مشاوره و آموزش در مورد تکنیک های آگاهی از باروری، و/یا مشاوره سلامت قبل از بارداری، آزمایش و درمان عفونت های مقاربتی (STIs) • مشاوره و آزمایش برای HIV و ایدز و سایر بیماری های مرتبط با HIV • پیشگیری دائمی از بارداری (برای انتخاب این روش تنظیم خانواده باید 21 سال یا بیشتر داشته باشید. شما باید یک فرم فدرال رضایت نامه عقیم سازی را حداقل 30 روز ولی نه بیشتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی امضاء کنید.) • مشاوره ژنتیک ما هزینه برخی دیگر از خدمات تنظیم خانواده را هم می پردازیم. با این وجود شما باید جهت استفاده از خدمات ذیل به یکی از ارائه کنندگان عضو شبکه مراجعه نمایید: • درمان بیماری های منجر به ناباروری (این خدمات شامل روش های مصنوعی برای باردار شدن نمی شود.) • درمان ایدز و سایر بیماری های مرتبط با HIV • آزمایش های ژنتیک

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	 برنامه های آموزش بهداشت و تندرستی ما برنامه های زیادی ارائه می دهیم که بر روی شرایط خاص سلامتی تمرکز دارند. این موارد عبارتند از: • کلاس های آموزش بهداشتی؛ • کلاس های آموزش تغذیه؛ • ترک سیگار و دخانیات؛ و • تلفن مشاوره پرستاری شما می توانید گزینه های زیر را بدون هیچ هزینه ای دریافت کنید: • عضویت در باشگاه های تناسب اندام یا YMCA های شرکت کننده در این برنامه. • یک برنامه ورزشی و سالمندی سالم که به طور خاص برای اعضا Medicare طراحی شده است، شامل گزینه های عضویت رایگان در باشگاه های تناسب اندام یا مراکز ورزشی موجود. • انواع ویدیوهای درخواستی از طریق وبسایت. • جلسات مربیگری سلامت فردی از طریق تلفن، ویدئو یا چت با یک مربی آموزش دیده برای دریافت پشتیبانی در زمینه هایی مانند تناسب اندام، تغذیه سالم، استرس، خواب و کاهش وزن در حین مصرف GLP-1 یا داروهای ضد چاقی. • ابزار ردیاب فعالیت • شما واجد شرایط دریافت یکی از بسته های تناسب اندام خانگی زیر در هر سال مزایا هستید ○ بسته ردیاب پوشیدنی ورزش و فعالیت، ○ بسته یوگای مبتدی به همراه زیرانداز و حوله دستی، ○ بسته پیاده روی/راهپیمایی به همراه 2 عصای راهپیمایی، ○ بسته یوگای سطح متوسط/پیشرفته به همراه یک بند یوگا و 2 بلوک یوگا، ○ بسته پیلاتس به همراه توپ پیلاتس و حوله، ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است

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



آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	 برنامه های آموزش بهداشت و تندرستی (ادامه) ○ بسته قدرتی مبتدی با وزنه های 2 پوندی و نوارهای کششی ورزشی، ○ بسته شنا مخصوص مبتدیان به همراه عینک شنا و تخته شنا، ○ بسته قدرتی مبتدی با وزنه های 3 پوندی و نوارهای کششی ورزشی، ○ بسته پیشرفته شنا با دستکش های مقاومت در برابر آب و شناور کششی، یا ○ بسته قدرتی مبتدی با وزنه های 5 پوندی و نوارهای کششی ورزشی. ● کلاسهای آنلاین سالمندی سالم. ● باشگاه تندرستی برای مقالات و ویدیوهای اختصاصی و کلاسها و رویدادهای مجازی زنده ● برنامه های تمرینی سفارشی.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0 طرح CalOptima Health OneCare Complete مبلغ \$500 کمک هزینه سمعک را قبل از کمک هزینه \$1,510 Medi-Cal پرداخت می کند، که در مجموع تا سقف \$2,010 تحت پوشش قرار OneCare قرار می گیرد.	خدمات شنوایی* ما هزینه آزمایشات شنوایی و تعادل انجام شده توسط ارائه دهنده شما را پرداخت می کنیم. این تست ها نیاز شما به درمان های پزشکی را مشخص می کنند. هنگامیکه این آزمایشات را از یک پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه کنندگان واجد شرایط دریافت می کنید، خدمات تحت پوشش مراقبت بیماران غیربستری می باشند. ما همچنین هزینه سمعک را در صورت تجویز توسط پزشک یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط، از جمله در موارد زیر، پرداخت می کنیم: • قالب ها، لوازم و قطعات الحاقی • تعمیرات • اولین سری باتری دریافت شده • شش جلسه برای آموزش، تنظیمات و نصب سمعک با همان فروشنده پس از دریافت سمعک • اجاره سمعک در دوره آزمایشی • دستگاه های کمک شنوایی، دستگاه های شنوایی هدایت استخوانی سطحی • خدمات شنوایی سنجی مرتبط با سمعک و ارزیابی پس از آن *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	کمک به برخی بیماری های مزمن اعضای دارای بیماری های مزمن خاص، با خطر بالای بستری شدن در بیمارستان و نیاز به هماهنگی مراقبت های ویژه ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای اضافی باشند. بیماری های مزمن عبارتند از: • وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر؛ • اختلالات خودایمنی محدود به پلی آرتریت ندوزا، پلی میالژیا روماتیکا، پلی میوزیت، آرتریت روماتوئید و لوپوس اریتماتوز سیستمیک؛ • سرطان، به استثنای مرحله پیش سرطانی یا مرحله درجا (in-situ). • اختلالات قلبی عروقی محدود به آریتمی های قلبی، بیماری عروق کرونر قلب، بیماری عروق محیطی و اختلال ترومبوآمبولی مزمن وریدی؛ • نارسایی مزمن قلب؛ • زوال حافظه یا دمانس؛ • دیابت شیرین؛ • مرحله نهایی بیماری کبدی؛ • بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) که نیاز به دیالیز دارد؛ • اختلالات خونی شدید محدود به کم خونی آپلاستیک، هموفیلی، پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی، سندرم میلودیسیپلازی، بیماری سلول داسی شکل (به استثنای ویژگی سلول داسی شکل) و اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن؛ • HIV/AIDS؛ • اختلالات مزمن ریه محدود به آسم، برونشیت مزمن، آمفیزم، فیبروز ریوی و فشار خون ریوی؛ • بیماری های روانی مزمن و ناتوان کننده محدود به اختلالات دوقطبی، اختلالات افسردگی اساسی، اختلال پارانوئید، اسکیزوفرنی و اختلال اسکیزوافکتیو؛ ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	کمک به برخی بیماری های مزمن (ادامه) - اختلالات عصبی محدود به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، صرع، فلج گسترده (یعنی همی پلژی، کوادری پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی)، بیماری هانتینگتون، مولتیپل اسکروزیس، بیماری پارکینسون، پلی نوروپاتی، تنگی کانال نخاعی و نقص عصبی مرتبط با سکته مغزی؛ - سکته مغزی؛ - پس از عمل پیوند عضو؛ - نقص ایمنی و اختلالات سرکوب کننده سیستم ایمنی؛ - شرایط مرتبط با اختلال شناختی؛ - شرایطی با چالش های عملکردی؛ - بیماری های مزمنی که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی را مختل می کنند؛ و - شرایطی که برای حفظ یا ادامه عملکرد افراد، نیاز به خدمات درمانی مداوم دارند. کمک هزینه مواد غذایی و خواروبار لطفاً به "Flex Card" مراجعه کنید: برای اطلاعات بیشتر در مورد موارد شامل این مزایا، به ردیف «کمک هزینه اقلام بدون نسخه (OTC) و مواد غذایی و خواروبار» در اوایل این نمودار مراجعه کنید.
\$0	HIV غربالگری  ما هزینه یک آزمایش غربالگری HIV را هر 12 ماه یکبار برای افرادی پوشش می دهیم که: - درخواست آزمایش غربالگری HIV کنید، یا - در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به عفونت HIV هستند. افرادی که در معرض خطر مضاعف ابتلا به HIV هستند. اگر باردار هستید، ما هزینه حداکثر سه آزمایش غربالگری HIV را در طول دوران بارداری پرداخت می کنیم.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراکز خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل* پیش از دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل، یک پزشک باید نیاز شما به این خدمات را به ما اعلام کند و این خدمات باید توسط یک مرکز خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل ارائه شوند. شما باید خانه نشین باشید، یعنی ترک خانه برای شما بسیار مشکل باشد. ما هزینه های خدمات زیر و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • خدمات پرستاری ماهر 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 ماهر 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 • لوازم و تجهیزات پزشکی *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	درمانهای تزریق در منزل* طرح ما هزینه درمان تزریقی در منزل را پرداخت می کند، که به صورت تزریق دارو یا مواد بیولوژیکی به صورت وریدی یا زیرجلدی و ارائه آن به شما در خانه تعریف می شود. موارد زیر برای انجام تزریق خانگی لازم است: • دارو یا مواد بیولوژیک، مانند داروهای ضد ویروس و امیون گلوبولین؛ • تجهیزات، مانند پمپ؛ و • لوازم، مانند لوله ها و کاتتر. طرح ما خدمات مربوط به تزریقات خانگی را پوشش میدهد که شامل موارد زیر هستند ولی محدود به آن نیست: • خدمات حرفه ای، از جمله خدمات پرستاری، که مطابق با طرح مراقبت شما ارائه می شوند؛ • تعلیم و آموزش اعضا که قبلاً در مزایای DME گنجانده نشده است؛ • نظارت از راه دور؛ و • خدمات نظارت بر ارائه درمان تزریق در منزل و داروی تزریقی در منزل که توسط یک تامین کننده واجد شرایط تزریقات در منزل ارائه میشود. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0 سهم هزینه برای مراقبت های آسایشگاهی تحت پوشش Medicare. هنگامی که در یک برنامه آسایشگاه دارای گواهی Medicare ثبت نام می کنید، هزینه خدمات آسایشگاه شما و خدمات بخش A و بخش B مربوط به پیشبینی تشخیصی بیماری لاعلاج شما توسط Original Medicare و Medicare نه CalOptima Health OneCare Complete پرداخت می شود.	مراقبت های آسایشگاهی اگر ارائه کننده خدمات و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که شما بیماری لاعلاجی دارید، شما از حق انتخاب خدمات آسایشگاهی برخوردار هستید. منظور از پیش بینی ابتلا به بیماری لاعلاج این است که انتظار می رود فردی که بیماری لاعلاج دارد شش ماه یا کمتر زنده بماند. شما می توانید از هر برنامه آسایشگاهی که مورد تایید Medicare باشد، مراقبت دریافت کنید. طرح ما باید به شما در یافتن برنامه های آسایشگاه دارای مجوز Medicare در حوزه خدمات طرح، از جمله برنامه هایی که ما مالک، کنترل کننده یا دارای منافع مالی در آنها هستیم، کمک کند. پزشک مراقبت آسایشگاهی شما می تواند یک ارائه دهنده شبکه یا یک ارائه دهنده خارج از شبکه باشد. خدمات تحت پوشش عبارتند از: • داروهای برای درمان علائم و درد • استراحت موقت برای مراقب دائم • مراقبت در منزل برای خدمات مراقبت آسایشگاهی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B هستند و مربوط به پیشبینی تشخیصی بیماری لاعلاج شما هستند و برای Medicare صورتحساب صادر می شود: • اصلی (Original Medicare) (و نه طرح ما) هزینه خدمات آسایشگاهی و هرگونه خدمات بخش A یا B مربوط به بیماری لاعلاج شما را به ارائه دهنده خدمات آسایشگاهی پرداخت خواهد کرد. در مدتی که در برنامه مراقبت های آسایشگاهی هستید، ارائه دهنده خدمات آسایشگاهی شما، هزینه های خدماتی را که Original Medicare پرداخت می کند، از Original Medicare دریافت خواهد کرد. برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند اما تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیستند: • طرح ما خدماتی را پوشش می دهد که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیستند. ما این خدمات را صرف نظر از اینکه مربوط به بیماری لاعلاج شما باشند یا نباشند، پوشش می دهیم. شما هیچ هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید. ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0 سهم هزینه برای مراقبت های آسایشگاهی تحت پوشش Medicare. هنگامی که در یک برنامه آسایشگاه دارای گواهی Medicare ثبت نام می کنید، هزینه خدمات آسایشگاه شما و خدمات بخش A و بخش B مربوط به پیشبینی تشخیصی بیماری لاعلاج شما توسط Original Medicare و نه CalOptima Health OneCare Complete پرداخت می شود.	مراقبت های آسایشگاهی (ادامه) برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای Medicare بخش D از طرح ما باشند: داروها هرگز همزمان تحت پوشش آسایشگاه و طرح ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید. توجه: اگر یک بیماری جدی دارید، ممکن است واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید، که مراقبت های مبتنی بر بیمار و خانواده محور را برای بهبود کیفیت زندگی شما ارائه می دهد. شما می توانید همزمان با مراقبت های درمانی/معمول، مراقبت های تسکینی نیز دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش مراقبت های تسکینی در قسمت زیر مراجعه کنید. توجه: اگر به مراقبت های غیر از مراقبت های آسایشگاهی نیاز دارید، برای هماهنگی خدمات با هماهنگ کننده مراقبت های شخصی و/یا بخش خدمات مشتریان خود تماس بگیرید. مراقبت های غیر آسایشگاهی، مراقبتی است که به پیشبینی تشخیصی بیماری لاعلاج شما مربوط نمی شود. طرح ما مشاوره برای خدمات آسایشگاه (فقط یک بار) را برای یک عضو مبتلا به بیماری لاعلاج که مزایای آسایشگاه را انتخاب نکرده است، پوشش می دهد.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش	
\$0	واکسیناسیون ها ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • واکسن ذات الریه • واکسن آنفولانزا / flu، یک بار در هر فصل آنفولانزا در پاییز و زمستان، و در صورت لزوم پزشکی، واکسن های اضافی آنفولانزا • واکسن هپاتیت B اگر در معرض خطر بالا یا متوسط ابتلا به هپاتیت B هستید • واکسن COVID-19 • واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) • واکسن های دیگر اگر در معرض خطر هستید و با قوانین پوشش Medicare بخش B مطابقت دارند ما هزینه واکسن های دیگری را که با قوانین پوشش Medicare بخش D مطابقت دارند، پرداخت می کنیم. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 6 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.	
\$0 اعضا واجد شرایط دریافت حداکثر نود (90) ساعت خدمات در سال هستند. ارجاع لازم است و اعضا باید از شرکت قراردادی CalOptima Health OneCare Complete استفاده کنند.	خدمات پشتیبانی در منزل - مراقبت همراه* ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • حمل و نقل: برای قرار ملاقات با پزشک، خرید مواد غذایی و دریافت دارو (Rx). • کارهای خانه: کمک در نظافت سبک، مرتب کردن و شستن لباسها. • اجتماعی: گفتگو، بازی های جمعی، مطالعه و آماده سازی غذا. • راهنمایی فنی: آموزش فناوری های جدید، نصب دستگاه ها و خدمات درمانی از راه دور. • ورزش و فعالیت: پیاده روی، دوچرخه سواری و رفت و آمد به باشگاه ورزشی. • کمک از راه دور: ویزیت به صورت مجازی • تحویل مواد غذایی و دارو (Rx). *با ارائه دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.	

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0 پس از تثبیت وضعیت اورژانسی تان، برای دریافت مراقبت های بستری در بیمارستان های خارج از شبکه، باید از طرح ما تأییدیه بگیرید.	مراقبت های بستری در بیمارستان* ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات پزشکی ضروری که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • اتاق نیمه خصوصی (و یا در صورت ضرورت پزشکی، اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت لزوم پزشکی) اتاق خصوصی) • وعده های غذایی، از جمله رژیم های غذایی خاص • خدمات منظم پرستاری • هزینه های بخش های مراقبت ویژه، مانند مراقبت های ویژه (ICU) یا بخش های مراقبت های قلبی (CCU) • داروها و مواد دارویی • تست های آزمایشگاهی • عکس برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی مورد نیاز • وسایل برقی مانند ویلچر • خدمات اتاق عمل و ریکاوری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات بستری درمان سوء مصرف مواد • در برخی موارد، انواع پیوندهای زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول های بنیادی و روده/چند احشایی. اگر به پیوند اعضا نیاز داشته باشید، یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم می گیرد که آیا شما کاندید مناسبی برای پیوند هستید یا خیر. ارائه دهندگان خدمات پیوند عضو ممکن است محلی یا خارج از منطقه تحت پوشش باشند. اگر ارائه دهندگان خدمات پیوند اعضا محلی مایل به پذیرش نرخ Medicare باشند، می توانید خدمات پیوند خود را به صورت محلی یا خارج از الگوی مراقبتی جامعه خود دریافت کنید. اگر طرح ما خدمات پیوند اعضا را خارج از الگوی مراقبتی جامعه ما ارائه دهد و شما تصمیم بگیرید که پیوند عضو خود را در آنجا انجام دهید، ما هزینه های اقامت و سفر شما و یک نفر دیگر ر ترتیب داده یا پرداخت می کنیم. ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت های بستری در بیمارستان (ادامه)* • خون، شامل ذخیره سازی و تجویز • خدمات پزشکی توجه: برای بستری شدن، ارائه دهنده خدمات درمانی شما باید دستوری مبنی بر پذیرش رسمی شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کند. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان «بیمار سرپایی» محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که بستری هستید یا سرپایی، از کارکنان بیمارستان بپرسید. اطلاعات بیشتر را در برگه اطلاعات Medicare با عنوان «مزایای بیمارستان Medicare» بیابید. این برگه اطلاعاتی در Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf یا با تماس با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE در دسترس است. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.
\$0	خدمات بستری در بیمارستان روانپزشکی* ما هزینه خدمات مراقبت های سلامت روان که نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند را 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، سازمان بهداشت روان محلی شهرستان، هزینه خدمات بستری روانپزشکی که از نظر پزشکی ضروری هستند را پرداخت می کند. مجوز مراقبت های بیشتر از 190 روز با هماهنگی سازمان بهداشت روان شهرستان مربوطه صادر می شود. ○ محدودیت 190 روزه شامل خدمات بهداشت روانی بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان عمومی نمی شود. • اگر 65 سال یا بیشتر دارید، ما هزینه خدماتی که در موسسه بیماری های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) دریافت می کنید را پرداخت می کنیم. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.

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



آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	بستری شدن: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در طول مدت بستری بدون پوشش* اگر از تمام مزایای بستری خود استفاده کرده‌اید یا اگر مدت بستری معقول و از نظر پزشکی ضروری نباشد، ما هزینه بستری شما را پرداخت نمی‌کنیم. با این حال، در شرایط خاصی که مراقبت‌های بستری تحت پوشش نیست، ممکن است هزینه خدماتی را که در بیمارستان یا مرکز پرستاری دریافت می‌کنید، پرداخت کنیم. برای اطلاعات بیشتر با خدمات مشتریان ما تماس بگیرید. ما هزینه های خدمات زیر و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • خدمات پزشکی • آزمایش‌های تشخیصی، مانند تست های آزمایشگاهی • درمان با اشعه ایکس، رادیوم، یا ایزوتوپ، شامل مواد مصرفی و خدمات فنی • پانسمان جراحی • آتل، گچ و سایر وسایل مورد استفاده برای شکستگی و دررفتگی • پروتزها و وسایل ارتز، به غیر از دندانپزشکی، از جمله تعویض یا تعمیر این وسایل. اینها دستگاه‌هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می‌شوند: ○ یک عضو داخلی بدن (از جمله بافت‌های مجاور)، یا ○ عملکرد یک عضو داخلی بدن که از کار افتاده یا دچار نقص شده است. • بریس های پا، بازو، پشت و گردن، پابندها و پاها، بازوها و چشم مصنوعی. این شامل تنظیمات، تعمیرات، و تعویض مورد نیاز به دلیل شکستگی، فرسودگی، گم شدن، یا تغییر در وضعیت شما می‌شود. • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات و لوازم بیماری کلیوی* ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • خدمات آموزشی مربوط به بیماری های کلیوی جهت آموزش مراقبت از کلیه ها و کمک به شما در تصمیم گیری های درست در مورد مراقبت از خود. شما باید مبتلا به بیماری مزمن کلیه مرحله IV باشید و پزشک باید شما را ارجاع کرده باشد. ما هزینه حداکثر شش جلسه آموزش بیماری های کلیوی را پرداخت میکنیم. • درمان های دیالیز سرپایی، شامل درمان های دیالیز زمانی که موقتاً خارج از منطقه خدمات رسانی هستید، همانطور که در فصل 3 این کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه دهنده این خدمات موقتاً در دسترس نیست یا غیرقابل دسترس است. • درمان های دیالیز بستری در مواقعی که برای مراقبت های ویژه در بیمارستان بستری شده اید • آموزش های دیالیز فردی، شامل آموزش انجام درمان های دیالیز در خانه به شما و سایر بستگانی که به شما کمک می کنند • تجهیزات و لوازم مصرفی دیالیز خانگی • برخی خدمات پشتیبانی خانگی مانند ویزیت های ضروری کارکنان آموزش دیده دیالیز برای بررسی وضعیت دیالیز شما در خانه، برای کمک در مواقع اضطراری و نیز برای بررسی تجهیزات دیالیز و وضعیت آب مصرفی. مزایای داروئی Medicare بخش B شما هزینه برخی از داروهای دیالیز را می پردازد. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به "داروهای نسخه ای Medicare بخش B" در این جدول مراجعه کنید. * با ارائه دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	غربالگری سرطان ریه با توموگرافی کامپیوتری با دوز پایین (low dose computed tomography, LDCT) طرح ما هزینه غربالگری سرطان ریه را هر 12 ماه یکبار پرداخت می کند اگر شما: - بین 50 تا 77 سال سن داشته باشید، و - یک ویزیت مشاوره و تصمیم گیری مشترک با پزشک یا یک ارائه کننده واجد شرایط دیگر داشته اید، و - بدون داشتن هیچگونه علامت یا نشانه ای به مدت 20 سال روزی 1 پاکت سیگار کشیده اید یا الان سیگار می کشید یا در 15 سال گذشته ترک کرده اید پس از اولین غربالگری، طرح ما با دستور کتبی پزشک یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط هر ساله هزینه غربالگری دیگری را پرداخت می کند. اگر ارائه دهنده تصمیم به ارائه مشاوره غربالگری سرطان ریه و ویزیت تصمیم گیری مشترک برای غربالگری سرطان ریه بگیرد، این ویزیت باید معیارهای Medicare برای چنین ویزیت هایی را داشته باشد.
\$0	تغذیه درمانی پزشکی* این مزایا برای افرادی است که دیابت دارند یا به بیماری های کلیوی بی نیاز از دیالیز مبتلا هستند. این درمان همچنین برای بعد از اعمال جراحی پیوند کلیه و در صورت ارجاع از سوی پزشک ارائه می شود. ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره انفرادی را در طول اولین سالی که خدمات تغذیه درمانی پزشکی را تحت Medicare دریافت می کنید، پرداخت می کنیم. ممکن است ما خدمات اضافی را در صورتی که الزام پزشکی داشته باشند تایید کنیم. در سال های بعدی، این هزینه برای دو ساعت در سال برای خدمات مشاوره حضوری پرداخت خواهد شد. اگر بیماری، درمان و یا تشخیص شما تغییر کند ممکن است با دریافت ارجاع از پزشک میزان ساعات درمان نیز برای شما افزایش پیدا کند. این خدمات باید از سوی یک پزشک تجویز شود؛ همچنین در صورت نیاز به ادامه این خدمات در سال تقویمی بعدی، ارجاع باید هر سال از سوی پزشک شما تمدید گردد. ممکن است ما خدمات اضافی را در صورتی که الزام پزشکی داشته باشند تایید کنیم. * با ارائه دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	برنامه پیشگیری دیابت Medicare یا (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) طرح ما هزینه خدمات MDPP را برای افراد واجد شرایط پرداخت می کند. MDPP برای افزایش رفتارهای سالم شما طراحی شده است. به شما آموزشهای عملی در مورد: - تغییرات طولانی مدت رژیم غذایی، و - افزایش فعالیت بدنی، و - راه هایی برای غلبه بر مشکلات در حفظ وزن کاهش یافته و زندگی سالم را ارائه میدهد.
\$0	داروهای Medicare بخش B* این داروها تحت پوشش Medicare بخش B می باشند. طرح ما هزینه داروهای زیر را پرداخت خواهد کرد: - داروهایی که معمولاً خودتان مصرف نمی کنید و هنگام دریافت خدمات پزشکی، خدمات سرپایی بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی به شما تزریق یا ارائه می شوند - انسولین ارائه شده از طریق یک وسیله پزشکی بادوام (مانند پمپ انسولین ضروری پزشکی) - سایر داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند نبولایزر) که طرح ما مجاز دانسته است، مصرف می کنید - داروی آلزایمر Leqembi® (با نام ژنریک lecanemab) که به صورت داخل وریدی (IV) تجویز می شود. - فاکتورهای انعقاد خون که در صورت ابتلا به هموفیلی مصرف می کنید - داروهای پیوند عضو/سرکوب کننده سیستم ایمنی: اگر Medicare هزینه پیوند عضو شما را پرداخت کرده باشد، هزینه درمان دارویی پیوند را پوشش می دهد. شما باید در زمان پیوند تحت پوشش، بخش A و در زمان دریافت داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی، بخش B را داشته باشید. اگر بخش B داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی را پوشش ندهد، Medicare بخش D آنها را پوشش می دهد. ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	داروهای Medicare بخش B* (ادامه) - داروهای تزریقی پوکی استخوان. هزینه این داروها در صورتی پرداخت می شود که خانه نشین باشید، شکستگی استخوان داشته باشید که پزشک تأیید کند مربوط به پوکی استخوان بعد از یائسگی می شود و نمی توانید دارو را خودتان تزریق کنید. - برخی از آنتی ژن ها: Medicare آنتی ژن ها را پوشش می دهد اگر پزشک آنها را آماده کند و فردی که به درستی آموزش داده شده (که می تواند شما، بیمار باشید) آنها را تحت نظارت مناسب استفاده کنند. - برخی داروهای خوراکی ضد سرطان: Medicare برخی از داروهای خوراکی سرطان را که به صورت خوراکی مصرف می کنید، در صورتی پوشش می دهد که همان دارو به شکل تزریقی موجود باشد یا دارو یک پیش دارو (شکل خوراکی دارویی باشد که هنگام مصرف، به همان ماده مؤثر موجود در داروی تزریقی تجزیه می شود) باشد. با عرضه داروهای جدید خوراکی سرطان، بخش B ممکن است آنها را پوشش دهد. اگر بخش B آنها را پوشش ندهد، بخش D پوشش می دهد. - داروهای ضد تهوع خوراکی: Medicare داروهای ضد تهوع خوراکی را که به عنوان بخشی از رژیم شیمی درمانی ضد سرطان استفاده می کنید، پوشش می دهد، در صورتی که قبل، یا در طی 48 ساعت پس از شیمی درمانی تجویز شوند یا به عنوان جایگزین درمانی کامل برای یک داروی ضد تهوع داخل وریدی استفاده شوند. - برخی داروهای خوراکی بیماری کلیوی مرحله نهایی (End-Stage Renal Disease, ESRD) تحت پوشش Medicare بخش B - داروهای کلسیمیمتیک و متصل شونده به فسفات تحت سیستم پرداخت ESRD، از جمله داروی داخل وریدی Parsabiv® و داروی خوراکی Sensipar - داروهای خاصی برای دیالیز خانگی، از جمله هپارین، پادزهر هپارین (در صورت لزوم پزشکی) و بی حس کننده های موضعی - عوامل محرک اریتروپوئتز: اگر مبتلا به ESRD هستید یا برای درمان کم خونی ناشی از برخی بیماری های دیگر (مانند Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa®, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® یا Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) به این دارو نیاز دارید، Medicare هزینه تزریق اریتروپویتین را پوشش می دهد. ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است

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



آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	داروهای Medicare بخش B* (ادامه) - ایمونوگلوبولین وریدی برای درمان خانگی بیماری های نقص ایمنی اولیه - تغذیه وریدی و داخلی (تغذیه از طریق لوله و تزریق داخل وریدی) ما همچنین برخی از واکسن ها را تحت پوشش Medicare بخش B و اکثر واکسن های بزرگسالان را تحت پوشش مزایای دارویی Medicare بخش D خود قرار می دهیم. فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا، مزایای دارویی ما را توضیح می دهد. قوانینی که باید برای پوشش نسخه ها رعایت کنید در این بخش شرح داده شده است. فصل 6 این کتابچه راهنمای اعضا، هزینه هایی را که شما برای داروهای خود از طریق طرح ما پرداخت می کنید را توضیح می دهد. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.
\$0	مراقبت در مراکز پرستاری* مرکز پرستاری (nursing facility، NF) محلی برای ارائه خدمات مراقبتی برای افرادی است که در خانه امکان مراقبت از آنها نیست اما نیازی به بستری در بیمارستان هم ندارند. خدماتی که هزینه های آن ها را می پردازیم شامل موارد زیر است، اما محدود به آنها نیست: - اتاق نیمه خصوصی (و یا در صورت ضرورت پزشکی، اتاق خصوصی) - وعده های غذایی، از جمله رژیم های غذایی خاص - خدمات پرستاری - فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی - درمان تنفسی - داروهایی که به عنوان بخشی از طرح مراقبتی شما به شما داده می شود. (این شامل موادی می شود که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، مانند عوامل انعقاد خون). - خون، شامل ذخیره سازی و تجویز - لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شوند ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت در مراکز پرستاری (ادامه)* • تست های آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری انجام می شود • عکسبرداری های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • استفاده از وسایلی مانند صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • خدمات پزشکی/متخصص • تجهیزات پزشکی بادوام • خدمات دندانپزشکی، از جمله دندان مصنوعی • مزایای بینایی • معاینات شنوایی • مراقبت کایروپراکتیک • خدمات پایشی شما معمولاً مراقبت های خود را از مراکز تحت پوشش شبکه دریافت می کنید. با این حال، ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی که در شبکه ما نیست دریافت کنید. اگر مراکز زیر هزینه های پرداختی طرح ما را بپذیرند، می توانید از آنها مراقبت دریافت کنید: • یک مرکز پرستاری یا مرکز مراقبت های مداوم بازنشستگان که درست قبل از بستری شدن در بیمارستان در آن زندگی می کردید (تا زمانی که مراقبت های پرستاری ارائه دهد). • یک مرکز پرستاری که همسر یا شریک زندگی شما در زمان ترخیص شما از بیمارستان در آن زندگی می کند. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	غربالگری چاقی مفرط و درمان برای کاهش وزن در صورتی که شاخص توده بدن (BMI) شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه های مشاوره مربوط به کاهش وزن را خواهیم پرداخت. شما باید مشاوره را در قالب مراقبت های اصلی دریافت نمائید. بدین ترتیب می توانید آن را با برنامه کامل پیشگیرانه خود ادغام کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه کننده مراقبت های اصلی خود صحبت کنید.
\$0	خدمات برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر افیونی (Opioid Treatment Program, OTP)* طرح ما هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال مصرف مواد افیونی (OUD) از طریق OTP که شامل خدمات زیر است، پرداخت می کند: • فعالیت های دریافتی • ارزیابی های دوره ای • داروهای مورد تایید سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) و در صورت لزوم، مدیریت و تجویز این داروها برای شما • مشاوره اعتیاد • درمان فردی و گروه درمانی • آزمایش برای وجود اینگونه داروها و مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم شناسی) *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	تست های تشخیصی غیربستری و خدمات و لوازم درمانی* ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات پزشکی ضروری که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • عکسبرداری با اشعه X • پرتودرمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، از جمله مواد و لوازم فنی • لوازم جراحی مانند پانسمان ها • آتل، گچ و سایر وسایل مورد استفاده برای شکستگی و دررفتگی • تست های آزمایشگاهی • خون، شامل ذخیره سازی و تجویز • تست های تشخیصی غیر آزمایشگاهی مانند سی تی اسکن، ام آر آی، EKG و اسکن PET زمانی که پزشک یا سایر ارائه دهندگان برای درمان یک بیماری آنها را دستور بدهند. • سایر آزمایش های تشخیصی سرپایی *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.
\$0	نظارت سرپایی در بیمارستان ما هزینه خدمات سرپایی مراقبت در بیمارستان را پرداخت می کنیم تا مشخص شود که آیا نیاز به بستری شدن دارید یا می توانید مرخص شوید. این خدمات باید معیارهای Medicare را برآورده کنند و منطقی و ضروری تلقی شوند. خدمات مشاهده تنها زمانی تحت پوشش قرار می گیرد که به دستور پزشک یا شخص دیگری که طبق قوانین ایالتی و آیین نامه کارکنان بیمارستان مجاز به پذیرش بیماران در بیمارستان یا دستور آزمایش های سرپایی باشد، ارائه شود. توجه: مگر اینکه ارائه دهنده خدمات درمانی دستور کتبی مبنی بر پذیرش شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما یک بیمار غیربستری یا سرپایی محسوب می شوید. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان بیمار سرپایی محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که بیمار بستری هستید یا سرپایی، از کارکنان بیمارستان بپرسید. اطلاعات بیشتر را در برگه اطلاعات Medicare با عنوان <i>مزایای بیمارستان Medicare</i> بیابید. این برگه اطلاعاتی در www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf موجود است.

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



آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات بیمارستانی بیماران غیربستری* ما هزینه های خدمات ضروری پزشکی که شما در بخش غیربستری یا سرپایی بیمارستان به منظور تشخیص یا درمان بیماری یا مصدومیت دریافت می کنید پرداخت می کنیم. مانند: • خدمات در بخش های اورژانس یا کلینیک های غیربستریسرپایی، مانند خدمات نظارت یا جراحی غیربستری سرپایی ○ خدمات نظارت به پزشک شما کمک میکند در مورد "بستری" کردن شما در بیمارستان تصمیم بگیرد. ○ در بعضی مواقع شما میتوانید یک شب را در بیمارستان به سر ببرید اما بیمار "سرپایی" (غیر بستری) حساب شوید. ○ می توانید اطلاعات بیشتری در مورد وضعیت بستری یا غیربستری را در این برگه اطلاعاتی دریافت کنید: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf • تست های آزمایشگاهی یا تشخیصی که بیمارستان برای آنها درخواست هزینه می نماید • مراقبت های سلامت روان، از جمله مراقبت در یک برنامه بستری جزئی، در صورتی که پزشک گواهی دهد که بدون آن، درمان بستری مورد نیاز خواهد بود • عکسبرداری و سایر خدمات رادیولوژی که هزینه آنها از سوی بیمارستان درخواست می گردد • لوازم پزشکی مانند اسپلینت و قالب گچ • معاینات تشخیصی پیشگیرانه و خدمات ذکر شده در جدول مزایا • برخی داروها که خودتان نمی توانید برای خودتان بکار ببرید *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت سلامتی روانی غیربستری* (سرپایی) ما هزینه های مربوط به خدمات سلامت روانی ارائه شده توسط موارد زیر را می پردازیم: • یک روانپزشک یا پزشک دارای گواهی ایالتی • یک روان شناس بالینی • یک مددکار اجتماعی بالینی • یک پرستار بالینی متخصص • یک مشاور حرفه ای دارای مجوز (licensed professional counselor, LPC) • یک مشاور ازدواج و خانواده دارای مجوز (licensed marriage and family therapist, LMFT) • یک پرستار متخصص (nurse practitioner, NP) • دستیار پزشک (physician assistant, PA) • سایر متخصصین بهداشت روانی مورد تأیید Medicare آنطور که در قوانین مرتبط ایالتی تشریح شده است ما هزینه های خدمات زیر و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • خدمات کلینیکی • درمان روزانه • خدمات توانبخشی روانی اجتماعی • بستری شدن جزئی در بیمارستان یا برنامه های غیربستری فشرده • ارزیابی و درمان سلامت روان فردی و گروهی • آزمایش های روانشناسی در صورتی که از لحاظ بالینی نشانگر نتایج ارزیابی بهداشت روانی باشند • خدمات سرپایی به منظور نظارت بر درمان دارویی • آزمایشگاه، داروها، لوازم و تجهیزات غیربستری • مشاوره روانپزشکی *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.

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



آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات توانبخشی غیربستری* ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی را می پردازیم. شما می توانید خدمات توانبخشی غیربستری را از بخش های غیربستری بیمارستان، مطب درمانگرهای مستقل، مراکز تخصصی توانبخشی (CORF) و سایر مراکز دریافت کنید. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.
\$0	خدمات سرپایی اختلال مصرف مواد ما هزینه های خدمات زیر و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • غربالگری و مشاوره سوء مصرف الکل • درمان اعتیاد به مواد مخدر • درمان گروهی یا فردی توسط متخصص واجد شرایط • سم زدایی غیرحاد در یک برنامه ترک اعتیاد اقامتی ترک اعتیاد • خدمات الکل و مواد مخدر در مرکز درمان غیربستری متمرکز • درمان با Naltrexone (vivitrol) با رهایش طولانی مدت
\$0	جراحی سرپایی* ما هزینه جراحی سرپایی را در مراکز جراحی سرپایی بیمارستان و نیز مراکز جراحی غیربستری می پردازیم. توجه: اگر قرار است در بیمارستان عمل جراحی داشته باشید، باید با پزشک خود در مورد بستری شدن یا سرپایی بودن عمل مشورت کنید. مگر اینکه ارائه دهنده خدمات درمانی دستور کتبی مبنی بر پذیرش شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما یک بیمار غیربستری یا سرپایی محسوب می شوید. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان بیمار سرپایی محسوب شوید. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت تسکینی مراقبت تسکینی تحت پوشش طرح ما است. مراقبت تسکینی برای افرادی است که بیماری جدی دارند. ماین مراقبت، مراقبتی متمرکز بر بیمار و خانواده ارائه می دهد که با پیش بینی، پیشگیری و درمان رنج و درد کیفیت زندگی را بهبود می بخشد. مراقبت تسکینی، مراقبت آسایشگاهی نیست، بنابراین لازم نیست امید به زندگی شما شش ماه یا کمتر باشد تا واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید. مراقبت تسکینی همزمان با مراقبت درمانی/عادی ارائه می شود. مراقبت تسکینی شامل موارد زیر است: • برنامه ریزی مراقبت های پیشرفته • ارزیابی و مشاوره مراقبت تسکینی • یک طرح مراقبتی شامل تمام مراقبت های تسکینی و درمانی مجاز، از جمله خدمات سلامت روان و خدمات اجتماعی پزشکی • خدمات از تیم مراقبت تعیین شده شما • هماهنگی خدمات مراقبتی • مدیریت درد و علائم • خدمات بهداشت روانی و خدمات اجتماعی پزشکی اگر بیش از 21 سال سن دارید، ممکن است مراقبت های آسایشگاهی و مراقبت های تسکینی را همزمان دریافت نکنید. اگر مراقبت تسکینی دریافت می کنید و واجد شرایط مراقبت آسایشگاهی هستید، می توانید در هر زمانی درخواست تغییر به مراقبت آسایشگاهی را بدهید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات بستری جزئی و خدمات سرپایی فشرده* بستری شدن جزئی در بیمارستان یک برنامه ساختاریافته از درمان فعال روانپزشکی است. این خدمات به صورت سرپایی در بیمارستان یا توسط یک مرکز سلامت روان جامعه ارائه می شود که از مراقبتی که در مطب پزشک، درمانگر، مشاور ازدواج و خانواده دارای مجوز (LMFT) یا مطب مشاوران حرفه ای دارای مجوز دریافت می کنید، فشرده تر است. این خدمات می تواند باعث جلوگیری از بستری شدن شما در بیمارستان گردد. خدمات سرپایی فشرده یک برنامه ساختار یافته از درمان فعال درمانی 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 فشرده تر از مراقبت های دریافتی در مطب دکتر یا روان درمانگر شماست. اما سطح پایین تری نسبت به بستری شدن جزئی دارد. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.
\$0	خدمات ارائه دهنده /پزشک، شامل ویزیت مطب پزشکان* ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • خدمات درمانی یا جراحی ضروری پزشکی در مراکز ماند: ○ مطب پزشک ○ مرکز جراحی سرپایی دارای مجوز ○ بخش غیربستری 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 پزشک شما برای تشخیص نیاز به درمان، این معاینات را تجویز کرده باشد • خدمات درمان از راه دور برای ویزیت های ماهانه مربوط به بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) برای اعضای نیازمند به دیالیز خانگی در یک مرکز دیالیز کلیوی مستقر در بیمارستان یا دسترسی حیاتی، مرکز دیالیز کلیوی، یا در منزل • خدمات درمان از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم سکته مغزی ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات ارائه دهنده / پزشک، شامل ویزیت مطب پزشکان (ادامه)* • خدمات درمانی از راه دور برای اعضای که اختلال مصرف مواد یا اختلال سلامت روان همزمان دارند • خدمات درمانی از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان در صورتی که: ○ شما ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت از راه دور، یک ویزیت حضوری خواهید داشت ○ در طول دریافت این خدمات شما ظرف 12 ماه قبل از اولین ویزیت از راه دور، یک ویزیت حضوری خواهید داشت ○ در موارد فوق، برای شرایط خاص، می توان استثنا قائل شد ○ خدمات درمانی از راه دور برای ویزیت های سلامت روان که توسط کلینیک های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی واجد شرایط فدرال ارائه می شوند. • بررسی مجازی (مثلاً از طریق تلفن یا چت تصویری) با پزشک خود به مدت 5 تا 10 دقیقه در صورتی که: ○ شما بیمار جدید نیستید و ○ این مشورت مجازی مربوط به یک ویزیت در مطب در 7 روز گذشته نیست و ○ این مشورت مجازی منجر به ملاقات در مطب طی 24 ساعت آینده یا اولین وقت ملاقات موجود نخواهد شد. • ارزیابی ویدیو و/یا تصاویری که برای پزشک خود ارسال می کنید و تفسیر و پیگیری توسط پزشک شما ظرف 24 ساعت در صورتی که: ○ شما بیمار جدید نیستید و ○ این مشورت مجازی مربوط به یک ویزیت در مطب در 7 روز گذشته نیست و ○ این مشورت مجازی منجر به ملاقات در مطب طی 24 ساعت آینده یا اولین وقت ملاقات موجود نخواهد شد ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات ارائه دهنده / پزشک، شامل ویزیت مطب پزشکان (ادامه)* • در صورتی که بیمار جدیدی نیستید، مشاوره با پزشکان دیگر از طریق تلفن، اینترنت یا پرونده الکترونیکی سلامت انجام بگیرد • نظر دوم قبل از جراحی *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند د.
\$0	خدمات پا پزشکی ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • تشخیص و درمان دارویی یا جراحی آسیب ها و بیماری های پا (مانند انگشت چکشی یا خار پاشنه) • مراقبت های معمولی پا برای اعضا مبتلا به امراضی پاها را تحت تأثیر قرار می دهند، مانند دیابت
\$0	پیشگیری قبل از مواجهه (PrEP) برای پیشگیری از HIV  اگر HIV ندارید، اما پزشک یا سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی شما تشخیص می دهند که در معرض خطر ابتلا به HIV هستید، ما داروهای پیشگیری قبل از مواجهه (PrEP) و خدمات مرتبط را پوشش می دهیم. اگر واجد شرایط باشید، خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر است: • داروهای PrEP خوراکی یا تزریقی مورد تایید FDA. اگر داروی تزریقی دریافت می کنید، ما هزینه تزریق دارو را نیز پوشش می دهیم. • حداکثر 8 جلسه مشاوره فردی (شامل ارزیابی خطر HIV، کاهش خطر HIV و پایبندی به دارو) در هر 12 ماه. • حداکثر 8 غربالگری HIV در هر 12 ماه. • یک بار غربالگری ویروس هپاتیت B.
\$0	معاینه غربالگری سرطان پروستات  برای مردان 50 سال به بالا، هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یک بار پرداخت می کنیم: • معاینه مقعدی پروستات • یک تست آنتی ژن مخصوص پروستات (PSA)

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



آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	لوازم پروتز و ارتز و لوازم مرتبط* لوازم پروتز جایگزین تمام یا بخشی از یک عضو یا عملکرد بدن می شوند. این موارد شامل موارد زیر است اما محدود به آنها نیست: • آزمایش، نصب یا آموزش استفاده از لوازم پروتز و ارتز • کیسه های کولستومی و لوازم مصرفی مرتبط با مراقبت های کولستومی • لوازم و مواد تغذیه داخلی یا وریدی که شامل بسته تجهیزات تغذیه، پمپ تزریق، لوله ها و آداپتور، محلولها و تجهیزات تزریق شخصی • ضربان سازها (pacemakers) • بریس ها • کفش های پروتزی • دست و پای مصنوعی • پروتزهای سینه (شامل سینه بند مخصوص پس از عمل برداشت سینه) • پروتزهایی برای جایگزینی تمام قسمت های خارجی صورت که در اثر بیماری، آسیب یا نقص مادرزادی برداشته شده یا دچار اختلال شده اند • پوشک و پماد بی اختیاری دفع ما هزینه برخی از لوازم مربوط به لوازم پروتز و ارتز را پرداخت می کنیم. ما همچنین هزینه تعمیر یا تعویض لوازم پروتز و ارتز را پرداخت می کنیم. همچنین برخی از هزینه های برداشت آب مروارید و یا عمل آب مروارید را نیز تقبل می کنیم. برای آگاهی از جزئیات به "مراقبت بینائی" در قسمتهای بعدی این جدول مراجعه کنید. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند د.
\$0	خدمات توانبخشی ریوی* ما هزینه برنامه های توانبخشی ریوی را برای اعضای که بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) متوسط تا بسیار شدید دارند، پرداخت می کنیم. شما باید از پزشک یا ارائه دهنده خدمات درمانی COPD برای توانبخشی ریوی ارجاع داشته باشید. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند د. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	غربالگری آلودگی به ویروس هپاتیت C اگر پزشک مراقبت های اولیه یا سایر ارائه دهندگان خدمات درمانی واجد شرایط، غربالگری هپاتیت C را تجویز کند و شما یکی از شرایط زیر را داشته باشید، ما یک نوبت غربالگری هپاتیت C را پوشش می دهیم: • شما در معرض خطر بالایی هستید زیرا از مواد مخدر تزریقی غیرقانونی استفاده می کنید یا قبلاً استفاده کرده اید. • شما قبل از سال 1992 خون دریافت کرده اید. • شما بین 1945-1965 متولد شده اید. اگر بین سال های 1945 تا 1965 متولد شده اید و در گروه پرخطر قرار نمی گیرید، ما هزینه یک بار غربالگری را پرداخت می کنیم. اگر در معرض خطر بالایی هستید (برای مثال، از زمان آزمایش غربالگری هپاتیت C منفی قبلی خود، به استفاده از مواد مخدر تزریقی غیرقانونی ادامه داده اید)، ما غربالگری های سالانه را پوشش می دهیم.
\$0	غربالگری و مشاوره بیماری های عفونی مقاربتی (STI) ما هزینه غربالگری های کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B را پرداخت می کنیم. این غربالگری ها برای زنان باردار و برخی از افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به بیماری های مقاربتی هستند، تحت پوشش قرار می گیرد. باید یک ارائه کننده مراقبت های اصلی این آزمایش ها را تجویز کند. این آزمایش ها را هر 12 ماه یکبار و یا در مقاطع خاص طی بارداری پوشش می دهیم. همچنین هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره حضوری و مشاوره رفتاری فشرده را هر سال برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض ابتلا به STI هستند، پرداخت می شود. هر جلسه می تواند 20 تا 30 دقیقه طول بکشد. ما هزینه این جلسات مشاوره را به عنوان یک سرویس پیشگیرانه فقط در صورتی پرداخت می کنیم که توسط یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه ارائه شود. این جلسات باید در محیط مراقبت های اصلی مانند مطب پزشک برگزار شود.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)* برای تعریف مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، به فصل 12 مراجعه کنید. ما هزینه های خدمات زیر و خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • یک اتاق نیمه خصوصی، یا یک اتاق خصوصی در صورت لزوم پزشکی • وعده های غذایی، از جمله رژیم های غذایی خاص • خدمات پرستاری تخصصی • 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 وجود دارند، مانند فاکتورهای انعقاد خون • خون، شامل ذخیره سازی و تجویز • لوازم پزشکی و جراحی که توسط SNF ها ارائه می شود • تست های آزمایشگاهی ارائه شده توسط SNF ها • عکسبرداری های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • وسایلی مانند صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شوند • خدمات پزشک/ارائه دهنده شما معمولاً مراقبت های SNF را از مراکز تحت پوشش شبکه دریافت می کنید. تحت شرایط خاص، ممکن است بتوانید مراقبت های خود را از مرکزی که در شبکه ما نیست، دریافت کنید. اگر مراکز زیر هزینه های پرداختی طرح ما را بپذیرند، می توانید از آنها مراقبت دریافت کنید: • یک مرکز پرستاری یا مرکز مراقبت های مداوم بازنشستگان که درست قبل از بستری شدن در بیمارستان در آن زندگی می کردید (تا زمانی که مراقبت های پرستاری ارائه دهد) • یک مرکز پرستاری که همسر یا شریک زندگی شما در زمان ترخیص شما از بیمارستان در آن زندگی می کند. * مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	 ترک استعمال دخانیات و سیگار مشاوره ترک سیگار و دخانیات برای بیماران سرپایی و بستری که شرایط زیر را داشته باشند، تحت پوشش قرار می گیرد: • مصرف دخانیات، صرف نظر از اینکه علائم یا نشانه های بیماری های مرتبط با دخانیات را نشان می دهند یا خیر • در هنگام مشاوره صلاحیت و هوشیاری دارند • یک پزشک واجد شرایط یا دیگر پزشکان مورد تأیید Medicare مشاوره را ارائه می دهد ما دو تلاش برای ترک سیگار در سال را پوشش می دهیم (هر تلاش می تواند حداکثر شامل چهار جلسه متوسط یا فشرده، با حداکثر هشت جلسه در سال باشد).

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	ورزش درمانی تحت نظارت (SET)* ما هزینه SET را برای اعضای مبتلا به بیماری علامتی شریان محیطی (PAD) که برای PAD از پزشک مسئول درمان PAD ارجاع دارند، پرداخت می کنیم. طرح ما هزینه های زیر را پرداخت می کند: • تا 36 جلسه در طول یک دوره 12 هفته ای در صورتی که همه الزامات SET برآورده شوند • 36 جلسه اضافی در طول زمان اگر از نظر پزشکی توسط یک ارائه دهنده ضروری تشخیص داده شود برنامه SET باید: • جلسات 30 تا 60 دقیقه ای برنامه تمرین درمانی برای PAD در اعضای که به دلیل جریان خون ضعیف (لنگش) دچار گرفتگی پا شده اند • در یک مرکز سرپایی بیمارستانی یا در مطب پزشک • توسط پرسنل واجد شرایطی ارائه می شود که اطمینان حاصل می کنند فواید آن بیش از مضرات آن است و در ورزش درمانی برای PAD آموزش دیده اند. • تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک یا پرستار متخصص / متخصص پرستاری بالینی که در هر دو تکنیک پایه و پیشرفته احیای قلبی ریوی آموزش دیده باشد *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی غیراضطراری* این مزایا امکان حمل و نقل پزشکی برای خدماتی که تحت پوشش طرح شما و Medicare است را فراهم می کند. این خدمات می تواند شامل موارد زیر باشد: آمبولانس، ون برانکارد، ون ویلچر، خدمات حمل و نقل پزشکی و هماهنگی با حمل و نقل معلولین. اشکال مختلف حمل و نقل زمانی تأیید می شود که: • ارائه دهنده خدمات درمانی شما تشخیص دهد که وضعیت پزشکی و/یا جسمی شما اجازه سفر با اتوبوس، ماشین سواری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی یا خصوصی را نمی دهد و مجوز قبلی لازم است و برای هماهنگی وسیله نقلیه باید با طرح درمانی خود تماس بگیرید. درخواست وسیله نقلیه را حداقل دو روز قبل از وقت قرار توسط تماس با شماره 1-866-612-1256 (TTY 711) برنامه ریزی نمایید. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه دریافت این خدمات، به فصل 3، بخش G1 مراجعه کنید. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات حمل و نقل: حمل و نقل غیرپزشکی این مزیت امکان حمل و نقل به مراکز درمانی با خودروی سواری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی/خصوصی را فراهم می کند. برای دریافت مراقبت های پزشکی مورد نیاز تحت پوشش Medi-Cal، از جمله مراجعه به دندانپزشک و تهیه دارو، خدمات حمل و نقل ضروری هستند. هزینه حمل و نقل برای خدماتی که به طور همزمان توسط Medicare و Medi-Cal پوشش داده می شوند، تحت پوشش قرار می گیرد. این مزایا هیچگونه محدودیتی در مزایای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری شما به وجود نمی آورد. پوشش همچنین شامل موارد زیر است: • سفرهای نامحدود به و از باشگاه در شعاع 10 مایلی از آدرس اولیه شما. حمل و نقل باید در اورنج کانتی شروع یا به پایان برسد. • وسایل حمل و نقل به باشگاه ورزشی عبارتند از: ○ بلیط اتوبوس روزانه/ ماهیانه ○ کوپن OC Access ○ تاکسی/سواری اشتراکی درخواست وسیله نقلیه را حداقل دو روز قبل از وقت قرار خود توسط تماس با شماره 1-866-612-1256 (TTY 711) برنامه ریزی نمایید. سواری ها باید توسط طرح بیمه برنامه ریزی شوند. طرح، هزینه سفرهایی که از طریق طرح هماهنگ نشده اند را بازپرداخت نخواهد کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه دریافت این خدمات، به فصل 3، بخش G2 مراجعه کنید.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0 سهم هزینه برای خدمات فوری مورد نیاز. شما هزینه مراقبت های اورژانسی و فوری و حمل و نقل اضطراری خود در خارج از ایالات متحده را پرداخت می کنید و ما [تا سقف] \$100,000 در سال به شما بازپرداخت خواهیم کرد.	مراقبت فوری مورد نیاز مراقبت های فوری مورد نیاز، مراقبت هایی هستند که برای درمان موارد زیر ارائه می شوند: • یک مورد غیر اورژانسی که نیاز به مراقبت پزشکی فوری دارد، یا • یک بیماری پیش بینی نشده، یا • یک جراحی، یا • وضعیتی که نیاز به مراقبت فوری دارد. اگر به مراقبت فوری نیاز دارید، ابتدا باید سعی کنید آن را از یک ارائه دهنده خدمات درمانی عضو شبکه دریافت کنید. با این حال، وقتی نمی توانید به یک ارائه دهنده شبکه دسترسی پیدا کنید، اگر با توجه به زمان، مکان یا شرایط شما، دریافت این خدمات از ارائه دهندگان شبکه امکان پذیر یا غیرمنطقی است می توانید از ارائه دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید (به عنوان مثال، وقتی خارج از محدوده خدمات طرح هستید و به خدمات فوری پزشکی برای یک بیماری ناشناخته نیاز دارید، اما این یک اورژانس پزشکی نیست). ما تا سقف \$100,000 هزینه مراقبت های اضطراری و فوری و حمل و نقل اضطراری دریافت شده در خارج از ایالات متحده را بازپرداخت می کنیم. خدمات در سراسر دنیا تحت شرایط مشابه از لحاظ ضرورت پزشکی همانطور که در ایالات متحده دریافت می کنید پوشش داده خواهند شد. شما باید ابتدا هزینه خدمت پزشکی دریافت شده را پرداخت کنید، خلاصه ترخیص یا مدارک پزشکی معادل و مدارک پرداخت را ترجیحاً به زبان انگلیسی و دلار آمریکا ارائه کنید. درخواست بازپرداخت را به همراه تمام مدارک پشتیبان به CalOptima Health OneCare Complete ارسال کنید و ما قبل از بازپرداخت، ضرورت و مناسب بودن آن را نظر پزشکی را بررسی خواهیم کرد.

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0 برای معاینه جهت تشخیص و درمان بیماری ها و مشکلات چشمی (شامل غربالگری سالانه گلوکوم). \$0 برای معاینه معمول چشم (حداکثر 1 بار در هر سال). طرح ما تا سقف \$500 برای عینک (لنز و قاب)، لنزهای تماسی و تعمیرات هر دو سال یکبار می پردازد. \$0 اشتراک هزینه برای عینک یا لنز تماسی پس از جراحی آب مروارید.	مراقبت بینایی ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • 1 یک معاینه معمول چشم در هر سال و • تا سقف \$500 برای عینک (لنز و قاب)، لنزهای تماسی و تعمیرات هر دو سال یکبار ما هزینه های غیربستری پزشکی مربوط به معاینه و درمان بیماری ها و جراحات چشم را می پردازیم. برای مثال، درمان دژنراسیون ماکولا وابسته به سن. برای افراد با ریسک بالای ابتلا به آب سیاه (گلوکوم)، هر سال هزینه یک معاینه تشخیصی گلوکوم را می پردازیم. افراد با ریسک بالای گلوکوم عبارتند از: • افراد دارای سابقه خانوادگی گلوکوم (آب سیاه) • افراد مبتلا به دیابت • افراد آفریقایی-آمریکایی تبار 50 ساله به بالا • آمریکایی های هیسپانیک تبار 65 ساله به بالا برای افراد مبتلا به دیابت، ما سالی یک بار هزینه غربالگری رتینوپاتی دیابتی را پرداخت می کنیم. ما هزینه عینک یا یک جفت لنز تماسی پس از هر عمل آب مروارید، در صورتی که پزشک لنز داخل چشمی قرار دهد را پرداخت می کنیم. (اگر دو عمل جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید پس از هر عمل یک عینک دریافت کنید. شما نمی توانید پس از عمل دوم دو عدد عینک دریافت کنید حتی اگر پس از عمل اول نسبت به دریافت عینک اقدام نکرده باشید.)

آنچه شما پرداخت می کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	 ویزیت پیشگیرانه “Welcome to Medicare” هزینه ویزیت پیشگیرانه “Welcome to Medicare” (خوش آمدگویی به Medicare) که فقط یک بار انجام می شود را می پردازیم. این ویزیت شامل موارد زیر است: • بررسی وضعیت سلامت شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه ای که شما نیاز دارید (شامل واکسن ها و غربالگریها)، و • ارجاع مورد نیاز یا سایر مراقبت ها در صورت نیاز. توجه: ما ویزیت پیشگیرانه “Welcome to Medicare” را فقط در طی 12 ماه اولی که Medicare بخش B دارید پوشش می دهیم. وقتی برای ویزیت خود وقت می گیرید، به مطب پزشک خود بگویید که می خواهید ویزیت پیشگیرانه “Welcome to Medicare” خود را برنامه ریزی کنید.

E. حمایت های اجتماعی

شما می توانید تحت طرح مراقبت های فردی خود، حمایت های اجتماعی دریافت کنید. حمایت های اجتماعی، خدمات پزشکی یا مکان های مناسب مقرون به صرفه جایگزین برای اشخاص تحت پوشش برنامه ایالتی مدیکل میباشند. این خدمات برای اعضا اختیاری هستند. اگر واجد شرایط شوید، این خدمات میتوانند به شما کمک کنند مستقل زندگی کنید. آنها جایگزین مزایایی که قبل تحت پوشش Medi-Cal دریافت می کنید، نمی شوند. نمونه هایی از حمایت های اجتماعی که ما ارائه می دهیم عبارتند از:

خدمات یافتن و انتقال به مسکن: خدمات یافتن و انتقال مسکن (Housing Transition Navigation Services, HTNS) به اعضا در یافتن، درخواست و به دست آوردن مسکن کمک می کند. خدمات ارائه شده به یک عضو باید مبتنی بر ارزیابی نیازهای فردی باشد و در طرح پشتیبانی از نیازهای مسکن عضو مستند شود.

- برای واجد شرایط بودن:

○ عضو، الزامات مربوط به عوامل خطر اجتماعی و بالینی زیر را برآورده می کند:

- **الزامات مربوط به عوامل خطر اجتماعی:** بی خانمان یا در معرض خطر بی خانمانی همانطور که در بخش 91.5 از عنوان 24 قانون مقررات فدرال (CFR) تعریف شده است، با سه اصلاح زیر:
 - در صورت خروج از یک موسسه، افراد در صورتی بی خانمان محسوب می شوند که صرف نظر از مدت زمان اقامت در موسسه، بلافاصله قبل از ورود به آن موسسه بی خانمان بوده باشند یا در طول آن اقامت بی خانمان شوند؛

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



- بازه زمانی برای یک فرد یا خانواده ای که به زودی مسکن را از دست می دهد از 14 روز برای افراد بی خانمان و 21 روز برای افرادی که طبق تعریف فعلی HUD در معرض خطر بی خانمانی قرار می گیرند به 30 روز افزایش می یابد.
- برای تعریف در معرض خطر بی خانمانی در بخش CFR 24 91.5، شرط داشتن درآمد سالانه کمتر از 30 درصد متوسط درآمد خانواده برای منطقه، همانطور که توسط HUD تعیین شده است، اعمال نخواهد شد.
- الزامات مربوط به عوامل بالینی: عضو باید یک یا چند مورد از عوامل خطر بالینی واجد شرایط زیر را داشته باشد:
 - معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا (Medi-Cal Specialty Mental Health Services, SMHS) را برآورده می کند؛
 - معیارهای دسترسی برای Drug Medi-Cal (DMC) یا سیستم ارائه خدمات سازماندهی شده Drug Medi-Cal (DMC-ODS) که توسط راهنمای سیاست پشتیبانی اجتماعی DHCS تعریف شده است را برآورده می کند؛
 - یک یا چند بیماری جسمی مزمن جدی داشته باشد؛
 - یک یا چند معلولیت جسمی، ذهنی یا رشدی؛ یا
 - اعضای باردار تا حداکثر 12 ماه پس از زایمان
- یا
- اعضای که واجد شرایط اجاره انتقالی (Transitional Rent) تشخیص داده شده اند. این افراد به طور خودکار واجد شرایط دریافت HTNS هستند.
- یا
- اعضای که برای دریافت یک واحد مسکونی حمایتی دائمی یا منبع یارانه اجاره از طریق سیستم ورود هماهنگ بی خانمان های محلی یا سیستم مشابهی که برای استفاده از اطلاعات جهت شناسایی افراد با آسیب پذیری بالا دارای معلولیت و/یا یک یا چند بیماری مزمن جدی و/یا بیماری روانی جدی، بستری در مراکز نگهداری یا نیازمند خدمات اقامتی به دلیل اختلال مصرف مواد و/یا خروج از زندان طراحی شده است، در اولویت قرار دارند.
- محدودیت ها عبارتند از:
 - خدمات شامل ارائه محل خواب و غذا (Room and Board) یا پرداخت کمک هزینه اجاره نمی شود.
 - خدمات مشمول مقررات محل خواب و غذا (Room and Board) نمی شوند
 - اقداماتی که قرار است تحت HTNS انجام شوند باید در طرح حمایت از مسکن عضو، منطقی و ضروری تشخیص داده شوند.
 - مدت زمان ارائه خدمات می تواند تا حد لازم طولانی باشد و هیچ محدودیتی در تعداد دفعات مجاز برای این سرویس برای یک عضو واجد شرایط وجود ندارد.

- اگرچه دریافت HTNS قبل از ودیعه مسکن و/یا اجاره انتقالی برای اعضا مناسب و بهینه است، اما پیش‌نیاز آن نیست.
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.
- پیش پرداخت مسکن: پیش پرداخت برای ودیعه مسکن به یک بار شناسایی، هماهنگی، تأمین یا تأمین مالی خدمات و اصلاحات لازم برای تهیه یک مسکن اولیه کمک می‌کند. خدمات ارائه شده به یک عضو باید مبتنی بر ارزیابی نیازهای فردی باشد و در طرح پشتیبانی از نیازهای مسکن عضو مستند شود.
- برای واجد شرایط بودن:
 - عضو، الزامات مربوط به عوامل خطر اجتماعی و بالینی زیر را برآورده می‌کند:
 - الزامات مربوط به عوامل خطر اجتماعی: بی خانمان یا در معرض خطر بی خانمانی همانطور که در بخش 91.5 از عنوان 24 قانون مقررات فدرال (CFR) تعریف شده است، با سه اصلاح زیر:
 - در صورت خروج از یک موسسه، افراد در صورتی بی‌خانمان محسوب می‌شوند که صرف نظر از مدت زمان اقامت در موسسه، بلافاصله قبل از ورود به آن موسسه بی‌خانمان بوده باشند یا در طول آن اقامت بی‌خانمان شوند؛
 - بازه زمانی برای یک فرد یا خانواده ای که به زودی مسکن را از دست می‌دهد از 14 روز برای افراد بی خانمان و 21 روز برای افرادی که طبق تعریف فعلی HUD در معرض خطر بی خانمانی قرار می‌گیرند به 30 روز افزایش می‌یابد.
 - برای تعریف در معرض خطر بی خانمانی در بخش 91.5 CFR 24، شرط داشتن درآمد سالانه کمتر از 30 درصد متوسط درآمد خانواده برای منطقه، همانطور که توسط HUD تعیین شده است، اعمال نخواهد شد.
 - الزامات مربوط به عوامل بالینی: عضو باید یک یا چند مورد از عوامل خطر بالینی واجد شرایط زیر را داشته باشد:
 - معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا (Medi-Cal Specialty Mental Health Services, SMHS) را برآورده می‌کند؛
 - معیارهای دسترسی برای Drug Medi-Cal (DMC) یا سیستم ارائه خدمات سازماندهی شده Drug Medi-Cal (DMC-ODS) که توسط راهنمای سیاست پشتیبانی اجتماعی DHCS تعریف شده است را برآورده می‌کند؛
 - یک یا چند بیماری جسمی مزمن جدی داشته باشد؛
 - یک یا چند معلولیت جسمی، ذهنی یا رشدی؛ یا
 - اعضای باردار تا حداکثر 12 ماه پس از زایمان
 - یا

- اعضای که واجد شرایط اجاره انتقالی (Transitional Rent) تشخیص داده شده‌اند، این افراد به طور خودکار واجد شرایط دریافت پیش پرداخت مسکن هستند.
- یا
- اعضای که برای دریافت یک واحد مسکونی حمایتی دائمی یا منبع یارانه اجاره از طریق سیستم ورود هماهنگ بی‌خانمان‌های محلی یا سیستم مشابهی که برای استفاده از اطلاعات جهت شناسایی افراد با آسیب‌پذیری بالا دارای معلولیت و/یا یک یا چند بیماری مزمن جدی و/یا بیماری روانی جدی، بستری در مراکز نگهداری یا نیازمند خدمات اقامتی به دلیل اختلال مصرف مواد و/یا خروج از زندان طراحی شده است، در اولویت قرار دارند.
- محدودیت‌ها عبارتند از:
- خدمات شامل ارائه محل خواب و غذا (Room and Board) یا پرداخت کمک هزینه اجاره نمی‌شود.
- خدمات مشمول مقررات محل خواب و غذا (Room and Board) نمی‌شوند.
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.
- خدمات اجاره مسکن و حفظ آن: خدمات اجاره و حفظ مسکن (Housing Tenancy and Sustaining Services, HTSS)** به یک عضو کمک می‌کند تا پس از تأمین مسکن، اجاره امن و پایداری داشته باشند. خدمات ارائه شده به یک عضو باید مبتنی بر ارزیابی نیازهای فردی باشد و در طرح پشتیبانی از نیازهای مسکن عضو مستند شود.
- برای واجد شرایط بودن:
- عضو، الزامات مربوط به عوامل خطر اجتماعی و بالینی زیر را برآورده می‌کند:
- **الزامات مربوط به عوامل خطر اجتماعی:** بی‌خانمان یا در معرض خطر بی‌خانمانی همانطور که در بخش 91.5 از عنوان 24 قانون مقررات فدرال (CFR) تعریف شده است، با سه اصلاح زیر:
 - در صورت خروج از یک موسسه، افراد در صورتی بی‌خانمان محسوب می‌شوند که صرف نظر از مدت زمان اقامت در موسسه، بلافاصله قبل از ورود به آن موسسه بی‌خانمان بوده باشند یا در طول آن اقامت بی‌خانمان شوند؛
 - بازه زمانی برای یک فرد یا خانواده ای که به زودی مسکن را از دست می‌دهد از 14 روز برای افراد بی‌خانمان و 21 روز برای افرادی که طبق تعریف فعلی HUD در معرض خطر بی‌خانمانی قرار می‌گیرند به 30 روز افزایش می‌یابد.
 - برای تعریف در معرض خطر بی‌خانمانی در بخش 91.5 CFR 24، شرط داشتن درآمد سالانه کمتر از 30 درصد متوسط درآمد خانواده برای منطقه، همانطور که توسط HUD تعیین شده است، اعمال نخواهد شد.
- **الزامات مربوط به عوامل بالینی:** عضو باید یک یا چند مورد از عوامل خطر بالینی واجد شرایط زیر را داشته باشد:

- معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا (Medi-Cal Specialty Mental Health Services, SMHS) را برآورده می‌کند؛
- معیارهای دسترسی برای Drug Medi-Cal (DMC) یا سیستم ارائه خدمات سازماندهی شده Drug Medi-Cal (DMC-ODS) که توسط راهنمای سیاست پشتیبانی اجتماعی DHCS تعریف شده است را برآورده می‌کند؛
- یک یا چند بیماری جسمی مزمن جدی داشته باشد؛
- یک یا چند معلولیت جسمی، ذهنی یا رشدی؛ یا
- اعضای باردار تا حداکثر 12 ماه پس از زایمان یا
- اعضای که واجد شرایط اجاره انتقالی (Transitional Rent) تشخیص داده شده‌اند. این افراد به طور خودکار واجد شرایط دریافت HTSS هستند.
- یا
- اعضای که برای دریافت یک واحد مسکونی حمایتی دائمی یا منبع یارانه اجاره از طریق سیستم ورود هماهنگ بی‌خانمان‌های محلی یا سیستم مشابهی که برای استفاده از اطلاعات جهت شناسایی افراد با آسیب‌پذیری بالا دارای معلولیت و/یا یک یا چند بیماری مزمن جدی و/یا بیماری روانی جدی، بستری در مراکز نگهداری یا نیازمند خدمات اقامتی به دلیل اختلال مصرف مواد و/یا خروج از زندان طراحی شده است، در اولویت قرار دارند.
- محدودیت‌ها عبارتند از:
- خدمات شامل ارائه محل خواب و غذا (Room and Board) نمی‌شود.
- خدمات مشمول مقررات محل خواب و غذا (Room and Board) نمی‌شوند.
- این خدمات باید در طرح حمایتی مسکن عضو، منطقی و ضروری تشخیص داده شوند. مدت زمان سرویس می‌تواند تا زمانی که لازم باشد، ادامه پیدا کند. هیچ محدودیتی در مورد تعداد دفعاتی که یک عضو واجد شرایط می‌تواند برای HTSS مجاز شناخته شود، وجود ندارد.
- بسیاری از اعضا قبل از این خدمات، HTNS (حداقل شامل غربالگری مستاجر، ارزیابی مسکن و طرح پشتیبانی مسکن) را نیز دریافت کرده‌اند، اما این پیش‌نیاز واجد شرایط بودن نیست.
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.
- اسکان کوتاه مدت پس از ترخیص از بیمارستان:** اسکان کوتاه مدت پس از ترخیص از بیمارستان، به اعضای که از یک موسسه خارج می‌شوند و بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند یا در معرض خطر بی‌خانمانی هستند، این فرصت را می‌دهد که بلافاصله پس از خروج از موسسه، روند بهبودی خود را در زمینه اختلالات پزشکی/روانپزشکی/مصرف مواد ادامه دهند. این شامل مراکز مراقبت‌های بهبودی (از جمله مراکز تحت پوشش مراقبت‌های بهبودی حمایتی جامعه یا سایر مراکز خارج از Medi-Cal)، بیمارستان‌های بستری (اعم از حاد یا روانپزشکی یا بیمارستان درمان وابستگی به مواد و بهبودی اعتیاد)، مرکز درمانی اقامتی اختلال مصرف مواد یا سلامت روان، مراکز اصلاح و تربیت یا مراکز پرستاری می‌شود.

- برای واجد شرایط بودن:
 - اعضا در صورت داشتن تمام معیارهای زیر واجد شرایط دریافت مسکن کوتاه مدت پس از بستری شدن در بیمارستان هستند:
 - اعضای که در حال ترک یک موسسه هستند، که شامل مراکز مراقبت‌های بهبودی (از جمله مراکز تحت پوشش مراقبت‌های بهبودی حمایتی جامعه یا سایر مراکز خارج از Medi-Cal)، بیمارستان‌های بستری (اعم از حاد یا روانپزشکی یا بیمارستان درمان وابستگی به مواد و بهبودی اعتیاد)، مرکز درمانی اقامتی اختلال مصرف مواد یا سلامت روان، مراکز اصلاح و تربیت یا مراکز پرستاری می‌شود.
 - بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند یا در معرض خطر آن هستند.
 - بایستی یکی از معیارهای زیر را داشته باشید:
 - در حال دریافت ECM باشید؛
 - یک یا چند بیماری مزمن جدی داشته باشید؛
 - بیماری روانی جدی داشته باشید؛ یا
 - در معرض خطر نهادینه شدن یا نیاز به خدمات مسکونی در نتیجه اختلال مصرف مواد باشید.
 - نیازهای سلامت جسمی یا رفتاری مداومی داشته باشید که توسط یک متخصص سلامت واجد شرایط تشخیص داده شده باشد، در غیر این صورت در صورت عدم دریافت مسکن کوتاه مدت پس از بستری، نیاز به مراقبت مداوم در مراکز درمانی خواهید داشت.
- محدودیت‌ها عبارتند از:
 - مسکن کوتاه‌مدت پس از بستری نمی‌تواند بیش از شش ماه در هر دوره 12 ماهه متوالی باشد (اما ممکن است بر اساس نیازهای فردی برای مدت کوتاه‌تری مجاز باشد) و مشمول سقف جهانی شش ماهه خدمات محل خواب و غذا (Room and Board) است.
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.
- مراقبت‌های بهبودی (استراحت پزشکی):** مراقبت‌های بهبودی، که به عنوان مراقبت‌های استراحت یا نقاهت پزشکی نیز شناخته می‌شود، برای اعضای که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند یا در معرض خطر آن هستند و به یک محیط اقامتی کوتاه‌مدت نیاز دارند تا پس از جراحی یا بیماری (از جمله یک بیماری روانی) بهبود یابند.
- برای واجد شرایط بودن:
 - اعضا در صورتی واجد شرایط دریافت مراقبت‌های بهبودی هستند که هر دو معیار زیر را داشته باشند:
 - اعضای که برای بهبودی پس از جراحی یا بیماری نیاز به بهبودی دارند.
 - بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند یا در معرض خطر آن هستند

• محدودیت‌ها عبارتند از:

- مراقبت‌های بهبودی، در صورت لزوم برای دستیابی یا حفظ ثبات پزشکی و جلوگیری از بستری شدن یا بستری مجدد در بیمارستان، که ممکن است نیاز به مداخلات سلامت رفتاری داشته باشد، به عنوان یک سرویس پشتیبانی اجتماعی مجاز است.
- مراقبت‌های بهبودی نمی‌توانند بیش از شش ماه در هر دوره 12 ماهه متوالی باشند (اما ممکن است بر اساس نیازهای فردی برای مدت کوتاه‌تری مجاز باشد) و مشمول سقف جهانی شش ماهه خدمات محل خواب و غذا (Room and Board) است.
- کارمندان مراکز و کارکنان شاغل آنها که مراقبت‌های بهبودی ارائه می‌دهند و مجوز مراکز مراقبت اجتماعی را ندارند، نمی‌توانند مستقیماً به اعضا در زمینه فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL) یا فعالیت‌های روزمره زندگی (IADL) کمک کنند. برای اعضای که در این مراکز به پشتیبانی ADL/IADL نیاز دارند، MCP ها می‌توانند ارائه همزمان خدمات مراقبت شخصی و خانه‌داری را هماهنگ کنند یا با یک ارائه‌دهنده شخص ثالث دارای مجوز برای ارائه این خدمات قرارداد ببندند.
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.
- **خدمات استراحت برای مراقب:** خدمات مراقبت موقت به مراقبان اعضای ارائه می‌شود که نیاز به نظارت موقت و متناوب دارند. این خدمات به دلیل عدم حضور یا نیاز به کمک افرادی که معمولاً از آنها مراقبت و/یا نظارت می‌کنند و ماهیت غیرپزشکی دارند، به صورت کوتاه‌مدت ارائه می‌شوند. این خدمات با استراحت پزشکی/مراقبت‌های بهبودی متفاوت است و فقط برای مراقب امکان استراحت را فراهم می‌کند.

• برای واجد شرایط بودن:

- اعضای که در جامعه زندگی می‌کنند و در فعالیت‌های روزمره زندگی خود دچار مشکل هستند و بنابراین به یک مراقب واجد شرایط وابسته‌اند که بیشتر حمایت مورد نیاز آنها را فراهم می‌کند و برای جلوگیری از بستری شدن در مراکز درمانی به کمک مراقب نیاز دارند.
- سایر زیرمجموعه‌ها ممکن است شامل کودکانی باشند که قبلاً تحت پوشش خدمات مراقبت تسکینی تحت پوشش معافیت مراقبت تسکینی کودکان بوده‌اند، ذینفعان برنامه مراقبت‌های موقت، اعضای ثبت‌نام‌شده در خدمات کودکان کالیفرنیا یا برنامه افراد دارای معلولیت ژنتیکی، و اعضای دارای نیازهای مراقبتی پیچیده.

• محدودیت‌ها عبارتند از:

- در محیط خانه، این خدمات، همراه با هرگونه خدمات مراقبت مستقیمی که عضو دریافت می‌کند، نباید از 24 ساعت مراقبت در روز تجاوز کند.
- محدودیت خدمات حداکثر 336 ساعت در سال است. این خدمات شامل کلیه خدمات در منزل و محل کار می‌باشد. با مجوز Medi-Cal MCP، می‌توان استثنایی از محدودیت 336 ساعت در هر سال تقویمی اعمال کرد، زمانی که مراقب عضو یک موقعیت خاص از جمله نیاز به درمان پزشکی و بستری شدن در بیمارستان را تجربه می‌کند که یک عضو Medicaid را بدون مراقب خود می‌گذارد. خدمات

استراحت مراقب ارائه شده در طول این موقعیتهای خاص را می توان از محدودیت 336 ساعته سالانه مستثنی کرد.

- این سرویس فقط برای جلوگیری از جایگزینی هایی است که Medi-Cal MCP مسئول آن خواهد بود.
 - خدمات استراحت مراقب را نمی توان به صورت مجازی یا از طریق خدمات درمانی از راه دور ارائه داد.
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده یا ارجاع توسط ارائه دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم های ارجاع را می توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.

برنامه های توانبخشی روزانه: برنامه های توانبخشی روزانه به گونه ای طراحی شده اند که به عضو در کسب، حفظ و بهبود مهارت های خودیاری، اجتماعی شدن و سازگاری لازم برای زندگی موفقیت آمیز در محیط معمول زندگی خود کمک کنند. این خدمات در منزل عضو یا در مکانی خارج از منزل و خارج از مراکز درمانی ارائه می شود.

- برای واجد شرایط بودن بایستی:

- بی خانمانی را تجربه کنید؛ یا
- در 24 ماه گذشته از وضعیت بی خانمانی در آمده و اسکان داده شده اید؛ یا
- در معرض خطر بی خانمانی یا بستری شدن در موسسات خیریه هستید و ثبات مسکن می تواند از طریق شرکت در یک برنامه توانبخشی روزانه بهبود یابد.

- محدودیت ها عبارتند از:

- خدمات برنامه تا زمانی که لازم باشد در دسترس است. خدمات می توانند به طور مداوم یا از طریق جلسات متناوب، در یک محیط فردی یا گروهی ارائه شوند.

اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده یا ارجاع توسط ارائه دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم های ارجاع را می توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.

انتقال به مراکز تسهیلات زندگی کمکی (Assisted Living Facility, ALF): انتقال به مراکز تسهیلات زندگی کمکی (که قبل با عنوان «انتقال/تغییر از مرکز تسهیلات پرستاری به مراکز تسهیلات زندگی کمکی مانند مراکز مراقبت مراقبت مسکونی برای سالمندان و تسهیلات اقامتی بزرگسالان» شناخته می شد) به گونه ای طراحی شده است که به اعضا در زندگی در جامعه کمک کند و در صورت امکان از نهادینه شدن در مراکز نگهداری سالمندان جلوگیری کند. هدف این سرویس تسهیل انتقال از مرکز پرستاری به یک محیط خانه مانند و اجتماعی و/یا جلوگیری از بستری شدن در مرکز پرستاری برای اعضای ساکن در جامعه است. این حمایت اجتماعی برای اعضای در نظر گرفته شده است که نیاز مبرم به مراقبت در سطح آسایشگاه (LOC) دارند و قصد دارند به جای اقامت طولانی مدت در آسایشگاه، گزینه اقامت در یک محیط زندگی کمکی را فراهم کنند.

- برای واجد شرایط بودن بایستی شرایط زیر را داشته باشید:

- اعضای ساکن در یک مرکز پرستاری که:

- بیش از 60 روز در یک مرکز پرستاری اقامت داشته باشد، و
- مایل به زندگی در یک تسهیلات زندگی کمکی به عنوان جایگزینی برای یک مرکز پرستاری باشد، و

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



- قادر به اقامت ایمن در یک ALF باشد.
- اعضای ساکن در جامعه که:
 - علاقه مند به ماندن در جامعه هستند؛ و
 - قادر و مایل به اقامت ایمن در یک ALF باشند؛ و
 - حداقل معیارهای لازم برای دریافت خدمات LOC در مرکز پرستاری را داشته باشند و به جای مراجعه به مرکز، تصمیم بگیرند که در جامعه بمانند و همچنان خدمات LOC از نظر پزشکی ضروری مرکز پرستاری را در یک ALF دریافت کنند.
- اعضای ساکن در جامعه» شامل اعضای می‌شود که در یک منزل شخصی یا مسکن یارانه‌ای عمومی زندگی می‌کنند و اعضای که از قبل در یک ALF ساکن هستند و در معرض خطر بستری شدن در موسسات هستند.
- اعضای که خدمات مراقبت‌های بهداشتی در سطح موسسه ای را به صورت مراقبت‌های حاد یا غیر حاد (مانند بستری شدن در بیمارستان یا اقامت کوتاه‌مدت در مرکز پرستاری تخصصی) دریافت می‌کنند، ممکن است واجد شرایط دریافت این حمایت اجتماعی باشند، مشروط بر اینکه معیارهای واجد شرایط بودن را داشته باشند.
- محدودیت‌ها عبارتند از:
 - هزینه‌های اتاق و غذا شامل این سرویس نمی‌شود. اعضا ممکن است همزمان با دریافت این سرویس، از منابع دیگر در مورد اتاق و غذا کمک دریافت کنند.
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.
- خدمات انتقال به جامعه یا خانه:** خدمات انتقال به جامعه یا خانه (که قبل با عنوان «خدمات انتقال به جامعه/انتقال به خانه از مرکز پرستاری» شناخته می‌شد) به اعضا کمک می‌کند تا در جامعه خود زندگی کنند و از بستری شدن بیشتر در یک مرکز پرستاری جلوگیری شود.
- برای واجد شرایط بودن بایستی شرایط زیر را داشته باشید:
 - اعضای که:
 - در حال حاضر خدمات سطح مراقبت از مرکز پرستاری ضروری (Level of Care, LOC) را دریافت می‌کند و به جای ماندن در مرکز پرستاری یا مراکز نجات پزشکی، تصمیم به انتقال به خانه و ادامه دریافت خدمات سطح مراقبت (LOC) مرکز پرستاری دارای ضرورت پزشکی را دارند، و
 - بیش از 60 روز در مرکز پرستاری یا مرکز نجات پزشکی زندگی کرده است، و
 - علاقه مند به بازگشت به جامعه است، و
 - قادر به اقامت ایمن در جامعه با پشتیبانی و خدمات مناسب و مقرون به صرفه است.

- یک عضو می‌تواند واجد شرایط برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT)، معافیت جایگزین‌های مبتنی بر خانه و جامعه (Home & Community-Based Alternatives, HCBA) و/یا برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) و این حمایت اجتماعی باشد؛ با این حال، آنها نمی‌توانند هر دو را همزمان دریافت کنند. از MCPها دعوت می‌شود تا در صورت لزوم، به اعضا در ثبت‌نام در برنامه‌های معافیت واجد شرایط و در دسترس کمک کنند.
- محدودیت‌ها عبارتند از:
 - خدمات انتقال اجتماعی شامل هزینه‌های اجاره ماهانه یا وام مسکن، غذا، هزینه‌های عادی آب و برق و/یا لوازم خانگی یا اقلامی که صرفاً برای اهداف تفریحی/نا مرتبط در نظر گرفته شده‌اند، نمی‌شود.
 - هزینه‌های غیرمکرر راه‌اندازی تا سقف کل طول عمر حداکثر \$7,500.00 قابل پرداخت است. هزینه هماهنگی انتقالی از این حداکثر طول عمر کل مستثنی است. تنها استثنا در مورد حداکثر مبلغ \$7,500.00، زمانی است که عضو به دلیل شرایطی خارج از کنترل خود، مجبور به تغییر محل زندگی خود از محل سکونت تحت مدیریت ارائه‌دهنده خدمات به محل زندگی در یک منزل مسکونی خصوصی یا مسکن یارانه‌ای دولتی شود.
 - خدمات انتقال به جامعه باید برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی عضو ضروری باشد، که بدون آن عضو قادر به انتقال به منزل شخصی یا مسکن یارانه‌ای عمومی نخواهد بود و سپس نیاز به ادامه یا بستری مجدد خواهد داشت.
 - یک عضو می‌تواند واجد شرایط برنامه‌های معافیت/تظاهرات مربوطه (مثلاً CCT)، جایگزین‌های مبتنی بر خانه و جامعه و غیره) و این حمایت اجتماعی باشد؛ با این حال، اگر فعالیت‌های ارائه شده تحت هر برنامه تکراری باشند، نمی‌توانند هر دو را همزمان دریافت کنند.
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.
- خدمات مراقبت شخصی و خانه‌داری:** خدمات مراقبت شخصی و خدمات خانه‌داری (Personal Care Services and Homemaker Services و PCHS) می‌تواند برای اعضای که در فعالیت‌های روزمره زندگی (Activities of Daily Living, ADL) مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، توالت رفتن، راه رفتن یا غذا خوردن به کمک نیاز دارند، ارائه شود. خدمات مراقبت شخصی همچنین می‌تواند شامل کمک به فعالیت‌های ابزاری زندگی روزمره (Instrumental Activities of Daily Living, IADLs) مانند تهیه غذا، خرید مواد غذایی و مدیریت پول باشد.
- برای واجد شرایط بودن بایستی شرایط زیر را داشته باشید:
 - اعضای که در معرض خطر بستری شدن در بیمارستان یا بستری شدن در یک مرکز پرستاری هستند؛ یا
 - اعضای که دارای ناتوانیهای عملکردی هستند و سیستم حمایتی مناسب ندارند
 - اعضای که برای دریافت خدمات حمایتی در منزل تأیید شده‌اند. معیارهای واجد شرایط بودن را می‌توانید در آدرس زیر بیابید: <http://www.cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services>

- از خدمات پشتیبانی اجتماعی PCHS در موارد زیر می توان استفاده کرد:
 - در طول فرآیند درخواست خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS)، از جمله در طول هر دوره انتظار پس از ارائه معرفی نامه، ممکن است PCHS از قبل و تا زمان ارائه خدمات IHSS مجوز داشته باشد.
 - علاوه بر تعداد ساعات IHSS تایید شده توسط شهرستان، در صورت نیاز به پشتیبانی بیشتر، از جمله زمانی که مزایای IHSS به پایان رسیده است.
 - برای اعضای که واجد شرایط IHSS نیستند، می توان PCHS را برای جلوگیری از اقامت کوتاه مدت در یک مرکز پرستاری تخصصی (که نباید بیش از 60 روز باشد) اجرا کرد. برای دریافت خدمات مراقبت پرستاری کوتاه مدت (PCHS)، اعضا ملزم به درخواست IHSS نیستند، اما درخواست مجوز باید شامل اطلاعاتی در مورد نیاز به اقامت کوتاه مدت در یک مرکز پرستاری تخصصی در صورت عدم وجود PCHS باشد.
- محدودیت ها عبارتند از:
 - این سرویس را نمی توان به جای مراجعه به برنامه خدمات حمایتی در منزل استفاده کرد. هنگامی که اعضا باید معیارهای ارجاع را برآورده کنند، باید به برنامه خدمات حمایتی در خانه ارجاع شوند.
 - اگر عضوی که خدمات مراقبت شخصی و خانه داری دریافت می کند، هرگونه تغییری در وضعیت فعلی خود داشته باشد، باید برای ارزیابی مجدد و تعیین ساعات اضافی به خدمات حمایتی در منزل ارجاع داده شود. اعضا می توانند در طول این دوره انتظار برای ارزیابی مجدد، همچنان از خدمات پشتیبانی اجتماعی مراقبت شخصی و خانه داری بهره مند شوند.
- اعضا می توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه دهنده یا ارجاع توسط ارائه دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم های ارجاع را می توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.
- سازگاری های دسترسی محیطی (اصلاحات خانه): سازگاری های دسترسی محیطی (Environmental Accessibility Adaptations, EAA) که با عنوان اصلاحات خانه نیز شناخته می شوند، سازگاری های فیزیکی در خانه هستند که برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی عضو ضروری هستند، یا به عضو این امکان را می دهند که با استقلال بیشتری در خانه فعالیت کند: بدون این موارد، عضو نیاز به بستری شدن در آسایشگاه خواهد داشت.
- برای واجد شرایط بودن بایستی شرایط زیر را داشته باشید:
 - اعضای که در معرض خطر بستری شدن در یک مرکز پرستاری هستند
- محدودیت ها عبارتند از:
 - اگر خدمات طرح ایالتی دیگری مانند تجهیزات پزشکی بادوام (DME) در دسترس باشد و همان اهداف استقلال و جلوگیری از بستری شدن در مراکز درمانی را محقق کند، باید از آن خدمات استفاده شود.
 - ارزیابی های EAA باید مطابق با قوانین ساختمانی ایالتی و محلی مربوطه انجام شوند.
 - هزینه های غیرمکرر راه اندازی تا سقف حداکثر \$7,500 برای کل طول عمر قابل پرداخت است. تنها استثنای برای حداکثر \$7,500 در صورتی است که محل زندگی عضو تغییر کند یا شرایط عضو آنقدر

تغییر کرده باشد که این تغییرات اضافی برای اطمینان از سلامت، رفاه و ایمنی عضو ضروری باشد، یا برای قادر ساختن عضو به عملکرد با استقلال بیشتر در خانه و اجتناب از نهادینه شدن یا بستری شدن در بیمارستان ضروری باشد.

- EAA ممکن است شامل کارهای تکمیلی (به عنوان مثال، سازه دیوار و رنگ دیوار) برای بازگرداندن خانه به شرایط قابل سکونت باشد، اما شامل تزئینات زیبایی نیست.

- اصلاحات محدود به مواردی است که مستقیماً برای عضو از نظر پزشکی یا درمانی مفید باشند و شامل تطبیق‌ها یا بهبودهایی که برای بقیه اعضای خانواده مفید هستند، نمی‌شود. انطباق‌هایی که به کل متراژ خانه اضافه می‌کنند، به استثنای مواردی که برای تکمیل یک سازگاری ضروری باشد، مورد قبول نیستند (مثلاً برای بهبود ورود/خروج به یک محل سکونت یا تغییرات حمام برای امکان ورود ویلچر).

اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.

وعده‌های غذایی متناسب با نیازهای پزشکی (MTM)/غذاهای حمایتی پزشکی (MSF): خدمات وعده‌های غذایی متناسب با نیازهای پزشکی (Medically Tailored Meals, MTM) و غذای حمایتی پزشکی (Medically Supportive Food, MSF) برای رسیدگی به بیماری‌های مزمن یا سایر بیماری‌های حساس به تغذیه جدی اعضا، طراحی شده‌اند و منجر به بهبود نتایج سلامت و کاهش هزینه‌های غیرضروری می‌شوند.

- برای واجد شرایط بودن بایستی شرایط زیر را داشته باشید:

- اعضای که بیماری‌های مزمن یا سایر بیماری‌های حساس به تغذیه جدی، مانند (اما نه محدود به):

- سرطان(ها)، اختلالات قلبی عروقی، بیماری مزمن کلیه، اختلالات مزمن ریه یا سایر بیماری‌های ریوی مانند آسم/COPD، نارسایی قلبی، دیابت یا سایر بیماری‌های متابولیک، سطح بالای سرب، بیماری کلیوی در مرحله نهایی، کلسترول بالا، ویروس نقص ایمنی انسانی، فشار خون بالا، بیماری کبد، اختلال چربی خون، کبد چرب، سوء تغذیه، چاقی، سکنه مغزی، اختلالات دستگاه گوارش، دیابت بارداری، بیماری‌های پرخطر دوران بارداری و اختلالات روانی/رفتاری مزمن یا ناتوان‌کننده

- محدودیت‌ها عبارتند از:

- این سرویس حداکثر دو (2) وعده غذایی و/یا بسته غذایی در روز را با استفاده از ترکیبی از مداخلات MTM و MSF پوشش می‌دهد.

- MTM/MSF را می‌توان تا 12 هفته مجاز دانست و پس از آن در صورت لزوم مجدداً مجاز شناخته می‌شود. به MCP ها و ارائه دهندگان MTM/MSF آنها توصیه می‌شود که مرتباً با اعضای که این حمایت‌های اجتماعی را دریافت می‌کنند، تماس بگیرند تا ارزیابی کنند که آیا اعضا غذاها/وعده‌های غذایی ارائه شده از طریق این حمایت اجتماعی را دریافت و مصرف می‌کنند یا خیر، و اینکه آیا برای بهبود اثربخشی MTM/MSF نیاز به ایجاد تغییراتی هست یا خیر.

- وعده‌های غذایی، غذا، پرداخت‌ها و خدمات تغذیه‌ای که واجد شرایط دریافت یا بازپرداخت برنامه‌های جایگزین برای عضو هستند، نمی‌توانند توسط MCP ها به عنوان حمایت اجتماعی MTM/MSF تأمین مالی یا محاسبه شوند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.

مرکز هشیاری برای افراد معتاد مراکز هشیاری، مقاصد جایگزین برای اعضای هستند که در ملاءام (به دلیل مصرف الکل و/یا سایر مواد مخدر) تحت تاثیر مواد یا الکل تشخیص داده شده اند و در غیر این صورت به اورژانس یا زندان منتقل می‌شوند. مراکز هشیاری، محیطی امن و حمایتی را برای اعضا، عمدتاً کسانی که بی‌خانمان هستند یا شرایط زندگی ناپایداری دارند، فراهم می‌کنند تا بتوانند از مرحله تاثیر مواد مخدر یا الکل خارج شوند.

• برای واجد شرایط بودن بایستی شرایط زیر را داشته باشید:

○ اعضای که:

- 18 سال یا بیشتر سن داشته باشند;
- تحت تاثیر مواد مخدر یا الکل اما هوشیار باشند
- مایل به همکاری باشند;
- قادر به راه رفتن باشند
- رفتار خشونت آمیز نداشته باشند;
- عاری از هرگونه مشکلات شدید پزشکی (از جمله علائم خماری شدید تهدید کننده زندگی یا علائم بیماریهای زمینه‌ای آشکار);
- افرادی که در غیر این صورت به بخش اورژانس یا زندان منتقل می‌شوند یا کسانی که به بخش اورژانس مراجعه می‌کنند و بهتر است که به مرکز هوشیاری فرستاده شوند.

• محدودیت‌ها عبارتند از:

○ این سرویس برای مدت زمان کمتر از 24 ساعت تحت پوشش است.

اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.

بهبود آسم: خدمات بهبود آسم می‌تواند از حملات حاد آسم که می‌تواند منجر به نیاز به خدمات اورژانسی و بستری شدن در بیمارستان شود، جلوگیری کند. پشتیبانی اجتماعی برای درمان آسم شامل لوازم و/یا اصلاحات فیزیکی در محیط خانه است که برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی یک عضو یا برای قادر ساختن عضو به فعالیت در خانه با کاهش احتمال تجربه حملات حاد آسم ضروری است.

• برای واجد شرایط بودن بایستی شرایط زیر را داشته باشید:

- اعضای که طی 12 ماه گذشته از طریق خدمات پیشگیری از آسم (APS) یک ارزیابی محرک محیطی در خانه کامل دریافت کرده اند که درمان‌های مناسب پزشکی آسم را شناسایی می‌کند و مشخص می‌کند که مداخلات چگونه نیازهای عضو را برآورده می‌کنند.
- از 1 ژانویه 2026، CalOptima Health باید ارزیابی‌های محرک محیطی در خانه را از طریق مزایای APS پوشش دهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- هنگام تأیید تغییرات فیزیکی و لوازم مورد نیاز برای درمان آسم به عنوان حمایت اجتماعی، CalOptima Health باید ارزیابی انجام شده را دریافت و مستند کند. ارزیابی محرکها در خانه در 12 ماه گذشته، با فرض عدم تغییر در محل سکونت اعضا، که تحت مزایای APS ارائه شده است، به عنوان یک تعیین تناسب پزشکی برای خدمات بهبود آسم کافی است. هیچ مدرک پزشکی دیگری برای تأیید درمان آسم توسط MCP لازم نیست.
- محدودیت‌ها عبارتند از:
 - اگر خدمات طرح ایالتی دیگری بیشتر از APS، مانند تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، در دسترس باشد و همان اهداف پیشگیری از موارد اورژانسی آسم یا بستری شدن در بیمارستان را برآورده کند، ابتدا باید از خدمات طرح ایالتی استفاده کرد.
 - اقدامات اصلاحی بهبود آسم باید مطابق با قوانین ساختمانی ایالتی و محلی مربوطه انجام شود.
 - هزینه‌های اقدامات اصلاحی بهبود آسم تا سقف \$7,500 در طول عمر بیمار قابل پرداخت است. تنها استثنا برای حداکثر مبلغ \$7,500، زمانی است که وضعیت عضو به طور قابل توجهی تغییر کرده باشد، به طوری که اصلاحات اضافی برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی عضو ضروری باشد، یا برای اینکه عضو بتواند با استقلال بیشتری در خانه فعالیت کند و از بستری شدن در مراکز نگهداری یا بیمارستان جلوگیری شود، ضروری باشد.
 - اصلاحات محدود به مواردی است که مستقیماً برای عضو از نظر پزشکی یا درمانی مفید باشند و شامل تطبیق‌ها یا بهبودهایی که برای بقیه اعضای خانواده مفید هستند، نمی‌شود. EAA ممکن است شامل کارهای تکمیلی (به عنوان مثال، سازه دیوار و رنگ دیوار) برای بازگرداندن خانه به شرایط قابل سکونت باشد، اما شامل تزئینات زیبایی نیست.
 - قبل از شروع تطبیق فیزیکی دائمی خانه یا نصب تجهیزات در خانه، مانند نصب فن تهویه یا تعویض دیوار گچی کپک‌زده، CalOptima Health باید مدارک کتبی را به مالک منزل و عضو ارائه دهد که نشان دهد این تغییرات دائمی هستند و ایالت مسئولیتی در قبال نگهداری یا تعمیر هرگونه تغییر یا حذف هرگونه تغییر در صورتی که عضو محل سکونت خود را تغییر دهد، ندارد. این الزام در مورد تهیه لوازمی که به صورت دائمی نصب یا تطبیق داده نمی‌شوند، اعمال نمی‌شود، از جمله اما نه محدود به: روکش‌های ضد آب تشک و بالش ضد حساسیت، جاروبرقی فیلتردار ذرات معلق با راندمان بالا (HEPA)، رطوبت‌گیرها، فیلترهای هوای قابل حمل و محصولات و لوازم تمیزکننده مناسب برای آسم.
- اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی به این خدمات دسترسی پیدا کنند. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وبسایت CalOptima Health به آدرس <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> پیدا کنید.
- اگر به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید بدانید کدام پشتیبانی‌های اجتماعی ممکن است برای شما در دسترس باشد، با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. یا با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود تماس بگیرید.

F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی‌دهیم، اما آنها از طریق خدمات پرداخت هزینه Medi-Cal در دسترس هستند.

F1. برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT)

برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT) از سازمان های فعال محلی برای کمک به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal استفاده می کند که برای حداقل 60 روز پیوسته در یک مؤسسه یا مرکز بستری اقامت داشته و می خواهند به یک محیط اجتماعی بازگردند و با حفظ ایمنی در آنجا 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 می کند. شما می توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان پیشرو CCT که به شهرستان محل زندگی شما خدمات ارائه می دهد، دریافت کنید. می توانید فهرستی از سازمان های پیشرو CCT و شهرستان هایی که به آنها خدمات ارائه می دهند را در وبسایت وزارت خدمات مراقبت های بهداشتی به آدرس www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT بیابید.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT

Medi-Cal هزینه خدمات هماهنگی انتقال را تقبل می کند. شما هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

برای خدماتی که مربوط به انتقال CCT شما نیستند

ارائه دهنده خدمات، ص. رتساب هزینه خدمات شما را به ما ارسال می کند. طرح ما هزینه خدمات ارائه شده پس از انتقال شما را پرداخت می کند. شما هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

در مدتی که شما خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می کنید، ما هزینه خدماتی که در جدول مزایا در بخش D ذکر شده است را پرداخت می کنیم.

عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی

برنامه CCT داروها را تحت پوشش قرار نمی دهد. شما مزایای معمول دارویی خود را از طرح ما دریافت می کنید. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.

توجه: اگر به مراقبت های انتقالی غیر CCT نیاز دارید، برای هماهنگی خدمات با هماهنگ کننده مراقبت های شخصی خود تماس بگیرید. مراقبت های انتقالی غیر CCT، مراقبت هایی هستند که به انتقال شما از یک موسسه یا مرکز درمانی مربوط نمی شوند.

F2. 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 خدماتی زیر است اما محدود به آنها نمی شود:

- معاینه اولیه، عکسبرداری با اشعه X، تمیز کردن دندان و درمان با فلوراید
- خدمات ترمیمی پرکردن و روکش

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



- درمان عصب کشی
- دندان مصنوعی جزئی و کامل، تنظیمات، تعمیرات و لایه گذاری مجدد

برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای دندانپزشکی موجود در Medi-Cal Dental، یا اگر در یافتن دندانپزشکی که Medi-Cal را می پذیرد 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 بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان Medi-Cal Dental از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر از دوشنبه تا جمعه در دسترس شما هستند. همچنین برای آگاهی بیشتر میتوانید به وبسایت smilecalifornia.org/ مراجعه نمایید.

توجه: طرح ما خدمات دندانپزشکی بیشتری ارائه می دهد. برای اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در بخش D مراجعه کنید.

F3. خدمات پشتیبانی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS)

برنامه IHSS به ارائه دهندگان خدمات مراقبتی ثبت شده برای خدماتی که به شما ارائه می دهند کمک می کند تا بتوانید با آرامش و امنیت در خانه خود بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت های خارج از منزل، مانند مراکز پرستاری یا مراکز مراقبتی و پانسیون، محسوب می شود.

برای دریافت خدمات، ارزیابی انجام می شود تا مشخص شود کدام نوع خدمات بر اساس نیازهای هر شرکت کننده می تواند برای او مجاز باشد. انواع خدماتی که می توانند از طریق IHSS مجاز شوند عبارتند از نظافت منزل، تهیه غذا، شستن لباسها، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند خدمات مراقبتی روده و مثانه، حمام کردن، اصلاح و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای پزشکی و نظارت حفاظتی برای افراد دارای معلولیت ذهنی.

همانگونه که مراقبت های شخصی شما می تواند به شما در درخواست IHSS از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستانتان کمک کند. برای کسب اطلاعات، لطفاً با IHSS به شماره 1-714-825-3000 تماس بگیرید.

F4. برنامه های معافیت خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS) مصوب 1915(c)

معافیت زندگی با کمک (Assisted Living Waiver, ALW)

- معافیت از زندگی با کمک (ALW) به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal این امکان را می دهد که به جای اقامت طولانی مدت در یک مرکز پرستاری، در یک محیط زندگی با کمک زندگی کنند. هدف ALW تسهیل بازگشت به محیط خانه و جامعه از مراکز پرستاری یا جلوگیری از پذیرش در مرکز پرستاری ماهر برای افراد نیازمند به خدمات پرستاری در مراکز پرستاری است.
- اعضای که در ALW ثبت نام کرده اند می توانند در ALW ثبت نام کرده و در عین حال از مزایای ارائه شده توسط طرح ما نیز بهره مند شوند. طرح ما با آژانس هماهنگی مراقبت های ALW شما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می کنید، همکاری می کند.
- ALW در حال حاضر فقط در کانتی های زیر موجود است:
Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara و Sonoma.
- همانگونه که مراقبت های شخصی شما می تواند به شما در درخواست ALW کمک کند.

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



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

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 4: جدول مزایا

لطفاً برای لیستی از آژانس های محلی هماهنگی مراقبت ALW که به اورنج کانتی خدمات می دهند، به زیر مراجعه کنید:

A-Biz Health Systems تلفن: 1-818-654-6874	Home Health Services of California تلفن: 1-213-385-9949
AARP Care Coordination Agency تلفن: 1-805-695-3200	I Care Hospice, Inc تلفن: 1-818-238-9188
Access TLC Home Health Care تلفن: 1-800-852-9887	Libertana Home Health Care تلفن: 1-818-902-5000
All Hours Adult Care تلفن: 1-844-657-4748	Media Home Health تلفن: 1-818-536-7468
Anthem Hospice Providers تلفن: 1-909-533-4553	Prestigious Health Services تلفن: 1-626-331-7300
Archangel Home Health تلفن: 1-562-861-7047	River of Light Hospice تلفن: 1-909-748-7999
Bayview Hospice تلفن: 1-855-962-4800	Sierra Hospice Care تلفن: 1-213-380-1100
Beta Hospice Care تلفن: 1-747-293-5777	Star Nursing تلفن: 1-916-542-1445
Calstro Hospice تلفن: 1-909-929-7312	The Caring Connection تلفن: 1-818-368-5007
Central Coast Healthcare Services تلفن: 1-818-852-7260	True Care Home Health تلفن: 1-888-944-6248
Concise Home Health Services تلفن: 1-310-912-3156	Universal Home Care تلفن: 1-310-290-8680
Faith in Angels Hospice تلفن: 1-818-509-0934	Victor Valley Home Health Services تلفن: 1-442-327-9060
GrandCare Assisted Living Services تلفن: 1-877-405-6990	Vigilans Home Health Services تلفن: 1-909-748-7980
Guidant Care Management تلفن: 1-844-494-6304	Virtue Home Care تلفن: 1-888-802-2227

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



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

معافیت برنامه خود تعیینی کالیفرنیا (Self-Determination Program, SDP) برای افراد دارای ناتوانی های رشدی

- دو معافیت 1915(c) وجود دارد، معافیت HCBS-DD و معافیت SDP، که به افرادی که دارای معلولیت رشدی تشخیص داده شده اند و این معلولیت قبل از 18 سالگی فرد شروع می شود و انتظار می رود به طور نامحدود ادامه یابد، خدمات ارائه می دهند. 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 DD Waiver کمک کند.

معافیت از گزینه های مبتنی بر خانه و جامعه (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)

- معافیت HCBA خدمات مدیریت مراقبت را به افرادی که در معرض خطر بستری شدن در خانه سالمندان یا مراکز نگهداری هستند، ارائه می دهد. خدمات مدیریت مراقبت توسط یک تیم مدیریت مراقبت چند رشته ای متشکل از یک پرستار و مددکار اجتماعی ارائه می شود. این تیم خدمات معافیت و طرح ایالتی (مانند خدمات پزشکی، سلامت رفتاری، خدمات حمایتی در منزل و غیره) را هماهنگ می کند و سایر خدمات و پشتیبانی های بلندمدت موجود در جامعه محلی را ترتیب می دهد. خدمات مدیریت مراقبت و معافیت در محل سکونت جامعه محور شرکت کننده ارائه می شود. این محل سکونت می تواند متعلق به بخش خصوصی باشد، از طریق قرارداد اجاره مستاجر تأمین شود، یا محل سکونت یکی از اعضای خانواده شرکت کننده در برنامه باشد.
- اعضای که در طرح معافیت HCBA ثبت نام کرده اند، می توانند ضمن دریافت مزایای ارائه شده توسط طرح ما، همچنان در طرح معافیت HCBA ثبت نام کنند. طرح ما با آژانس هماهنگی مراقبت های HCBA شما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می کنید، همکاری می کند.
- هماهنگ کننده مراقبت های شخصی شما می تواند به شما در درخواست HCBA کمک کند.

لطفاً برای لیستی از آژانس های محلی هماهنگی مراقبت HCBA که به اورنج کانتی خدمات می دهند، به زیر مراجعه کنید:

Agape Congregate Living LLC ○
تلفن: 1-909-353-2330

Tranquility Care, Inc ○
تلفن: 1-805-842-1810

Optimum Care ○
تلفن: 1-714-646-9901

برنامه معافیت Medi-Cal یا (Medi-Cal Waiver Program, MCWP)

- برنامه معافیت Medi-Cal یا (MCWP) خدمات جامع مدیریت پرونده و مراقبت مستقیم را به عنوان جایگزینی برای مراقبت در مراکز پرستاری یا بستری شدن در بیمارستان، به افراد مبتلا به HIV ارائه می دهد. مدیریت پرونده یک رویکرد تیمی مشارکت محور است که شامل یک پرستار ثبت شده و یک مدیر پرونده مددکاری اجتماعی می شود. مدیران پرونده با شرکت کننده و ارائه دهنده (گان) مراقبت های اولیه، خانواده،

مراقب(ها) و سایر ارائه‌دهندگان خدمات همکاری می‌کنند تا نیازهای مراقبتی را برای نگهداشتن شرکت‌کننده در خانه و جامعه‌اش ارزیابی کنند.

- اهداف MCWP عبارتند از: (1) ارائه خدمات خانگی و اجتماعی برای افراد مبتلا به HIV که ممکن است در غیر این صورت به خدمات سازمانی نیاز داشته باشند؛ (2) کمک به شرکت‌کنندگان در مدیریت سلامت HIV؛ (3) بهبود دسترسی به حمایت‌های سلامت اجتماعی و رفتاری و (4) هماهنگی ارائه‌دهندگان خدمات و حذف دوباره‌کاری در ارائه خدمات.
 - اعضای که در طرح معافیت MCWP ثبت نام کرده‌اند، می‌توانند ضمن دریافت مزایای ارائه شده توسط طرح ما، همچنان در طرح معافیت MCWP ثبت نام کنند. طرح ما با آژانس هماهنگی مراقبت‌های MCWP شما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می‌کنید، همکاری می‌کند.
 - هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی شما می‌تواند به شما در درخواست MCWP کمک کند.
- لطفاً برای لیستی از آژانس‌های محلی هماهنگی مراقبت MCWP که به اورنج کانتی خدمات می‌دهند، به قسمت زیر مراجعه کنید:

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

برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) خدمات مدیریت مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی را برای کمک به افراد در ماندن در خانه و جامعه خود ارائه می‌دهد.
- در حالی که اکثر شرکت‌کنندگان در این برنامه، خدمات حمایتی در منزل را نیز دریافت می‌کنند، MSSP هماهنگی مراقبت‌های مداوم را فراهم می‌کند، شرکت‌کنندگان را با سایر خدمات و منابع اجتماعی مورد نیاز در ارتباط قرار می‌دهد، با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگی می‌کند و برخی از خدمات مورد نیاز را که در غیر این صورت در دسترس نیستند، خریداری می‌کند تا از بستری شدن در مراکز نگهداری یا به تأخیر انداختن آن جلوگیری کند. کل هزینه ترکیبی سالانه مدیریت مراقبت و سایر خدمات باید کمتر از هزینه دریافت مراقبت در یک مرکز پرستاری تخصصی باشد.
- تیمی از متخصصان خدمات بهداشتی و اجتماعی برای هر شرکت‌کننده MSSP ارزیابی کامل سلامت و روانی اجتماعی را برای تعیین خدمات مورد نیاز ارائه می‌دهند. سپس این تیم با شرکت‌کننده MSSP، پزشک، خانواده و دیگران برای تدوین یک برنامه مراقبتی شخصی‌سازی شده همکاری می‌کند. خدمات شامل موارد زیر است:
 - مدیریت مراقبت
 - مراقبت روزانه بزرگسالان
 - تعمیرات/نگهداری جزئی منزل
 - خدمات تکمیلی کارهای خانه، مراقبت شخصی و نظارت حفاظتی
 - خدمات استراحت مراقب
 - خدمات حمل و نقل
 - خدمات مشاوره و ترابی

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



○ خدمات غذایی

○ خدمات ارتباطی

- اعضای که در طرح معافیت MSSP ثبت نام کرده‌اند، می‌توانند ضمن دریافت مزایای ارائه شده توسط طرح ما، همچنان در طرح معافیت MSSP ثبت نام کنند. طرح ما با آژانس هماهنگی مراقبت‌های MSSP شما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می‌کنید، همکاری می‌کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی شما می‌تواند به شما در درخواست MSSP کمک کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد MSSP یا درخواست برای این برنامه، لطفاً با CalOptima Health MSSP به شماره **1-714-347-5780** تماس بگیرید.

F5. خدمات سلامت رفتاری شهرستان که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند (خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد)

شما به خدمات بهداشتی رفتاری ضروری پزشکی که Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medicare و مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات بهداشت روانی تخصصی Medi-Cal یا اختلال مصرف مواد در شهرستان را ارائه نمی‌کند، اما این خدمات از طریق آژانس‌های بهداشت رفتاری شهرستان که توسط آژانس مراقبت‌های بهداشتی اورنج کانتی (OCHCA) مدیریت می‌شوند در دسترس شما هستند.

خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal از طریق طرح سلامت رفتاری شهرستان (BHP) که توسط آژانس مراقبت‌های بهداشتی اورنج کانتی (OCHCA) مدیریت می‌شود، در صورت دارا بودن معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان، در دسترس شما قرار می‌گیرد. خدمات تخصصی بهداشت روانی Medi-Cal ارائه شده توسط نهاد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اورنج کانتی عبارتند از:

- خدمات سلامت روان
- خدمات پشتیبانی دارویی
- خدمات فشرده درمان روزانه
- بازپروری روزانه
- خدمات مداخله در وضعیتهای بحرانی
- خدمات تثبیت وضعیتهای بحرانی
- خدمات درمانی بزرگسالان در مراکز اقامتی
- خدمات درمانی وضعیتهای بحرانی در مراکز اقامتی
- خدمات مراکز سلامت روانی
- خدمات روانپزشکی بستری عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند
- خدمات حمایت هم‌تا
- خدمات مداخله بحران سیار مبتنی بر جامعه
- خدمات رفتار درمانی

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- مراقبت درمانی در خانواده موقت
 - هماهنگی مراقبت فشرده
 - خدمات فشرده خانگی
 - حمایت برای بازگشت افراد درگیر با نظام قضایی
 - درمان جامعه محور فعال (assertive community treatment, ACT)
 - درمان جامعه محور فعال قضایی (forensic assertive community treatment, FACT)
 - مراقبت تخصصی هماهنگ (coordinated specialty care, CSC) برای اولین اپیزود روان پریشی (first episode psychosis, FEP)
 - خدمات باشگاهی (Clubhouse)
 - خدمات پیشرفته کارکنان بهداشت اجتماعی (Community Health Worker, CHW)
- خدمات سیستم تحویل سازمان یافته دارو Medi-Cal از طریق آژانس سلامت رفتاری شهرستان شما در دسترس شما قرار می گیرد، در صورتی که معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید.
- خدمات درمان سرپایی فشرده
 - درمان اقامتی اختلال مصرف مواد برای زنان باردار
 - خدمات درمان سرپایی
 - برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
 - دارو برای درمان اعتیاد (Medication Assisted Treatment)
 - خدمات حمایت همتا
 - خدمات مداخله بحران سیار مبتنی بر جامعه
 - خدمات مداخله زودهنگام (برای افراد زیر 21 سال)
 - غربالگری، تشخیص و درمان دوره ای زودهنگام (برای افراد زیر 21 سال)
- سیستم تحویل سازمان داروی Medi-Cal یا (Drug Medi-Cal Organization Delivery System) شامل موارد زیر است:
- خدمات درمان سرپایی
 - خدمات درمان سرپایی فشرده
 - خدمات بستری جزئی
 - دارو برای درمان اعتیاد (Medication Assisted Treatment)
 - خدمات درمان اقامتی
 - خدمات مدیریت ترک
 - برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر

- خدمات بهبودی
- هماهنگی خدمات مراقبتی
- خدمات حمایت همتا
- خدمات مداخله بحران سیار مبتنی بر جامعه
- خدمات مدیریت مشروط (Contingency Management)
- خدمات مداخله زودهنگام (برای افراد زیر 21 سال)
- غربالگری، تشخیص و درمان دوره‌ای زودهنگام (برای افراد زیر 21 سال)
- خدمات درمان بستری

علاوه بر خدمات بالا، اگر معیارهای لازم را داشته باشید شما ممکن است به خدمات بستری داوطلبانه برای سم‌زدایی (detoxification) دسترسی داشته باشید.

اگر در مورد خدمات سلامت رفتاری، مجوز خدمات، غربالگری سطح اختلال برای تعیین خدمات مناسب سؤال دارید، با خط سلامت رفتاری CalOptima 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 نمی شوند

این بخش اطلاعاتی در مورد مزایایی که توسط طرح ما حذف شده‌اند، ارائه می‌دهد. «مستثنی» به این معنی است که ما برای این مزایا هزینه ای نمی پردازیم. Medicare و Medi-Cal نیز هزینه ای برای آنها پرداخت نمی کنند.

لیست زیر برخی از خدمات و مواردی را که تحت هیچ شرایطی تحت پوشش ما نیستند و برخی تنها در برخی موارد توسط ما مستثنی شده اند را توضیح می دهد.

ما هزینه‌های مزایای پزشکی مستثنی‌شده که در این بخش (یا هر جای دیگر در این دفترچه راهنمای اعضا) ذکر شده است را پرداخت نمی‌کنیم، مگر تحت شرایط خاص ذکر شده. حتی اگر این خدمات را در یک مرکز اورژانس دریافت کنید، طرح درمانی هزینه‌ای برای آن خدمات پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می‌کنید که طرح ما باید هزینه خدماتی که تحت پوشش نیست را پردازد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.

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

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» نیستند، مگر اینکه به عنوان خدمات تحت پوشش فهرست شده باشند.
- درمان‌ها، اقلام و داروهای پزشکی و جراحی آزمایشی، 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** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. درمان‌ها و موارد تجربی مواردی هستند که به طور کلی توسط جامعه پزشکی پذیرفته نمی‌شوند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- درمان جراحی چاقی مفرط، مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی بوده و Medicare هزینه آن را بپردازد.
- اتاق خصوصی در بیمارستان مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی باشد
- پرستاران خصوصی.
- وسایل شخصی موجود در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز نگهداری سالمندان، مانند تلفن یا تلویزیون.
- خدمات پرستاری تمام وقت در منزل شما
- هزینه‌هایی که توسط بستگان نزدیک یا اعضای خانواده شما دریافت می‌شود
- تحویل خوراک در منزل شما
- خدمات یا اقدامات تقویتی اختیاری یا داوطلبانه (از جمله کاهش وزن، رشد مو، عملکرد جنسی، عملکرد ورزشی، اهداف زیبایی، ضد پیری و عملکرد ذهنی)، مگر در مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشد.
- جراحی زیبایی یا سایر اقدامات زیبایی، مگر اینکه به دلیل آسیب تصادفی یا برای بهبود بخشی از بدن که شکل مناسبی ندارد، مورد نیاز باشد. با این حال، ما هزینه بازسازی سینه پس از ماستکتومی و درمانهای دیگر سینه برای مطابقت دو سینه را پرداخت می‌کنیم.
- خدمات کایروپراکتیک و جابجائی ستون فقرات به غیر از تغییرات در ستون فقرات مطابق با رهنمودهای پوشش.
- مراقبت معمول از پاهای، مگر اینکه در خدمات پا پزشکی در جدول مزایای بخش D شرح داده شده باشند.
- کفش های ارتوپدی، مگر آنکه کفش خود بخشی از بريس پا بوده و در هزینه آن منظور شده باشد و یا متعلق به افراد مبتلا به پای دیابتی باشد.
- تجهیزات مراقبتی از پا بغیر از تجهیزات ارتوپدی و کفشهای ارتوپدی برای افراد مبتلا به پای دیابتی.
- کراتوتومی رادیال، جراحی لیزیک و سایر وسایل کمکی کم بینایی
- معکوس کردن روش های عقیم سازی
- خدمات طب طبیعی (استفاده از درمان های طبیعی یا جایگزین)
- خدماتی که در مراکز امور سربازان بازنشسته (VA) ارائه می شود. ولی هنگامیکه یک سرباز بازنشسته خدمات اضطراری را در بیمارستان VA دریافت می کند و سهمیم شدن در هزینه VA بیش از سهمیم شدن در هزینه برنامه ماست، مابه التفاوت را به سرباز بازنشسته بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان مسئول پرداخت مبالغ سهم هزینه خود هستید.
- خدمات پیراپزشکی شامل درمانهای پزشکی اضطراری میباشند که در محل حادثه توسط پیراپزشکان (بهباران) ارائه میشود. برای دریافت اطلاعات در مورد پوشش این هزینه با شهرداری منطقه خود تماس بگیرید.

فصل 5: داروهای سرپایی خود را دریافت کنید

مقدمه

این فصل قوانینی را برای دریافت داروهای سرپایی شما توضیح می دهد. این داروها، داروهایی هستند که ارائه دهنده خدمات درمانی شما برای شما سفارش می دهد و شما می توانید آنها را از داروخانه یا از طریق سفارش پستی دریافت کنید. این داروها شامل داروهای تحت پوشش Medicare بخش D و Medi-Cal هستند. **فصل 6** این کتابچه راهنمای اعضا به شما می گوید که برای این داروها چه هزینه ای پرداخت می کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر این کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

ما همچنین داروهای زیر را پوشش می دهیم، اگرچه در این فصل مورد بحث قرار نگرفته اند:

- **داروهای که تحت پوشش Medicare بخش A هستند.** اینها عموماً شامل داروهای می شوند که در بیمارستان یا مرکز پرستاری به شما داده می شوند.
- **داروهای که تحت پوشش Medicare بخش B هستند.** اینها شامل برخی داروهای شیمی درمانی، برخی از تزریق های دارویی که در طول ملاقات مطب با پزشک یا ارائه دهنده دیگر به شما داده می شود، و داروهایی که در کلینیک دیالیز داده می شوند، می شوند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروهای Medicare بخش B، به نمودار مزایا در **فصل 4** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- علاوه بر پوشش Medicare بخش D طرح و پوشش مزایای درمانی، اگر در یک برنامه آسایشگاهی Medicare هستید، ممکن است داروهای شما تحت پوشش Medicare اصلی (Original Medicare) قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 5**، **بخش D** «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 می دهیم.
- شما باید از یک ارائه دهنده (پزشک، دندانپزشک، یا سایر تجویزکنندگان) بخواهید که نسخه شما را بنویسد، که باید طبق قانون قابل اجرا ایالت معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما (PCP) است. همچنین اگر پزشک مراقبت های اولیه شما، شما را برای مراقبت ارجاع داده باشد، می تواند ارائه دهنده دیگری باشد.
- تجویز کننده دارو شما نباید در فهرست های محرومیت یا منع Medicare یا هر فهرست مشابه Medi-Cal باشد.
- شما معمولاً باید از یک داروخانه شبکه برای پر کردن نسخه خود استفاده کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش A1** مراجعه کنید). یا می توانید نسخه خود را از طریق سرویس سفارش پستی طرح تکمیل کنید.
- داروی تجویز شده شما باید در فهرست داروهای تحت پوشش طرح ما قرار داشته باشد. ما آن را به اختصار «فهرست داروها» می نامیم. (به **بخش B** این فصل مراجعه کنید).
- اگر در فهرست دارو نیست، ممکن است بتوانیم با ارائه یک استثنا به شما آن را پوشش دهیم.
 - برای کسب اطلاعات در مورد درخواست استثنا، به **فصل 9** مراجعه کنید.

- لطفاً همچنین توجه داشته باشید که درخواست برای پوشش داروی تجویز شده شما تحت استانداردهای Medicare و Medi-Cal ارزیابی می شود.

داروی شما باید برای یک دلیل پذیرفته شده پزشکی استفاده شود. این بدان معناست که استفاده از این دارو یا توسط سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) تایید شده است یا توسط مراجع پزشکی خاص پشتیبانی می شود. تجویز کننده داروی شما ممکن است بتواند به شناسایی مراجع پزشکی برای پشتیبانی از استفاده درخواستی از داروی تجویز شده کمک کند. داروهای تحت پوشش Medi Cal Rx که برای درمان بیماری هایی که توسط سازمان غذا و دارو (FDA) یا کتاب های مرجع پشتیبانی نمی شوند استفاده می شوند، نشانه های «خارج از برچسب» ("off-label") نامیده می شوند. داروهایی که برای نشانه های «خارج از برچسب» استفاده می شوند، از نظر پزشکی نشانه های پذیرفته شده نیستند و بنابراین یک مزیت تحت پوشش نیستند، مگر اینکه: استفاده از «خارج از برچسب» در مقالات بررسی شده توضیح داده شده باشد، و دارو از نظر پزشکی ضروری باشد. Medi-Cal Rx از نظر پزشکی ضروری است به این معنی که دارو برای محافظت از زندگی، جلوگیری از بیماری قابل توجه یا ناتوانی قابل توجه، یا برای کاهش درد شدید از طریق تشخیص یا درمان بیماری، بیماری یا آسیب، معقول و ضروری است.

قبل از اینکه داروی شما را پوشش دهیم، ممکن است نیاز به تأیید طرح ما بر اساس معیارهای خاصی داشته باشد. (به قسمت C در این فصل مراجعه کنید).

فهرست مطالب

A. دریافت داروهای تجویزی شما	150
A1. دریافت داروی تجویزی خود در یک داروخانه شبکه	150
A2. استفاده از کارت شناسایی عضو در هنگام دریافت داروی تجویزی	150
A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دهید چه کاری باید انجام دهید.	150
A4. اگر داروخانه شما از شبکه خارج شود چه کاری باید انجام دهید	151
A5. استفاده از داروخانه تخصصی	151
A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای تهیه داروهایتان	151
A7. دسترسی به منبع طولانی مدت دارو	152
A8. استفاده از داروخانه ای که در شبکه طرح ما نیست	153
A9. بازپرداخت هزینه دارو به شما	153
B. فهرست دارویی طرح ما	154
B1. داروها در فهرست دارویی ما	154
B2. نحوه یافتن دارو در فهرست داروهای ما.	154
B3. داروهایی که در فهرست دارویی ما نیستند.	155
B4. ردیف های اشتراک هزینه فهرست دارو.	156

C. محدودیت‌های برخی داروها	156
D. دلایلی که ممکن است داروی شما تحت پوشش قرار نگیرد	158
D1. دریافت یک منبع موقت	158
D2. درخواست عرضه موقت	159
D3. درخواست برای استثنا	160
E. تغییر پوشش داروهای شما	160
F. پوشش دارو در موارد خاص	162
F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاری ماهر برای اقامتی که طرح ما آن را پوشش می دهد	162
F2. در یک مرکز مراقبت های طولانی مدت	162
F3. در یک برنامه آسایشگاهی دارای مجوز Medicare	163
G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارو و مدیریت داروها	163
G1. برنامه هایی برای کمک به استفاده ایمن از داروها	163
G2. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت داروهایتان	163
G3. برنامه مدیریت دارو (DMP) برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروهای مخدر	164

A. دریافت داروهای تجویزی شما

A1. دریافت داروهای تجویزی شما در یک داروخانه شبکه

در بیشتر موارد، ما هزینه نسخه را تنها زمانی پرداخت می کنیم که در هر یک از داروخانه های شبکه ما دریافت شده باشد. یک داروخانه شبکه یک داروخانه است که می پذیرد داروهای تجویزی را به اعضای طرح ما ارائه کند. شما می توانید از هر یک از داروخانه های شبکه ما استفاده کنید. (برای اطلاعات در مورد زمان پوشش داروهای تجویزی دریافت شده در داروخانه های خارج از شبکه، به بخش A8 مراجعه کنید.)

برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه، به فهرست ارائه دهنده و داروخانه مراجعه کنید، از وبسایت ما دیدن کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت شناسایی عضو در هنگام دریافت داروهای تجویزی

برای دریافت داروهای تجویزی، کارت شناسایی عضویت خود را در داروخانه شبکه خود نشان دهید. داروخانه شبکه صورتحساب سهم ما از هزینه داروی تحت پوشش شما را برای ما ارسال می کند. ممکن است لازم باشد هنگام دریافت داروهای تجویزی، سهم هزینه ای را به داروخانه بپردازید.

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

اگر هنگام دریافت داروهای تجویزی خود کارت شناسایی عضو یا BIC خود را همراه ندارید، از داروخانه بخواهید که با ما تماس بگیرد تا اطلاعات لازم را دریافت کنید، یا می توانید از داروخانه بخواهید اطلاعات ثبت نام در طرح شما را جستجو کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل نسخه را هنگام دریافت آن بپردازید. سپس می توانید از ما بخواهید که سهم خود را به شما بازپرداخت کنیم. اگر نمی توانید هزینه دارو را پرداخت کنید، فوراً با خدمات مشتریان تماس بگیرید. ما هر کاری که بتوانیم برای کمک انجام می دهیم.

- برای درخواست از ما برای بازپرداخت شما، به فصل 7 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

- اگر برای دریافت یک داروی تجویزی به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دهید چه کاری باید انجام دهید

اگر داروخانه خود را عوض کردید و نیاز به دریافت مجدد داروی تجویزی داشتید، می توانید درخواست کنید که یک نسخه جدید توسط یک ارائه دهنده نوشته شود یا در صورت امکان تمدید دریافت دارو با نسخه قبلی، از داروخانه خود بخواهید که نسخه را به داروخانه جدید منتقل کند.

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

A4. اگر داروخانه شما از شبکه خارج شود چه کاری باید انجام دهید

اگر داروخانه‌ای که استفاده می‌کنید از شبکه طرح ما خارج شود، باید داروخانه‌ای جدید پیدا کنید. برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه جدید، به فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه مراجعه کنید، از وبسایت ما دیدن کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A5. استفاده از داروخانه تخصصی

گاهی اوقات لازم است که داروهای تجویزی را از یک داروخانه تخصصی دریافت کرد. داروخانه‌های تخصصی شامل موارد زیر هستند:

- داروخانه‌هایی که داروهای خدمات تزریقات درمانی خانگی را عرضه می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که برای ساکنین یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت، مانند یک مرکز پرستاری، دارو عرضه می‌کنند.
 - معمولاً مراکز مراقبت طولانی‌مدت دارای داروخانه‌های مخصوص به خود هستند. اگر ساکن یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت هستید، ما اطمینان حاصل می‌کنیم که می‌توانید داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه آن مرکز تهیه کنید.
 - اگر داروخانه مرکز مراقبت طولانی‌مدت شما در شبکه ما نیست یا برای دریافت داروهای خود در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت مشکل دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- داروخانه‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی سرخپوستان آمریکا (Indian Health Care Provider, IHCP). اعضای سرخپوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا تا زمانی که یک داروخانه تحت قرارداد داشته باشند، به داروخانه‌های یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی سرخپوستان (IHCP) دسترسی دارند. اگر سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا نیستید، اگر به کلینیک منصوب شده باشید یا برای مواقع اضطراری، ممکن است همچنان از یک داروخانه در IHCP خدمات دریافت کنید.
- داروخانه‌هایی که داروهای محدود شده توسط FDA را در مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا داروهایی که نیاز به مدیریت ویژه، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد نحوه استفاده از آنها دارند. (توجه: این اتفاق به ندرت رخ می‌دهد.)
- برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی، به فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه مراجعه کنید، از وبسایت ما دیدن کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای تهیه داروهایتان

برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از سرویس‌های خرید پستی شبکه طرح ما استفاده کنید. به طور کلی، داروهایی که از طریق سفارش پستی در دسترس هستند، داروهایی هستند که شما به طور منظم برای یک بیماری مزمن یا طولانی مدت مصرف می‌کنید.

خدمات سفارش پستی طرح ما به شما امکان می‌دهد تا یک منبع 100 روزه دارو را سفارش دهید. یک منبع 100 روزه، سهم هزینه‌ای مشابه با یک منبع یک ماهه دارو دارد.

دریافت داروهای تجویزی از طریق پست

برای دریافت فرم‌های سفارش و اطلاعات مربوط به پر کردن نسخه‌های خود از طریق پست، لطفاً با خدمات مشتریان با شماره **1-877-412-2743 (TTY 711)** در 24 ساعت شبانه روز 7 روز هفته تماس بگیرید.

معمولاً داروهای تجویزی سفارش پستی در عرض 7 تا 10 روز به دست شما می‌رسد. با این حال، گاهی اوقات ممکن است سفارش پستی شما به تأخیر بیفتد. اگر تحویل به تأخیر افتاد، می‌توانید برای دریافت نسخه اضطراری با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود تماس بگیرید و آن را به هر داروخانه‌ای در نزدیکی خود ببرید. کارکنان داروخانه ممکن است با MedImpact (شرکتی که CalOptima Health OneCare Complete با آن کار می‌کند) با شماره 1-800-788-2949 تماس بگیرند تا به دلیل تأخیر در فرآیند سفارش پستی، لغو اضطراری را دریافت کنند.

فرآیندهای سفارش پستی

خدمات پستی برای نسخه‌های جدیدی که از شما دریافت می‌کند، نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از دفتر ارائه‌دهنده شما دریافت می‌کند و سفارش پستی برای دریافت مجدد داروها، رویه‌های متفاوتی دارد.

1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می‌کند

داروخانه به‌طور خودکار نسخه‌های جدیدی را که از شما دریافت می‌کند آماده می‌کند و تحویل می‌دهد.

2. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از دفتر ارائه‌دهنده شما دریافت می‌کند

پس از اینکه داروخانه نسخه‌ای را از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی دریافت کرد، با شما تماس می‌گیرد تا بفهمد که آیا می‌خواهید دارو را فوراً دریافت کنید یا بعداً.

- این به شما فرصتی می‌دهد تا مطمئن شوید داروخانه داروی صحیح (شامل قدرت، مقدار و مدل) را تحویل می‌دهد و در صورت نیاز، به شما امکان می‌دهد قبل از صدور صورت‌حساب و ارسال آن، سفارش را متوقف کنید یا آن را به تأخیر بیندازید.

- هر بار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد، پاسخ دهید تا به آنها اطلاع دهید که با نسخه جدید چه باید بکنند و از هرگونه تأخیر در ارسال جلوگیری کنید.

3. دریافت مجدد داروها از طریق سفارش پستی

برای دریافت مجدد داروها، 21 روز قبل از اتمام نسخه فعلی با داروخانه تماس بگیرید تا مطمئن شوید سفارش بعدی به موقع برای شما ارسال می‌شود.

بهترین راه‌های تماس با شما را به آنها اطلاع دهید تا بتوانند قبل از ارسال، برای تأیید سفارش شما با شما تماس بگیرند. برای ارائه روش‌های ترجیحی ارتباط با شما، با خدمات مشتریان با شماره **1-877-412-2743 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

A7. دسترسی به ذخیره طولانی مدت دارو

می‌توانید در فهرست دارویی طرح ما، یک منبع طولانی‌مدت از داروهای نگهدارنده دریافت کنید. داروهای نگهدارنده داروهایی هستند که شما به طور منظم برای یک بیماری مزمن یا طولانی مدت مصرف می‌کنید.

برخی از داروخانه‌های شبکه به شما امکان می‌دهند که داروهای نگهدارنده را برای مدت طولانی دریافت کنید. یک منبع 100 روزه دارو، سهم هزینه مشابه با یک منبع یک ماهه دارو دارد. فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها به شما می‌گوید که کدام داروخانه‌ها می‌توانند داروهای نگهدارنده را برای مدت طولانی به شما ارائه دهند. همچنین می‌توانید برای اطلاعات بیشتر با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما برای دریافت منبع طولانی‌مدت داروهای نگهدارنده استفاده کنید. برای کسب اطلاعات در مورد خدمات سفارش پستی به بخش A6 مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه ای که در شبکه طرح ما نیست

به طور کلی، ما تنها زمانی هزینه داروهایی که در یک داروخانه خارج از شبکه پرداخت می‌کنیم که شما نتوانید از داروخانه شبکه استفاده کنید. ما داروخانه‌های شبکه‌ای خارج از منطقه خدماتی خود داریم که می‌توانید به عنوان عضوی از طرح ما، نسخه‌های دارویی خود را از آنجا تهیه کنید. در این موارد، ابتدا با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا متوجه شوید که آیا یک داروخانه شبکه در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

ما برای نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه پرداخت می‌کنیم:

- شما نمی‌توانید یک داروی تحت پوشش را به موقع در منطقه خدمات ما تهیه کنید زیرا یک داروخانه شبکه در دسترس نیست یا فعال نیست. (به عنوان مثال، یک داروخانه شبکه ای که خدمات 24 ساعته ارائه می‌کند، در فاصله رانندگی معقولی در دسترس نیست.)
- شما نیاز به دریافت یک داروی تجویزی داروی تحت پوشش دارید که به طور منظم در یک داروخانه شبکه قابل دسترس ارائه نمی‌شود. (به عنوان مثال، یک داروی تخصصی.)
- شما در خارج از منطقه خدمات (در داخل ایالات متحده) سفر می‌کنید و داروهای خود را تمام می‌کنید، اگر داروهای خود را گم کنید، یا اگر بیمار شوید و نتوانید به یک داروخانه شبکه دسترسی پیدا کنید.
- داروی تجویزی برای فوریت‌های پزشکی یا مراقبت‌های فوری است، زمانی که داروخانه‌های شبکه در دسترس نیستند.
- شما در طول یک وضعیت بحرانی اعلام شده توسط دولت فدرال یا وضعیت اضطراری بهداشت عمومی که در آن شما را اجباراً از محل زندگی خود خارج کرده‌اند یا از خانه خود آواره شده‌اید و نمی‌توانید به داروخانه شبکه دسترسی داشته باشید، نسخه ای را پر می‌کنید.

A9. بازپرداخت هزینه دارو به شما

اگر مجبور به استفاده از داروخانه خارج از شبکه هستید، معمولاً باید هنگام دریافت نسخه، به جای پرداخت سهم هزینه شخصی، کل هزینه را پرداخت کنید. شما می‌توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. ممکن است از شما خواسته شود که مابه‌التفاوت بین هزینه‌ای که برای دارو در داروخانه خارج از شبکه پرداخت می‌کنید و هزینه‌ای که ما در داروخانه داخل شبکه پوشش می‌دهیم را پرداخت کنید.

اگر کل هزینه نسخه خود را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشد، پرداخت کنید، ممکن است پس از پرداخت هزینه نسخه توسط Medi-Cal Rx، داروخانه بتواند هزینه را به شما بازپرداخت کند. از طرف دیگر، می‌توانید از Medi-Cal Rx بخواهید با ارسال ادعای «بازپرداخت هزینه‌های Medi-Cal از جیب (Conlan)» به شما بازپرداخت کند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وبسایت Medi-Cal Rx پیدا کنید: www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

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

B. فهرست دارویی طرح ما

ما فهرستی از داروهای تحت پوشش را داریم. ما آن را به اختصار «فهرست داروها» می نامیم.

با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان، داروهای موجود در فهرست دارویی را انتخاب می کنیم. فهرست داروها همچنین قوانینی را که باید برای دریافت داروهای خود رعایت کنید، به شما می گوید.

ما معمولاً دارویی را که در فهرست داروهای طرح ما وجود دارد، در صورتی که از قوانینی که در این فصل توضیح می دهیم پیروی کنید، پوشش می دهیم.

B1. داروها در فهرست دارویی ما

فهرست دارویی ما شامل داروهایی است که تحت پوشش Medicare بخش D قرار دارند.

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

فهرست داروهای ما شامل داروهای با نام برند تجاری، داروهای ژنریک و محصولات بیولوژیکی (که ممکن است شامل داروهای بیوسیمیلارها نیز باشند) می شود.

داروی با نام برند تجاری دارویی است که تحت نام تجاری متعلق به سازنده دارو فروخته می شود. محصولات بیولوژیکی داروهایی هستند که پیچیده تر از داروهای معمولی هستند. در فهرست دارویی ما، وقتی به «داروها» اشاره می کنیم، ممکن است به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای ژنریک همان مواد فعالی را دارند که داروهای نام تجاری دارند. فرآورده های بیولوژیکی جایگزین هایی به نام بیوسیمیلار دارند. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای نام تجاری یا محصولات بیولوژیکی اصلی کار می کنند و معمولاً هزینه کمتری دارند. جایگزین های دارویی عمومی برای بسیاری از داروهای نام تجاری و جایگزین های مشابه بیوسنیک برای برخی از محصولات بیولوژیکی اصلی وجود دارد. برخی از بیوسیمیلارها بیوسیمیلارهای قابل تعویض هستند و بسته به قوانین ایالتی، ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می توانند جایگزین داروهای نام تجاری شوند. برای تعاریف انواع داروهایی که ممکن است در فهرست داروها باشند به فصل 12 مراجعه کنید.

B2. نحوه یافتن دارو در فهرست داروهای ما

برای اطلاع از اینکه آیا دارویی که مصرف می کنید در فهرست داروهای ما وجود دارد یا خیر، می توانید:

- به وب سایت طرح ما به آدرس www.caloptima.org/OneCare مراجعه کنید. فهرست داروهای موجود در وب سایت ما همیشه جدیدترین فهرست است.
- برای فهمیدن این موضوع که آیا دارویی در فهرست دارویی ما وجود دارد یا برای درخواست یک نسخه از این فهرست با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

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



- داروهایی که تحت پوشش قسمت D نیستند، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx در ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) مراجعه کنید.
- از «ابزار مزایای بی درنگ» ما در <https://www.medimpact.com/> برای جستجوی داروهای موجود در فهرست دارو استفاده کنید تا تخمینی از هزینه‌ای که می‌پردازید و اینکه آیا داروهای جایگزینی در فهرست دارویی وجود دارد که می‌توانند همان بیماری را درمان کنند، دریافت کنید. شما همچنین می‌توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

B3. داروهایی که در فهرست دارویی ما نیستند

ما همه داروها را تحت پوشش قرار نمی‌دهیم.

- برخی از داروها در فهرست دارویی ما نیستند، زیرا قانون به ما اجازه نمی‌دهد آن داروها را پوشش دهیم.
- در موارد دیگر، تصمیم گرفتیم دارویی را در فهرست دارویی خود وارد نکنیم.
- در برخی موارد، ممکن است بتوانید دارویی را دریافت کنید که در فهرست دارویی ما نیست. برای اطلاعات بیشتر به فصل 9 مراجعه کنید.

طرح ما برای انواع داروهایی که در این بخش توضیح داده شده است، هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. این داروها، داروهای مستثنی شده نامیده می‌شوند. اگر نسخه‌ای برای یک داروی مستثنی دریافت می‌کنید، ممکن است لازم باشد خودتان هزینه آن را بپردازید. اگر فکر می‌کنید که ما باید هزینه یک داروی مستثنی را به دلیل مورد خاص شما پرداخت کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست‌های تجدیدنظر، به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

1. پوشش داروی سرپایی طرح ما (که شامل Medicare بخش D می‌شود) نمی‌تواند برای دارویی که Medicare بخش A یا Medicare بخش B از قبل پوشش داده است، پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B را به صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها بخشی از مزایای داروهای سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
 2. طرح ما نمی‌تواند دارویی را که در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن خریداری شده است، پوشش دهد.
 3. استفاده از دارو باید توسط FDA تایید شده باشد یا توسط مراجع پزشکی خاص به عنوان درمان بیماری شما پشتیبانی شود. پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان این عارضه تایید نشده باشد. به این "استفاده خارج از برچسب" می‌گویند. طرح ما معمولاً داروهایی را که برای استفاده خارج از برچسب تجویز می‌شوند، پوشش نمی‌دهد.
- همچنین، طبق قانون، Medicare یا Medi-Cal نمی‌تواند انواع داروهای فهرست شده در زیر را پوشش دهند.
- داروهای محرک باروری
 - داروهایی که برای تسکین علائم سرفه یا سرماخوردگی استفاده می‌شوند*
 - داروهای مورد استفاده برای مصارف آرایشی و یا محرک رشد مو
 - ویتامین‌ها و فرآورده‌های معدنی تجویزی، به استثنای ویتامین‌های دوران بارداری و آماده‌سازی‌های فلوراید*

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- داروهای مورد استفاده برای درمان ناتوانی جنسی
- داروهایی که برای درمان بی اشتهایی، کاهش وزن یا افزایش وزن استفاده می شود*
- داروهای سرپایی ساخته شده توسط شرکتی که می گوید باید آزمایشها یا خدمات را فقط توسط آنها انجام دهید

*برخی محصولات انتخابی ممکن است تحت پوشش Medi-Cal قرار گیرند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر از وب سایت Medi-Cal Rx در (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) دیدن کنید.

B4. ردیف های اشتراک هزینه فهرست دارو

هر دارویی در یکی از دو ردیف فهرست دارویی ما قرار دارد. ردیف گروهی از داروها از نوع عموماً یکسان (مثلاً نام تجاری، داروهای ژنریک یا داروهای OTC) است. به طور کلی، هرچه سطح اشتراک هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای دارو نیز بالاتر خواهد بود.

داروهای ردیف 1 داروهای ژنریک هستند. سهم هزینه شما \$0 است.

داروهای ردیف 2 داروهایی با نام برند تجاری هستند. سهم هزینه شما از \$0 تا \$12.65 بسته به درآمد شما است.

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

فصل 6 این کتابچه راهنمای اعضا مبلغی را که برای داروها در هر ردیف پرداخت می کنید، بیان می کند.

C. محدودیت های برخی داروها

قوانین ویژه ای برای برخی داروها، نحوه و زمان پوشش آنها توسط طرح ما را محدود می کند. به طور کلی، قوانین ما شما را تشویق می کنند که دارویی را دریافت کنید که برای شرایط پزشکی شما مؤثر است و ایمن و مفید است. وقتی یک داروی ایمن و کم هزینه تر به خوبی یک داروی گران قیمت عمل کند، انتظار داریم ارائه دهنده خدمات درمانی شما داروی کم هزینه تر را تجویز کند.

توجه داشته باشید که گاهی اوقات یک دارو ممکن است بیش از یک بار در فهرست دارویی ما ظاهر شود. این به این دلیل است که داروهای مشابه ممکن است بر اساس قدرت، مقدار یا مدل داروی تجویز شده توسط ارائه دهنده شما متفاوت باشد، و محدودیت های متفاوتی ممکن است برای مدل های مختلف دارو اعمال شود (به عنوان مثال، 10 میلی گرم در مقابل 100 میلی گرم؛ یک در روز در مقابل دو در روز؛ قرص در مقابل مایع).

اگر قانون خاصی برای داروی شما وجود دارد، معمولاً به این معنی است که شما یا ارائه دهنده شما باید اقدامات بیشتری را برای پوشش دارو انجام دهید. به عنوان مثال، ممکن است ارائه دهنده شما مجبور باشد ابتدا تشخیص بیماری شما را به ما اطلاع دهد یا نتایج آزمایش های خون را ارائه دهد. اگر شما یا ارائه دهنده تان فکر می کنید که قانون ما نباید در مورد وضعیت شما اعمال شود، از ما بخواهید که از فرآیند تصمیم گیری پوشش استفاده کنیم تا استثنا قائل شویم. ما ممکن است موافقت کنیم یا نکنیم که به شما اجازه دهیم بدون انجام مراحل اضافی از دارو استفاده کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثنا، به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

1. محدود کردن استفاده از یک دارو با نام تجاری یا محصولات بیولوژیکی اصلی، زمانی که به ترتیب، نسخه بیوسیمار عمومی یا قابل تعویض موجود باشد

به طور کلی، یک داروی ژنریک یا بیوسیمیلار قابل تعویض مانند یک داروی نام تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی عمل می کند و معمولاً هزینه کمتری دارد. در بیشتر موارد، اگر یک نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل تعویض از یک داروی با نام برند تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی موجود باشد، داروخانه های شبکه ما نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل تعویض را به شما ارائه می دهند.

- زمانی که یک داروی ژنریک موجود باشد، معمولاً برای داروی با نام تجاری دارو یا محصول بیولوژیکی اصلی هزینه ای پرداخت نمی کنیم.
- با این حال، اگر ارائه دهنده خدمات درمانی شما به دلایل پزشکی به ما اطلاع داده باشد که داروی ژنریک، بیوسیمیلار قابل تعویض یا سایر داروهای تحت پوشش که همان بیماری را درمان می کنند، برای شما مؤثر نیستند، ما داروی برند را پوشش می دهیم.
- پرداخت سهم هزینه شما ممکن است برای داروی با نام برند تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی بیشتر از داروی ژنریک یا بیوسیمیلار قابل تعویض باشد.

2. دریافت تایید طرح از قبل

برای برخی از داروها، شما یا تجویزکننده شما باید قبل از اینکه داروی تجویزی خود را دریافت کنید، تأییدیه طرح م را دریافت کنید. این مجوز قبلی نامیده می شود. این مجوز برای اطمینان از ایمنی دارو و کمک به راهنمایی در مورد استفاده مناسب از داروهای خاص وضع شده است. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است ما دارو را پوشش ندهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مجوز قبلی، به وبسایت ما به آدرس www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان با شماره تلفن درج شده در پایین صفحه تماس بگیرید.

3. ابتدا داروی دیگری را امتحان کنید

به طور کلی، ما از شما می خواهیم قبل از پوشش داروهایی که هزینه بیشتری دارند، داروهای ارزان تری را امتحان کنید که به همان اندازه مؤثر هستند. برای مثال، اگر داروی A و داروی B شرایط پزشکی یکسانی را درمان می کنند، و داروی A هزینه کمتری نسبت به داروی B دارد، ممکن است از شما بخواهیم که ابتدا داروی A را امتحان کنید. اگر داروی A برای شما مؤثر نباشد، هزینه داروی B را پوشش می دهیم. به این روش، درمان مرحله ای می گویند. برای اطلاعات بیشتر در مورد مرحله درمانی، به وبسایت ما به آدرس www.caloptima.org/en/healthinsurance-plans/onecare/pharmacy مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان با شماره تلفن درج شده در پایین صفحه تماس بگیرید.

4. محدودیت های مقدار

برای برخی از داروها، ما مقدار دارویی را که می توانید مصرف کنید، محدود می کنیم. این محدودیت مقدار نامیده می شود. به عنوان مثال، اگر معمولاً مصرف تنها یک قرص در روز برای یک داروی خاص بی خطر تلقی می شود، ممکن است هر بار که داروی تجویزی خود را دریافت می کنید، مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید را محدود کنیم.

برای اطلاع از اینکه آیا هر یک از قوانین فوق در مورد دارویی که مصرف می‌کنید یا می‌خواهید مصرف کنید، اعمال می‌شود یا خیر، فهرست داروهای ما را بررسی کنید. برای به روزترین اطلاعات، با خدمات مشتری تماس بگیرید یا وبسایت ما را به نشانی www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy بررسی کنید. اگر بر اساس هر یک از دلایل بالا با تصمیم پوشش ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر دهید. لطفاً به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

ما سعی می‌کنیم پوشش دارویی شما را به خوبی برای شما انجام دهیم، اما گاهی اوقات ممکن است دارویی به روشی که شما دوست دارید پوشش داده نشود. به عنوان مثال:

- طرح ما دارویی که می‌خواهید مصرف کنید را پوشش نمی‌دهد. ممکن است این دارو در فهرست داروهای ما نباشد. ما ممکن است نسخه ژنریک دارو را پوشش دهیم، اما نسخه نام تجاری را که می‌خواهید مصرف کنید، پوشش نمی‌دهیم. یک دارو ممکن است جدید باشد و ما هنوز آن را از نظر ایمنی و اثربخشی بررسی نکرده ایم.
- طرح ما این دارو را پوشش می‌دهد، اما قوانین یا محدودیت‌های خاصی در مورد پوشش آن وجود دارد. همانطور که در بخش بالا توضیح داده شد، برخی از داروهایی که طرح ما آنها را پوشش می‌دهد قوانینی دارند که استفاده از آنها را محدود می‌کند. در برخی موارد، شما یا پزشک تجویزکننده شما ممکن است بخواهید از ما درخواست استثنا کنید.

اگر دارویی را آنطور که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، کارهایی هست که می‌توانید انجام دهید.

D1. دریافت یک منبع موقت

در برخی موارد، زمانی که دارویی در فهرست داروهای ما نیست یا به نحوی محدود شده است، می‌توانیم به شما یک منبع موقت از دارو بدهیم. این به شما فرصت می‌دهد تا با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود در مورد دریافت داروی متفاوت صحبت کنید یا از ما بخواهید که هزینه دارو را پوشش دهیم.

برای دریافت یک منبع موقت دارویی، باید دو قانون زیر را رعایت کنید:

1. دارویی که مصرف کرده اید:

- دیگر در فهرست داروهای ما نیست یا
- هرگز در فهرست داروهای ما نبوده یا
- در حال حاضر به نوعی محدود شده است.

2. شما باید در یکی از این شرایط باشید:

- شما سال گذشته عضو طرح ما بودید.
- ما یک منبع موقت از داروی شما را در طول 90 روز اول سال تقویمی پوشش می‌دهیم.
- این عرضه موقت حداکثر تا 30 روز است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می‌دهیم چندین بار دارو را تجدید کنیم تا حداکثر 30 روز دارو را تأمین کنیم. شما باید نسخه را در یک داروخانه شبکه پر کنید.
- داروخانه‌های مراقبت طولانی‌مدت ممکن است داروی شما را در مقادیر کم در یک زمان ارائه دهند تا از هدر رفتن آن جلوگیری شود.
- شما به تازگی عضو طرح ما شده اید.
 - ما یک منبع موقت از داروی شما را در طول 90 روز اول عضویت شما در طرح ما پوشش می‌دهیم.
 - این عرضه موقت حداکثر تا 30 روز می‌باشد.
 - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می‌دهیم چندین بار دارو را تجدید کنیم تا حداکثر 30 روز دارو را تأمین کنیم. شما باید نسخه را در یک داروخانه شبکه پر کنید.
 - داروخانه‌های مراقبت طولانی‌مدت ممکن است داروی شما را در مقادیر کم در یک زمان ارائه دهند تا از هدر رفتن آن جلوگیری شود.
- شما بیش از 90 روز عضو طرح ما بوده اید، در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید و فوراً به یک منبع از دارو نیاز دارید.
 - ما یک منبع 31 روزه را پوشش می‌دهیم، یا اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، کمتر است. این علاوه بر عرضه موقت در بالا است.
- شما در حال حرکت از یک موسسه درمانی به محل دیگر هستید (به این تغییر سطح مراقبت گفته می‌شود).
 - نمونه‌هایی از تغییر سطح مراقبت عبارتند از: ورود به یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت از یک بیمارستان مراقبت‌های حاد؛ مرخص شدن از بیمارستان به خانه؛ پایان دادن به اقامت پرستاری تخصصی بخش A با بازگشت به پوشش بخش D؛ انصراف از وضعیت آسایشگاه برای بازگشت به مزایای استاندارد قسمت A و قسمت B. پایان دادن به اقامت طولانی مدت در مرکز مراقبت و بازگشت به جامعه؛ و ترخیص از یک بیمارستان روانپزشکی.
 - اگر سطح مراقبتی را تغییر دهید، ما یک منبع موقت از داروی شما را پوشش خواهیم داد. این عرضه موقت حداکثر تا 30 روز خواهد بود. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می‌دهیم که چندین بار دارو را تمدید کنیم تا حداکثر 30 روز دارو را تأمین کنیم. نسخه باید در یک داروخانه شبکه پر شود.

D2. درخواست عرضه موقت

- برای درخواست عرضه موقت دارو، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- هنگامی که یک منبع موقت دارویی دریافت می‌کنید، در اسرع وقت با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید که وقتی ذخیره شما تمام شد، چه کاری انجام دهید. در اینجا انتخاب‌های شما وجود دارد:
- به داروی دیگری تغییر دهید.

طرح ما ممکن است داروی دیگری را پوشش دهد که برای شما مفید است. با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا لیستی از داروهایی را که تحت پوشش ما قرار می‌دهند و همان وضعیت پزشکی را درمان می‌کنند، بپرسید. این لیست می‌تواند به ارائه دهنده شما کمک کند تا دارویی تحت پوشش را پیدا کند که ممکن است برای شما مفید باشد.

یا

- درخواست استثنا کنید.

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

D3. درخواست برای استثنا

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

E. تغییر پوشش داروهای شما

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

- تصمیم بگیریم که برای یک دارو نیاز به تأیید قبلی (PA) داشته باشیم یا نداشته باشیم (اجازه از ما قبل از اینکه بتوانید دارو را دریافت کنید).
 - مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید اضافه کنید یا تغییر دهید (محدودیت‌های مقدار).
 - محدودیت‌های مرحله درمانی را روی یک دارو اضافه یا تغییر دهید (قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم باید یک دارو را امتحان کنید).
 - یک محصول بیولوژیکی اصلی را با یک نسخه بایوسیمیلار قابل تعویض از محصول بیولوژیکی جایگزین کنید.
- قبل از اینکه فهرست دارویی طرح خود را تغییر دهیم، باید الزامات Medicare را دنبال کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی، به بخش C مراجعه کنید.
- اگر دارویی مصرف می‌کنید که ما در ابتدای سال تحت پوشش آن قرار داده‌ایم، معمولاً پوشش آن دارو را در بقیه سال حذف نمی‌کنیم یا تغییر نمی‌دهیم، مگر اینکه:
- داروی جدید و ارزان‌تری به بازار می‌آید که به خوبی دارویی که اکنون در فهرست دارویی ما وجود دارد کار می‌کند، یا
 - مطلع شویم که یک دارو بی‌خطر نیست، یا
 - یک دارو از بازار خارج می‌شود.

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

برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه اتفاقی می افتد در صورت تغییر فهرست داروهای ما، همیشه می توانید:

- فهرست دارویی فعلی ما را به صورت آنلاین در <https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy> یا بررسی کنید

- با شماره پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا فهرست دارویی کنونی ما را بررسی کنید.

تغییراتی که ممکن است در فهرست دارو ایجاد کنیم که بر شما در طول سال برنامه جاری تأثیر بگذارد

برخی از تغییرات در فهرست داروها بلافاصله انجام می شود. مثلاً:

- یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می گیرد. گاهی اوقات، یک داروی ژنریک جدید یا بیوسیمیلار به بازار می آید که هم اکنون به عنوان داروی نام تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی موجود در فهرست داروها، کار می کند. زمانی که این اتفاق بیفتد، ممکن است داروی نام برند تجاری را حذف کنیم و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید ثابت باقی می ماند یا کمتر خواهد بود. هنگامی که داروی ژنریک جدید را اضافه می کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی نام برند تجاری را در لیست نگه داریم، اما قوانین پوشش یا محدودیت های آن را تغییر دهیم.
- ممکن است قبل از انجام این تغییر به شما اطلاع ندهیم، اما به محض اینکه تغییری ایجاد کرد، اطلاعاتی را در مورد تغییر خاصی که انجام داده ایم برای شما ارسال می کنیم.
- شما یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما می توانید درخواست «استثنا» از این تغییرات را داشته باشید. ما اطلاعیه ای حاوی مراحل که برای درخواست استثنا باید طی کنید، برای شما ارسال خواهیم کرد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثنایها، به فصل 9 این کتابچه راهنما مراجعه کنید.

حذف داروهای نایمن و سایر داروهایی که از بازار خارج می شوند. گاهی اوقات ممکن است یک دارو به دلیل دیگری ناامن تشخیص داده شود یا از بازار خارج شود. اگر این اتفاق بیفتد، ممکن است بلافاصله آن را از فهرست دارویی خود حذف کنیم. اگر در حال مصرف آن دارو هستید، پس از اعمال تغییر، اطلاعیه ای برای شما ارسال خواهیم کرد. شما می توانید با پزشک خود یا سایر تجویز کننده ها همکاری کنید تا داروی دیگری را پیدا کنید که ما برای شرایط شما پوشش می دهیم. می توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا فهرستی از داروهای تحت پوشش را که همان وضعیت پزشکی را درمان می کنند، ببینید.

ما ممکن است تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر داروهایی که مصرف می کنید تأثیر بگذارد. ما از قبل درباره این تغییرات دیگر در فهرست داروهای خود به شما اطلاع می دهیم. این تغییرات ممکن است رخ دهد اگر:

- راهنمایی های جدیدی ارائه می دهد یا دستورالعمل های بالینی جدیدی در مورد یک دارو وجود دارد.

وقتی این تغییرات اتفاق می افتد، ما:

- حداقل 30 روز قبل از ایجاد تغییر در فهرست داروها به شما اطلاع دهیم یا
- به شما اطلاع داده و پس از درخواست مجدد دارو، یک منبع 30 روزه از دارو را در اختیارتان قرار می دهیم.

این به شما زمان می دهد تا با پزشک خود یا سایر تجویز کنندگان صحبت کنید. آنها می توانند به شما در تصمیم گیری در زمینه های زیر کمک کنند:

- اگر داروی مشابهی در فهرست دارویی ما وجود دارد، می توانید به جای آن مصرف کنید
- اگر برای ادامه پوشش دارو یا نسخه دارویی که مصرف می کردید، از این تغییرات استثنا بخواهید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست استثنا، به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

تغییراتی در فهرست داروها که در طول این سال طرح بر شما تأثیری نمی گذارد

ممکن است تغییراتی را در داروهایی که مصرف می کنید اعمال کنیم که در با/ توضیح داده نشده است و اکنون بر شما تأثیر نمی گذارد. برای چنین تغییراتی، اگر دارویی مصرف می کنید که ما در ابتدای سال تحت پوشش آن قرار دادیم، ما معمولاً پوشش آن دارو را در بقیه سال حذف نمی کنیم یا تغییر نمی دهیم. برای مثال، اگر دارویی را که مصرف می کنید حذف کنیم یا استفاده از آن را محدود کنیم، این تغییر روی استفاده شما از دارو یا هزینه ای که برای دارو برای بقیه سال پرداخت می کنید، تأثیری نخواهد داشت. اگر هر یک از این تغییرات برای دارویی که مصرف می کنید اتفاق بیفتد (به استثنای تغییرات ذکر شده در بخش با/)، این تغییر تا اول ژانویه سال آینده روی مصرف شما تأثیری نخواهد گذاشت. ما در طول سال جاری مستقیماً در مورد این نوع تغییرات به شما اطلاع خواهیم داد. شما باید فهرست داروها را برای سال طرح بیمه بعدی (زمانی که لیست در طول دوره ثبت نام آزاد در دسترس است) بررسی کنید تا ببینید آیا تغییراتی وجود دارد که در طول سال طرح بیمه بعدی بر شما تأثیر بگذارد یا خیر.

F. پوشش دارو در موارد خاص

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

اگر برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می دهد در بیمارستان یا مرکز پرستاری ماهر بستری شده اید، ما معمولاً هزینه داروهای شما را در طول اقامت شما پوشش می دهیم. شما مبلغی را به عنوان هزینه پرداخت نخواهید کرد. هنگامی که شما بیمارستان یا مرکز پرستاری ماهر را ترک کردید، تا زمانی که داروها همه قوانین پوشش ما را رعایت کنند، 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 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

F2. در یک مرکز مراقبت های طولانی مدت

معمولاً یک مرکز مراقبت طولانی مدت، مانند یک مرکز پرستاری، داروخانه مخصوص به خود یا داروخانه ای دارد که برای همه ساکنانش دارو تهیه می کند. اگر در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می کنید، در صورتی که داروخانه آن مرکز بخشی از شبکه ما باشد، می توانید داروهای خود را از طریق داروخانه آن مرکز تهیه کنید.

برای اطلاع از اینکه آیا داروخانه مرکز مراقبت طولانی مدت شما بخشی از شبکه ما است یا خیر، فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های خود را بررسی کنید. اگر اینطور نیست یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

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



F3. در یک برنامه آسایشگاهی دارای مجوز Medicare

داروها هرگز همزمان توسط هر دو، یعنی هم توسط آسایشگاه برای بیماران در مرحله پایانی زندگی و هم توسط طرح پوشش داده نمی‌شوند.

- شما ممکن است در یک آسایشگاه Medicare ثبت نام کرده باشید و به داروهای خاصی نیاز داشته باشید (مانند داروهای ضد تهوع، ملین یا داروهای ضد اضطراب) که آسایشگاه شما تحت پوشش قرار نداده است، زیرا مستقیماً به بیماری‌های شما مربوط نیست. در آن صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویز کننده یا ارائه‌دهنده آسایشگاه شما اطلاعات مبنی بر نامرتب بودن دارو دریافت کند.
- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت هرگونه داروی نامرتب که طرح ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاهی یا تجویزکننده خود بخواهید که قبل از درخواست از داروخانه برای تهیه داروی تجویزی شما، از ما اطلاعاتی مبنی بر نامرتب بودن دارو دریافت کنند.

اگر آسایشگاه را ترک کنید، طرح ما همه داروهای شما را پوشش می‌دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در خدمات داروخانه هنگام پایان مزایای آسایشگاه Medicare، مدارک لازم را به داروخانه ببرید تا تأیید شود که آسایشگاه را ترک کرده‌اید.

به بخش‌های قبلی این فصل که در مورد داروهای تحت پوشش طرح ما توضیح می‌دهد، مراجعه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای آسایشگاه، به فصل 4 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارو و مدیریت داروها

G1. برنامه‌هایی برای کمک به استفاده ایمن از داروها

هر بار که یک داروی تجویزی را دریافت می‌کنید، ما به دنبال مشکلات احتمالی مانند خطاهای دارویی یا داروهای هستیم که:

- ممکن است نیازی به آنها نداشته باشید زیرا شما داروی مشابه دیگری مصرف می‌کنید که همان کار را انجام می‌دهد
 - ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشد
 - اگر همزمان آنها را مصرف کنید ممکن است به شما آسیب برساند
 - موادی دارید که به آنها حساسیت دارید یا ممکن است به آنها حساسیت داشته باشید
 - ممکن است در مقدار (دوز) اشتباه شده باشد
 - مقادیر نامطمئنی از داروهای ضد درد مخدر داشته باشید
- اگر مشکل احتمالی در استفاده شما از داروها پیدا کنیم، با ارائه‌دهنده شما برای اصلاح مشکل همکاری می‌کنیم.

G2. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت داروهایتان

طرح ما برنامه‌ای برای کمک به اعضای با نیازهای پیچیده بهداشتی دارد. در چنین مواردی، شما ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات، بدون هزینه، از طریق برنامه مدیریت دارودرمانی

(medication therapy management, MTM) باشید. این برنامه به صورت داوطلبانه و رایگان است. این برنامه به شما و ارائه‌دهنده خدمات شما کمک می‌کند تا مطمئن شوید که داروهای شما برای بهبود سلامت شما مؤثر هستند. 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 سود را ببرید
- هر گونه نگرانی مانند هزینه دارو و واکنش‌های دارویی
- بهترین روش برای مصرف داروهای خود
- هر گونه سوال یا مشکلی که در مورد داروهای تجویزی و بدون نسخه خود دارید

سپس، آنها به شما موارد زیر را ارائه می‌دهند:

- خلاصه مکتوب این جلسه این خلاصه شامل یک برنامه اقدام دارویی است که توصیه می‌کند برای بهترین استفاده از داروهای خود چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- یک لیست دارویی شخصی که شامل تمام داروهایی است که مصرف می‌کنید، میزان مصرف و زمان و دلیل مصرف آنها است.
- اطلاعات مربوط به دفع ایمن داروهای تجویزی که مواد کنترل شده هستند.

ایده خوبی است که با تجویز کننده خود در مورد برنامه اقدام و لیست دارویی خود صحبت کنید.

- برنامه اقدام و لیست دارویی خود را در ویزیت خود یا هر زمان که با پزشکان، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی صحبت می‌کنید، همراه داشته باشید.
- اگر به بیمارستان یا اورژانس می‌روید، فهرست داروهای خود را همراه داشته باشید.

برنامه‌های MTM برای اعضای واجد شرایط داوطلبانه و رایگان است. اگر ما برنامه‌ای داریم که متناسب با نیاز شما باشد، شما را در برنامه ثبت نام کرده و اطلاعات را برای شما ارسال می‌کنیم. اگر نمی‌خواهید در برنامه حضور داشته باشید، به ما اطلاع دهید و ما شما را از آن خارج خواهیم کرد. اگر در مورد این برنامه‌ها سوالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

G3. برنامه مدیریت دارو (DMP) برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروهای مخدر

ما برنامه‌ای داریم که کمک می‌کند مطمئن شویم که اعضا به‌طور ایمن از مخدرهای تجویزی و سایر داروهایی که اغلب مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند استفاده می‌کنند. این برنامه برنامه مدیریت دارو (Drug Management Program, DMP) نامیده می‌شود.

اگر از داروهای مخدر استفاده می‌کنید که از چندین نسخه یا داروخانه دریافت می‌کنید یا اگر اخیراً مصرف بیش از حد مواد مخدر افیونی داشته‌اید، ممکن است با تجویز کنندگان شما صحبت کنیم تا مطمئن شویم که استفاده شما از داروهای مخدر مناسب و از نظر پزشکی ضروری است. با همکاری تجویز کنندگان شما، اگر تصمیم بگیریم که استفاده شما از داروهای مخدر تجویزی یا بنزودیازپین ممکن است ایمن نباشد، ممکن است نحوه دریافت آن داروها را برای شما محدود کنیم. اگر شما را در DMP خود قرار دهیم، محدودیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشند:

- از شما می‌خواهد تمام نسخه‌های آن داروها را از یک داروخانه خاص دریافت کنید.

- از شما می‌خواهد تمام نسخه‌های خود را برای داروهای مخدر یا بنزودیازپین از یک تجویزکننده خاص دریافت کنید.

- محدود کردن مقدار داروهای مخدر یا بنزودیازپینی که برای شما پوشش می‌دهیم

اگر قصد داریم نحوه دریافت این داروها را محدود کنیم یا اینکه چه مقدار می‌توانید دریافت کنید، از قبل برای شما نامه ای ارسال خواهیم کرد. در این نامه به شما اطلاع داده می‌شود که آیا پوشش این داروها را برای شما محدود خواهیم کرد یا اینکه آیا شما ملزم به دریافت نسخه‌های این داروها فقط از یک ارائه‌دهنده یا داروخانه خاص هستید.

شما این فرصت را خواهید داشت که به ما بگویید از کدام تجویزکننده‌ها یا داروخانه‌ها ترجیح می‌دهید استفاده کنید و هرگونه اطلاعاتی را که فکر می‌کنید برای ما مهم است، به ما بگویید. پس از اینکه فرصت پاسخ دادن را داشتید، اگر تصمیم بگیریم پوشش شما را برای این داروها محدود کنیم، نامه دیگری برای شما ارسال خواهیم کرد که محدودیت‌ها را تأیید می‌کند.

اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، با تصمیم ما یا محدودیت اعمال شده مخالف هستید، شما و پزشک تجویزکننده می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. در صورت درخواست تجدیدنظر، ما پرونده شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم جدیدی به شما می‌دهیم. اگر همچنان هر بخشی از درخواست تجدیدنظر شما مربوط به محدودیت‌هایی که در دسترسی شما به داروها اعمال می‌شود را رد کنیم، پرونده شما را به طور خودکار به یک سازمان بررسی مستقل (Independent Review Organization IRO) ارسال خواهیم کرد. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظر و IRO، به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.)

DMP ممکن است برای شما اعمال نشود اگر:

- شرایط پزشکی خاصی مانند سرطان یا بیماری سلول داسی شکل،
- در حال دریافت خدمات آسایشگاهی، تسکینی، یا مراقبت‌های پایان عمر هستید، یا
- در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنند.

فصل 6: مبلغی که برای داروهای Medicare و Medi-Cal خود پرداخت می کنید

مقدمه

این فصل توضیح می دهد که برای داروهای سرپایی خود چه مبلغی پرداخت می کنید. منظور ما از "داروها" این است:

- داروهای تجویزی Medicare بخش D، و
- داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx، و
- داروها و اقلام تحت پوشش طرح ما به عنوان مزایای تکمیلی.

از آنجا که واجد شرایط دریافت Medi-Cal هستید، از Medicare کمک اضافی برای پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D خود دریافت خواهید کرد. ما یک ضمیمه جداگانه با عنوان «ضمیمه شواهد پوشش برای افرادی که کمک اضافی برای پرداخت هزینه های داروهای تجویزی دریافت می کنند» (که با نام های «ضمیمه یارانه افراد کم درآمد» (Low Income Subsidy Rider) یا «LIS Rider» نیز شناخته می شود) را پیوست کرده ایم که اطلاعاتی در مورد پوشش دارویی شما ارائه می دهد. اگر این پیوست را دریافت نکرده اید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید و «LIS Rider» را درخواست کنید.

کمک اضافی (Extra Help) یک برنامه Medicare است که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می کند تا هزینه های دارویی Medicare بخش D، مانند حق بیمه، هزینه کسری بیمه و سهم هزینه را کاهش دهند. کمک اضافی همچنین «یارانه کم درآمد» یا «LIS» نامیده می شود

سایر اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبا در آخرین فصل این کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروها می توانید از این مراجع استفاده کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش ما.
 - ما این فهرست را "فهرست دارویی" می خوانیم. این فهرست به شما موارد زیر را نشان می دهد:
 - هزینه کدام داروها را پرداخت می کنیم
 - هر دارو در کدام یک از دو سطح قرار می گیرد
 - اگر محدودیتی در مورد داروها وجود دارد
 - اگر به یک نسخه از فهرست داروهای ما نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. همچنین می توانید جدیدترین نسخه از فهرست دارویی ما را در وبسایت ما به آدرس زیر پیدا کنید www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy
 - بیشتر داروهایی که از داروخانه تهیه می کنید تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx در (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات

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



مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی عضویت (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.

- به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
 - نحوه دریافت داروهای سرپایی شما از طریق طرح ما را توضیح می دهد.
 - این شامل قوانینی است که شما باید از آنها پیروی کنید. همچنین نشان می دهد که کدام نوع داروها تحت پوشش طرح بیمه شما نیستند.
 - وقتی از «ابزار مزایای آبی» طرح برای جستجوی پوشش دارویی استفاده می کنید (به فصل 5، بخش B2 مراجعه کنید)، هزینه نشان داده شده، تخمینی از هزینه های شخصی است که انتظار می رود پرداخت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با بخش خدمات مشتریان نیز تماس بگیرید.
- فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های ما.
 - در بیشتر موارد، برای تهیه داروهای تحت پوشش خود باید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید. داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند که موافقت می کنند با ما همکاری کنند.
 - فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها، داروخانه های شبکه ما را فهرست می کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه های شبکه، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

فهرست مطالب

169	A. شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOB)
170	B. روش پیگیری هزینه‌های دارویی شما
171	C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D
172	D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه
172	D1. داروخانه‌های انتخابی شما
172	D2. تهیه یک منبع بلند مدت دارو
172	D3. آنچه شما پرداخت می کنید
173	D4. پایان مرحله پوشش اولیه
174	E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی
174	F. هزینه داروی شما در صورتیکه پزشک میزان داروی لازم برای کمتر از یک ماه را تجویز کند
175	G. مبلغی که برای واکسیناسیون بخش D پرداخت می کنید
175	G1. آنچه باید قبل از دریافت واکسنها بدانید
175	G2. مبلغی که برای واکسن تحت پوشش Medicare بخش D پرداخت می کنید

A. شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOB)

طرح ما هزینه‌های دارویی شما و پرداخت‌هایی را که هنگام دریافت نسخه از داروخانه انجام می‌دهید، پیگیری می‌کند. ما دو نوع هزینه را پیگیری می‌کنیم:

- **هزینه‌هایی که شخصاً پرداخت می‌کنید.** این مبلغی است که شما یا دیگران از طرف شما برای داروهایتان پرداخت می‌کنند. این شامل مبلغی می‌شود که شما هنگام دریافت داروی تحت پوشش بخش D پرداخت کرده‌اید، هرگونه پرداختی برای داروهای شما که توسط خانواده یا دوستان انجام شده است، هرگونه پرداختی که برای داروهای شما توسط کمک اضافی (Extra Help) از Medicare، طرح‌های درمانی کارفرما یا اتحادیه، خدمات درمانی سرخپوستان (Indian Health Service)، برنامه‌های کمک دارویی ایدز، خیریه‌ها و اکثر برنامه‌های کمک دارویی ایالتی (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs) انجام شده است.
 - **کل هزینه دارویی شما.** این مجموع تمام پرداخت‌های انجام شده برای داروهای تحت پوشش بخش D شما است. این شامل مبلغی است که طرح ما پرداخت کرده است، و آنچه برنامه‌ها یا سازمان‌های دیگری برای داروهای تحت پوشش بخش D شما پرداخت کرده‌اند.
- وقتی از طریق طرح ما دارو دریافت می‌کنید، خلاصه‌ای از آن را با عنوان شرح مزایا (EOB) برای شما ارسال می‌کنیم. ما آن را به اختصار EOB می‌نامیم. این EOB یک صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی که مصرف می‌کنید، مانند افزایش قیمت و سایر داروهایی که ممکن است با هزینه کمتری در دسترس باشند، دارد. می‌توانید در مورد این گزینه‌های کم‌هزینه‌تر با پزشک خود صحبت کنید. EOB شامل موارد زیر است:
- **اطلاعات مربوط به ماه.** این خلاصه نشان می‌دهد که چه داروهایی را در ماه گذشته دریافت کرده‌اید. این نشان می‌دهد که کل هزینه‌های دارو، هزینه‌ای که ما پرداخت کرده‌ایم و هزینه‌ای که شما و دیگران برای شما پرداخت کرده‌اید، چقدر است.
 - **جمع کل سال از اول ژانویه.** این نشان دهنده کل هزینه‌های دارو و کل پرداخت‌های شما برای داروهایتان از ابتدای سال است.
 - **اطلاعات قیمت داروها.** این قیمت کل دارو و تغییرات قیمت دارو از زمان اولین دریافت آن داروی تجویزی برای همان مقدار دارو است.
 - **جایگزین‌های کم‌هزینه‌تر.** در صورت لزوم، اطلاعات مربوط به سایر داروهای موجود با سهم هزینه کمتر برای هر داروی تجویزی.
- ما داروهایی را که تحت پوشش Medicare نیستند، پوشش می‌دهیم.
- پرداخت‌های انجام شده برای این داروها جزو مجموع هزینه‌هایی که شخصاً پرداخته‌اید محسوب نخواهد شد.
 - اکثر داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید، تحت پوشش این طرح قرار می‌گیرند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین‌ها، 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 مشتریان Medi-Cal با شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی عضویت (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.
 - برای اطلاع از داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد، به فهرست داروها مراجعه کنید.

B. روش پیگیری هزینه‌های دارویی شما

برای پیگیری هزینه‌های دارویی و پرداخت هائی که انجام می دهید، از سوابق دریافت شده از طرف شما و داروخانه شما استفاده می کنیم. شما به این روشها می توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید.

کارت شناسایی عضویت خود را هر بار که داروهای تجویزی را دریافت می کنید نشان دهید. این کار به ما کمک خواهد کرد تا از داروهای تجویزی که تهیه می کنید و مبلغی که پرداخت می کنید آگاه شویم.

2. مطمئن شوید که اطلاعات مورد نیاز را در اختیار ما قرار دهید.

شما می توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه داروهای شما را بازپرداخت کنیم رسیده‌ها، مدارک پرداخت را دریافت کنید و درخواست بازپرداخت را به همراه تمام مدارک پشتیبان به CalOptima Health OneCare Complete ارسال کنید. در اینجا نمونه‌هایی از مواردی که باید کپی رسیدهای خود را به ما بدهید، آورده شده است:

- هنگامی که یک داروی تحت پوشش را در یک داروخانه شبکه با قیمت ویژه خریداری می کنید یا از کارت تخفیف که بخشی از مزایای طرح شما نیست استفاده می کنید.
 - وقتی برای داروهایی که تحت برنامه کمک به بیمار یک شرکت داروسازی دریافت می کنید، سهم هزینه پرداخت می کنید
 - هرگاه داروهای تحت پوشش را از داروخانه های خارج از شبکه خریداری می کنید
 - وقتی تحت شرایط خاص، قیمت کامل داروی تحت پوشش را پرداخت می کنید
- برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست بازپرداخت سهم ما از هزینه دارو، به فصل 7 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

3. اطلاعات مربوط به پرداختهایی که دیگران برای شما انجام داده اند را برای ما ارسال کنید.

پرداخت های انجام شده توسط برخی از افراد و سازمان های دیگر نیز جزو هزینه های شخصی شما محسوب می شوند. برای مثال، پرداخت های انجام شده توسط برنامه کمک دارویی ایالتی، برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)، خدمات درمانی سرخپوستان و اکثر خیریه ها جزو هزینه های شخصی شما محسوب می شوند. این امر می تواند به شما کمک کند تا واجد شرایط پوشش بحرانی شوید. وقتی به مرحله پوشش بحرانی برسید، طرح ما تمام هزینه های داروهای Medicare بخش D شما را برای بقیه سال پرداخت می کند.

4. EOB هایی که برای شما ارسال می کنیم را بررسی کنید.

وقتی EOB را از طریق پست دریافت می کنید، مطمئن شوید که کامل و صحیح است.

- آیا نام همه داروخانه ها را تشخیص می دهید؟ تاریخ ها را بررسی کنید. آیا در آن روز داروی خود را دریافت کرده بودید؟
- آیا داروهای فهرست شده را دریافت کردید؟ آیا آنها با مواردی که در رسیدهای شما ذکر شده مطابقت دارند؟ آیا داروها با آنچه پزشک تجویز کرده است مطابقت دارند؟

اگر در این خلاصه مزایا اشتباهاتی پیدا کردید، چه باید کرد؟

اگر موردی در این EOB برای شما گیج کننده است یا درست به نظر نمی رسد، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete تماس بگیرید. همچنین می توانید پاسخ بسیاری از سوالات خود را در وبسایت ما بیابید: www.caloptima.org/OneCare

در مورد کلاهبرداری احتمالی چه کاری باید انجام دهید؟

اگر این خلاصه مزایا داروهایی را که مصرف نمی کنید یا هر مورد مشکوک دیگری را نشان می دهد، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با ما در خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete تماس بگیرید.
- یا با Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. شما می توانید با این شماره ها به صورت رایگان تماس بگیرید.
- اگر مشکوک هستید که ارائه دهنده ای که از Medi-Cal استفاده می کند، مرتکب کلاهبرداری، اتلاف یا سوءاستفاده شده است، حق دارید با شماره تلفن رایگان و محرمانه 1-800-822-6222 آن را گزارش دهید. سایر روش های گزارش کلاهبرداری در Medi-Cal را می توانید در این آدرس بیابید: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

اگر اشتباهی در گزارش یافتید یا تصور می کنید ناقص است، یا در صورت داشتن هرگونه سوال با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می توانید پاسخ بسیاری از سوالات خود را در وبسایت ما بیابید: www.caloptima.org/OneCare. این EOB ها را نگه دارید. آنها مدارک مهمی هستند که سوابق مخارج دارویی شما را نشان می دهند.

C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D

دو مرحله پرداخت برای پوشش دارویی Medicare بخش D شما تحت طرح ما وجود دارد. مبلغی که برای هر نسخه پرداخت می کنید بستگی به این دارد که در چه مرحله ای از دریافت یا تمدید نسخه هستید. این دو مرحله عبارتند از:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی
در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می کنیم و شما سهم خودتان را می پردازید. سهم شما سهم هزینه بیمه خوانده می شود. شما این مرحله را در هنگام تهیه اولین نسخه خود در سال شروع می کنید.	در این مرحله، ما تمام هزینه های داروهای شما را تا 31 دسامبر 2026 پرداخت می کنیم. شما این مرحله را در هنگامی شروع می کنید که مبلغ مشخصی از هزینه ها را شخصاً پرداخت کرده باشید.

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



D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در مرحله پوشش اولیه، ما سهمی از هزینه داروهای نسخه ای تحت پوشش شما را پرداخت می کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت خواهید کرد. سهم شما سهم هزینه بیمه خوانده می شود. سهم هزینه بیمه بستگی به موقعیت دارو در ردیف های اشتراک هزینه و محلی که آنرا دریافت می کنید دارد.

ردیف های اشتراک هزینه، شامل گروه هایی از داروها با سهم بیمه شده یکسان می باشند. هر دارویی که در فهرست دارویی طرح ما قرار دارد، در یکی از دو ردیف تقسیم هزینه قرار دارد. به طور کلی، هر چه شماره ردیف بالاتر باشد، سهم بیمه شده بیشتر است. برای پیدا کردن ردیف های اشتراک هزینه برای داروهای خود، به فهرست داروها مراجعه کنید.

- داروهای ردیف 1، داروهای ژنریک هستند. سهم هزینه شما \$0 است.
- داروهای ردیف 2، داروهای برند تجاری هستند. بسته به درآمد شما، سهم هزینه شما از \$0 تا \$12.65 متغیر است.

D1. داروخانه های انتخابی شما

مبلغی که برای یک دارو پرداخت می کنید بستگی به این خواهد داشت که دارو را از کجا تهیه می کنید:

- یک داروخانه عضو شبکه، یا
- یک داروخانه خارج از شبکه. در موارد خاصی، ما هزینه داروهای نسخه ای تهیه شده از داروخانه های خارج از شبکه را پرداخت خواهیم کرد. برای اطلاع از اینکه چه زمانی این کار را انجام می دهیم، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- داروخانه سفارش پستی طرح ما.

برای کسب اطلاعات درباره گزینه های موجود، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا و به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ما مراجعه کنید.

D2. تهیه یک منبع بلند مدت دارو

برای برخی از داروها، هنگام دریافت داروی خود، می توانید یک منبع طولانی مدت (که به آن "عرضه طولانی مدت" نیز گفته می شود) دریافت کنید. یک منبع بلند مدت دارو برای حداکثر 100 روز است. این منبع برای شما همان هزینه منبع یک ماهه را دارد.

برای جزئیات بیشتر در مورد محل و نحوه تهیه داروی مورد نیاز برای مدت طولانی، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا یا فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های طرح ما مراجعه کنید.

D3. آنچه شما پرداخت می کنید

در طول مرحله پوشش اولیه، ممکن است هر بار که داروهای تجویزی را دریافت می کنید، مبلغی را به عنوان سهم هزینه پرداخت کنید. اگر هزینه داروی تحت پوشش شما کمتر از سهم هزینه باشد، شما قیمت پایین تر را پرداخت می کنید. برای اطلاع از میزان سهم هزینه شما برای هر داروی تحت پوشش، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

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

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 6: مبلغی که برای داروهای Medicare و Medi-Cal خود پرداخت می کنید

شما از هزینه زمانی که یک منبع یک ماهه یا بلندمدت از یک داروی تحت پوشش را از مراکز زیر دریافت می کنید:

یک داروخانه عضو شبکه	داروخانه سفارش پستی طرح ما	یک داروخانه مراقبت‌های بلند مدت عضو شبکه	یک داروخانه خارج از شبکه	
منبع یک ماهه یا حداکثر 30 روزه	منبع سه ماهه یا حداکثر 100 روزه	منبع برای حداکثر 31 روز	منبع برای حداکثر 30 روز. پوشش هزینه محدود به موارد خاص میباشد. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.	
\$0	\$0	\$0	\$0	تقسیم هزینه: ردیف 1 (داروی ژنریک)
بسته به سطح «کمک اضافی» که دریافت می کنید، \$0، \$4.90 یا \$12.65.	بسته به سطح «کمک اضافی» که دریافت می کنید، \$0، \$4.90 یا \$12.65.	بسته به سطح «کمک اضافی» که دریافت می کنید، \$0، \$4.90 یا \$12.65.	بسته به سطح «کمک اضافی» که دریافت می کنید، \$0، \$4.90 یا \$12.65.	تقسیم هزینه: ردیف 2 (داروهای برند تجاری)

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه کدام داروخانه‌ها می‌توانند منبع بلندمدت داروها را در اختیار شما قرار دهند، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید.

D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله پوشش اولیه هنگامی خاتمه پیدا می کند که کل هزینه های پرداخت شده توسط شما به \$2,100 برسد. در آن هنگام، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می شود. ما همه هزینه های دارویی شما را از آن هنگام تا آخر سال پوشش می دهیم.

ما داروهای دیگری را ارائه می دهیم که معمولاً در برنامه داروی Medicare پوشش داده نمی شوند. پرداخت های انجام شده برای این داروها جزو مجموع هزینه هائی که شخصاً پرداخته اید محسوب نخواهد شد.

گزارشات شرح مزایا (EOB) به شما کمک می کند تا میزان هزینه داروهای خود را در طول سال پیگیری کنید. وقتی که هزینه های نقدی شما به سقف \$2,100 برسد، به شما اطلاع می دهیم. بسیاری از افراد در طول سال به این سقف نمی رسند.

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



E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی

زمانی به سقف سهم هزینه پرداختی داروهای خود به مبلغ \$2,100 رسیدید، مرحله پوشش بحرانی آغاز می شود. شما تا پایان سال تقویمی در مرحله پوشش بحرانی باقی خواهید ماند. در این مرحله، شما هیچ هزینه ای برای داروهای تحت پوشش بخش D خود پرداخت نمی کنید. برای داروهای مستثنی شده تحت مزایای افزایش یافته ما، شما \$0 پرداخت می کنید.

F. هزینه داروی شما در صورتیکه پزشک میزان داروی لازم برای کمتر از یک ماه را تجویز کند

- معمولاً، شما سهم هزینه بیمه را برای پوشش ذخیره یک ماه کامل از داروی تحت پوشش پرداخت می کنید. با این حال، امکان دارد پزشک شما میزان داروی مورد نیاز برای کمتر از یک ماه را تجویز نماید.
- مواردی پیش می آید که از پزشک خود می خواهید میزان کمتر از یک ماه استفاده از یک دارو را تجویز نماید (مثلاً وقتی برای اولین بار دارویی را امتحان می کنید).
 - اگر پزشک شما موافقت کند لازم نخواهد بود هزینه منبع لازم برای یک ماه کامل برخی داروها پرداخت کنید.
- اگر دارویی برای کمتر از یک ماه برای شما تجویز شود، مبلغی که پرداخت می کنید بر اساس تعداد روزهایی است که دارو را دریافت می کنید. ما مبلغی را که شما روزانه برای داروی خود پرداخت می کنید ("نرخ سهم هزینه روزانه") محاسبه کرده و آن را در تعداد روزهایی که دارو دریافت می کنید ضرب می کنیم.
- به یک مثال توجه کنید: فرض کنید سهم هزینه بیمه برای داروی شما برای یک ماه کامل (یک دوره 30 روزه) \$1.35 باشد. این یعنی مبلغی که برای داروی خود پرداخت می کنید کمتر از \$0.05 در روز است. اگر یک منبع داروی 7 روزه دریافت کنید، مبلغ پرداختی شما کمتر از \$0.05 در روز ضرب در 7 روز است، که کل مبلغ پرداختی کمتر از \$0.35 خواهد بود.
 - تقسیم هزینه روزانه به شما این امکان را می دهد که قبل از پرداخت هزینه کل ماه، مطمئن شوید که دارو برای شما مؤثر است.
 - همچنین می توانید از ارائه دهنده خدمات درمانی خود بخواهید که برای کمک به شما در موارد زیر، برای کمتر از یک ماه کامل دارو تجویز کند:
 - برنامه ریزی بهتر برای تجدید نسخه های شما،
 - تا زمان تمدید داروها را با سایر داروهایی که مصرف می کنید هماهنگ کنید، و
 - مراجعات کمتر به داروخانه.

G. مبلغی که برای واکسیناسیون بخش D پرداخت می کنید

پیام مهم در مورد هزینه ای که برای واکسن پرداخت می کنید: برخی از واکسن ها جزو مزایای پزشکی محسوب می شوند و تحت پوشش Medicare بخش B قرار دارند. برخی دیگر از واکسن ها، داروهای Medicare بخش D محسوب می شوند. شما می توانید این واکسن ها را در فهرست دارویی ما پیدا کنید. طرح ما اکثر واکسن های Medicare بخش D را بدون هیچ هزینه ای برای شما پوشش می دهد. برای جزئیات پوشش و تقسیم هزینه در مورد واکسن های خاص، به فهرست داروهای طرح خود مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

واکسن های Medicare بخش D را در دو بخش تحت پوشش می دهیم:

1. بخش اول پوشش هزینه خود واکسن می باشد.
2. بخش دوم پوشش هزینه تزریق واکسن به شما است. برای مثال، گاهی اوقات ممکن است واکسن را به صورت تزریقی که توسط پزشک به شما داده می شود، دریافت کنید.

G1. آنچه باید قبل از دریافت واکسنها بدانید

هرگاه تصمیم به دریافت واکسن داشتید توصیه می شود ابتدا با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- ما می توانیم در مورد نحوه پوشش واکسن شما توسط طرح درمانی مان به شما اطلاعات بدهیم و سهم شما از هزینه را برایتان توضیح دهیم.
- ما می توانیم به شما بگوییم که چگونه هزینه های خود را با استفاده از داروخانه ها و ارائه کنندگان شبکه پایین نگه دارید. داروخانه ها و ارائه دهندگان خدمات درمانی شبکه موافقت خود را با همکاری با طرح ما اعلام می کنند. یک ارائه دهنده خدمات درمانی در شبکه با ما همکاری می کند تا اطمینان حاصل شود که شما هیچ هزینه اولیه ای برای واکسن Medicare بخش D نداشته باشید.

G2. مبلغی که برای واکسن تحت پوشش Medicare بخش D پرداخت می کنید

مبلغی که برای واکسیناسیون پرداخت می کنید بستگی به نوع واکسن (آنچه برای آن واکسینه می شوید) دارد.

- بعضی واکسن ها جزو مزایای درمانی هستند و دارو محسوب نمی شوند. این واکسن ها به طور رایگان تحت پوشش می باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش این واکسن ها، به جدول مزایا در فصل 4 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- سایر واکسن ها، داروهای Medicare بخش D محسوب می گردند. شما می توانید این واکسن ها را در فهرست دارویی ما پیدا کنید. ممکن است لازم باشد که سهم بیمه شده را برای واکسن های Medicare بخش D پرداخت کنید. اگر واکسن توسط سازمانی به نام کمیته مشورتی اقدامات ایمن سازی (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) برای بزرگسالان توصیه شده باشد، واکسن هیچ هزینه ای برای شما نخواهد داشت.

سه روش معمول برای دریافت یک واکسن Medicare بخش D وجود دارد:

1. شما واکسن Medicare بخش D و تزریق خود را در یک داروخانه شبکه دریافت می کنید.
- برای اکثر واکسن های بخش D بزرگسالان، هیچ هزینه ای پرداخت نخواهید کرد.
- برای سایر واکسن های بخش D، شما سهم هزینه بیمه را پرداخت می کنید.

2. واکسن Medicare بخش D را در مطب پزشک خود دریافت و پزشک آنرا به شما تزریق می کنید.

- شما یک سهم هزینه بیمه برای واکسن را به پزشک پرداخت خواهید کرد.
- طرح ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت خواهد کرد.
- در این شرایط، مطب پزشک باید با طرح ما تماس بگیرد تا مطمئن شویم که مطلع هستند که شما فقط باید سهم هزینه بیمه را برای واکسن پرداخت کنید.

3. شما خود واکسن Medicare بخش D را در داروخانه دریافت کرده و آنرا برای تزریق به مطب پزشکتان می برید.

- برای اکثر واکسن‌های بخش D بزرگسالان، هیچ هزینه‌ای پرداخت نخواهید کرد.
- برای سایر واکسن‌های بخش D، شما سهم هزینه بیمه را پرداخت می کنید.
- طرح ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت خواهد کرد.

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما.....	178
B. ارسال درخواست پرداخت برای ما	182
C. تصمیمات مربوط به پوشش.....	182
D. درخواست تجدیدنظر.....	183

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

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

ارائه دهندگان تحت قرارداد شبکه ما باید پس از دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش شما، صورتحساب آنها را برای طرح ارسال کنند. یک ارائه کننده عضو شبکه ارائه کننده ای است که با برنامه خدمات بهداشتی و درمانی همکاری دارد. ما به ارائه دهندگان CalOptima Health OneCare Complete اجازه نمی‌دهیم که برای این خدمات یا داروها برای شما صورتحساب ارسال کنند. ما مستقیماً هزینه ها را به ارائه دهندگان خدمات خود پول پرداخت می‌کنیم و از شما در برابر مسئولیت در زمینه هرگونه هزینه‌ای محافظت می‌کنیم.

اگر صورتحسابی برای کل هزینه مراقبت‌های بهداشتی یا داروها دریافت کردید، آن را پرداخت نکنید و صورتحساب را برای ما ارسال کنید. برای اطلاعات در زمینه ارسال صورت حساب به بخش B مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها را پوشش دهیم، مستقیماً به ارائه دهنده خدمات پرداخت خواهیم کرد.
- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم و شما برای آن خدمات بیش از سهم خود از هزینه پرداخت کرده‌اید، حق دارید که مبلغ پرداختی را پس بگیرید.
 - اگر برای خدمات تحت پوشش Medicare هزینه ای پرداخت کرده اید، ما آن را به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت کرده‌اید، در صورت داشتن تمام شرایط زیر، ممکن است واجد شرایط دریافت بازپرداخت (پس گرفتن هزینه) باشید:
 - خدماتی که شما دریافت کرده‌اید، تحت پوشش Medi-Cal است و ما مسئول پرداخت هزینه آن هستیم. ما هزینه خدماتی که تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete نباشد را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.
 - شما پس از اینکه به عضویت CalOptima Health OneCare Complete درآمدید، خدمات تحت پوشش را دریافت نموده اید.
 - شما ظرف یک سال از تاریخ دریافت خدمات تحت پوشش، درخواست می‌کنید که مبلغ پرداختی شما بازپرداخت شود.
 - شما مدارکی ارائه می‌دهید که نشان می‌دهد هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید، مانند رسید دقیق از ارائه دهنده.
 - شما خدمات تحت پوشش را از یک ارائه دهنده ثبت نام شده در Medi-Cal در شبکه CalOptima Health OneCare Complete دریافت کرده‌اید. اگر مراقبت‌های اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده یا خدمات دیگری را دریافت کرده‌اید که Medi-Cal به ارائه دهندگان خارج از شبکه اجازه می‌دهد بدون مجوز قبلی (پیش تاییدیه) آن را انجام دهند، نیازی به رعایت این شرایط ندارید.
- اگر آن خدمات تحت پوشش معمولاً نیاز به مجوز قبلی (پیش تاییدیه) دارد، باید مدرکی از ارائه دهنده ارائه دهید که نیاز پزشکی به خدمات تحت پوشش را نشان دهد.
- CalOptima Health OneCare Complete در نامه‌ای به نام «اطلاعیه اقدام» (Notice of Action) به شما اطلاع خواهد داد که آیا هزینه را به شما بازپرداخت خواهند کرد یا خیر. اگر همه شرایط فوق را دارید، ارائه دهنده ثبت نام شده در Medi-Cal باید کل مبلغی که پرداخت کرده اید را به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه دهنده از بازپرداخت وجه به شما خودداری کند، CalOptima Health

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته 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 سهم خود از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

OneCare Complete کل مبلغ پرداختی شما را بازپرداخت خواهد کرد. ما ظرف 45 روز کاری پس از دریافت درخواست، هزینه را به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر ارائه‌دهنده در Medi-Cal ثبت‌نام کرده باشد، اما عضو شبکه ما نباشد و از بازپرداخت هزینه به شما خودداری کند، CalOptima Health OneCare Complete مبلغ را به شما بازپرداخت خواهد کرد، اما فقط تا سقف مبلغی که FFS Medi-Cal پرداخت می‌کند. CalOptima Health OneCare Complete کل مبلغ پرداختی توسط شما برای خدمات اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده یا سایر خدماتی که Medi-Cal اجازه ارائه آنها را توسط ارائه‌دهندگان خارج از شبکه بدون پیش تأییدیه می‌دهد، به شما بازپرداخت خواهد کرد. اگر یکی از شرایط فوق را نداشته باشید، ما هزینه را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.

- ما هزینه را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد اگر:
 - شما خدماتی را درخواست و دریافت کرده‌اید که تحت پوشش Medi-Cal نیستند، مانند خدمات زیبایی.
 - دریافت خدماتی که تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete نیستند.
 - شما به پزشکی مراجعه کردید که با Medi-Cal همکاری نمی‌کند و فرمی را امضا کردید که در آن نوشته شده بود به هر حال می‌خواهید ویزیت شوید و هزینه خدمات را خودتان پرداخت می‌کنید.
- اگر خدمات یا داروهایی را پوشش ندهیم، به شما اطلاع خواهیم داد.

در صورت داشتن هرگونه سوال با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر نمی‌دانید باید چه هزینه‌هایی را پرداخت می‌کردید، یا اگر صورتحسابی دریافت کرده‌اید و نمی‌دانید در مورد آن چه کاری انجام دهید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. اگر می‌خواهید اطلاعاتی را در مورد درخواست برای پرداخت مبلغی که قبل برای ما ارسال کرده‌اید در اختیار ما قرار دهید نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید.

در اینجا چند مورد ذکر می‌شود که ممکن است لازم باشد از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم یا صورتحسابی را که دریافت کرده‌اید پرداخت کنیم:

1. هنگامیکه مراقبت اضطراری یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد را از سوی ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید

از ارائه‌دهنده بخواهید که صورتحساب را برای ما ارسال کند.

- اگر هنگام دریافت مراقبت، کل مبلغ را پرداخت کردید، از ما درخواست کنید که سهم خود از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و مدرک هرگونه پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید.
- شما ممکن است از ارائه‌کننده صورتحسابی دریافت کنید که از شما می‌خواهد مبلغی را پرداخت کنید که فکر می‌کنید شما مسئول پرداخت آن نیستید. صورتحساب و مدرک هرگونه پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید.
- اگر باید هزینه‌ای به ارائه‌دهنده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر قبلاً بیش از سهم خود از هزینه خدمات Medicare را پرداخت کرده‌اید، ما مبلغ بدهی شما را محاسبه کرده و سهم خود از هزینه را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته 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 سهم خود از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

2. هنگامیکه ارائه دهنده عضو شبکه برای شما صورتحساب می‌فرستد

ارائه دهندگان خدمات شبکه باید همیشه صورتحسابها را برای ما بفرستند. مهم است که هنگام دریافت هرگونه خدمات یا دارو، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید؛ با این حال، گاهی اوقات ارائه دهندگان خدمات شبکه اشتباه می‌کنند و از شما می‌خواهند که هزینه خدمات خود یا بیش از سهم خود از هزینه‌ها را بپردازید. در صورت دریافت هرگونه صورتحساب، با شماره خدمات مشتریان در پایین این صفحه تماس بگیرید.

- به عنوان عضوی از طرح، شما فقط زمانی سهم هزینه خود را پرداخت می‌کنید که خدماتی که ما پوشش می‌دهیم دریافت می‌کنید. ما به ارائه‌دهندگان اجازه نمی‌دهیم که بیش از این مبلغ برای شما صورتحساب بفرستند. حتی در صورتی که مبلغ پرداختی ما به ارائه‌دهندگان، از مبلغی که ارائه دهنده برای آن خدمات مطالبه می‌کند کمتر باشد، این موضوع کماکان صادق خواهد بود. حتی اگر تصمیم بگیریم که برخی از هزینه‌ها را پرداخت نکنیم، شما هنوز مسئول پرداخت آنها نخواهید بود.
- هر زمان که از ارائه دهنده شبکه صورتحسابی دریافت کردید که فکر می‌کنید بیشتر از مبلغی است که باید بپردازید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه دهنده تماس گرفته و مشکل شما را حل می‌کنیم.
- اگر قبلاً مبلغ صورتحساب ارائه‌دهنده شبکه برای خدمات تحت پوشش Medicare را پرداخت کرده‌اید، اما احساس می‌کنید مبلغ زیادی پرداخت کرده‌اید، صورتحساب و مدرک پرداختی را که انجام داده‌اید برای ما ارسال کنید. ما تفاوت بین مبلغ پرداختی توسط شما و مبلغی که طبق طرح ما بدهکار بوده‌اید را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

3. اگر به صورت عطف به ماسبق در طرح ما ثبت‌نام کرده‌اید

- گاهی اوقات ثبت نام شما در طرح می‌تواند عطف به ماسبق شود. (این به این معنی است که اولین روز ثبت نام شما گذشته است. حتی ممکن است سال گذشته باشد.)
- اگر ثبت نام شما عطف به ماسبق شده باشد و صورتحسابی را پس از تاریخ ثبت نام پرداخت کرده باشید، می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم.
 - صورتحساب و مدرک هرگونه پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید.

4. هنگامیکه از داروخانه خارج از شبکه برای دریافت نسخه استفاده می‌کنید

- اگر از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، شما هزینه کامل نسخه خود را پرداخت خواهید کرد.
- ما تنها در چند مورد هزینه نسخه‌هایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت شده باشند را پوشش خواهیم داد. هنگامیکه از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
 - ممکن است مابه‌التفاوت بین مبلغی که برای دارو در داروخانه خارج از شبکه پرداخت کرده‌اید و مبلغی که در داروخانه داخل شبکه پرداخت می‌کنیم را به شما بازپرداخت نکنیم.

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

5. وقتی به دلیل همراه نداشتن کارت عضویت، کل هزینه داروهای Medicare بخش D را پرداخت می‌کنید

اگر کارت عضویت طرح را همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید که با ما تماس بگیرند یا اطلاعات عضویت در برنامه درمانی شما را جستجو کنند.

- اگر داروخانه نتواند فوراً اطلاعات را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل نسخه را خودتان پرداخت کنید یا با کارت عضویت خود به داروخانه برگردید.
- وقتی از ما درخواست می‌کنید که سهم هزینه خود را به شما بازپرداخت کنیم، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید.
- اگر هزینه ای که پرداخت کرده‌اید بیشتر از قیمت توافقی ما برای داروی تجویزی باشد، ممکن است کل هزینه پرداختی شما را پس ندهیم.

6. وقتی هزینه کامل داروی تجویزی Medicare بخش D را برای دارویی که تحت پوشش نیست پرداخت می‌کنید

ممکن است هزینه کامل داروی نسخه ای را پرداخت کنید زیرا دارو تحت پوشش بیمه نیست.

- ممکن است دارو در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی) وبسایت ما نباشد، یا ممکن است الزام یا محدودیتی داشته باشد که شما از آن اطلاعی ندارید یا فکر نمی‌کنید در مورد شما صدق کند. اگر تصمیم به تهیه آن دارو بگیرید، ممکن است لازم باشد کل هزینه را پرداخت کنید.
 - اگر هزینه دارویی را شخصاً پرداخت نمی‌کنید اما فکر می‌کنید که ما باید آن را پوشش دهیم، می‌توانید درخواست تصمیم پوشش برای آن دارو را بدهید (به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).
 - اگر شما و پزشک یا تجویزکننده دیگر دارو فکر می‌کنید که فوراً (ظرف 24 ساعت) به دارو نیاز دارید، می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش دارویی خود را ارائه دهید (به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).
 - وقتی از ما درخواست می‌کنید که هزینه را به شما بازپرداخت کنیم، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید. در برخی مواقع ممکن است به اطلاعات بیشتری از سوی پزشک شما یا تجویزکننده دارو نیاز داشته باشیم تا سهم خود از هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم. اگر هزینه ای که پرداخت کرده‌اید بیشتر از قیمت توافقی ما برای داروی تجویزی باشد، ممکن است کل هزینه پرداختی شما را پس ندهیم.
- هنگامیکه درخواست برای پرداخت را به ما ارسال می‌کنید، ما درخواست شما را بررسی کرده و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشند یا خیر. این موضوع "تصمیم پوشش" خوانده می‌شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشد، سهم خود از هزینه آن را پرداخت می‌کنیم.
- اگر درخواست را قبول نکنیم، شما می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

B. نحوه ارسال درخواست پرداخت به ما

صورتحساب و مدرک هرگونه پرداختی که برای خدمات Medicare انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید. مدرک مبلغ پرداخت شده می‌تواند رونوشت چکی باشد که نوشتید یا رسیدی که از ارائه‌کننده دریافت کردید. ایده خوبی است که از صورتحساب و رسیدهای خود یک کپی برای سوابق خود تهیه کنید. می‌توانید از هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود کمک بخواهید.

برای اطوینان از اینکه اطلاعات کافی برای اخذ تصمیم برای ما ارسال نموده‌اید، می‌توانید برای درخواست پرداخت، فرم درخواست ما را تکمیل نمایید.

- لازم نیست که حتماً فرم را تکمیل کنید، اما این فرم به ما در تسریع رسیدگی به درخواستتان کمک میکند.
- 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 بازپرداخت خود را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید به این آدرس ارسال کنید:

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

برای درخواست‌های مطالبه داروخانه، درخواست بازپرداخت خود را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید برای ما به این نشانی ارسال کنید:

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

[شما باید درخواست خود را ظرف سه (3) سال از تاریخ دریافت خدمات، اقلام یا دارو به ما ارائه دهید.]

C. تصمیمات مربوط به پوشش

هنگامیکه درخواست شما برای پرداخت را دریافت کردیم، در مورد پوشش تصمیم خواهیم گرفت. این بدان معناست که ما تصمیم می‌گیریم که آیا طرح ما خدمات، اقلام یا داروی شما را پوشش می‌دهد یا خیر. ما همچنین در صورت وجود، میزان هزینه‌ای که باید پرداخت کنید را تعیین می‌کنیم.

- اگر به اطلاعات بیشتری از شما نیاز داشته باشیم، به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم بگیریم که طرح ما خدمات، اقلام یا دارو را پوشش می‌دهد و شما تمام قوانین مربوط به دریافت آن را رعایت کرده‌اید، ما سهم خود را از هزینه آن پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، ما یک چک برای سهم خود از هزینه برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر هزینه کامل دارو را پرداخت کرده‌اید، ممکن است کل مبلغ پرداختی به شما بازپرداخت نشود (برای مثال، اگر دارو را از داروخانه خارج از شبکه تهیه کرده‌اید یا اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید بالاتر از قیمت توافقی ما باشد). اگر هزینه را پرداخت نکرده‌اید، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده خدمات پرداخت خواهیم کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته 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 سهم خود از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

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

فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا، قوانین مربوط به تحت پوشش قرار دادن داروهای Medicare بخش D شما را توضیح می‌دهد.

- اگر تصمیم بگیریم که سهم خود از هزینه خدمات یا دارو را پرداخت نکنیم، نامه‌ای حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین حقوق شما برای درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش بیمه، به **فصل 9**، **بخش E** مراجعه کنید.
-

D. درخواست تجدیدنظر

اگر فکر می‌کنید که در عدم قبول درخواست شما برای پرداخت هزینه اشتباهی مرتکب شده ایم، می‌توانید از ما بخواهید که تصمیم خود را تغییر دهیم. به این کار «درخواست تجدیدنظر» می‌گویند. اگر با مبلغی که ما پرداخت می‌کنیم موافق نیستید نیز می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

روند رسمی تجدیدنظر، مراحل و مهلت‌های دقیقی دارد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های تجدیدنظر، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید:

- برای درخواست تجدیدنظر در مورد بازپرداخت هزینه‌های خدمات درمانی، به **بخش F** مراجعه کنید.
- برای درخواست تجدیدنظر در مورد بازپرداخت هزینه دارو، به **بخش G** مراجعه کنید.



فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما

مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت های شما به عنوان عضو طرح ما است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبا در آخرین فصل این کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs . . .	186
A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades	187
A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị	188
A. شما حق دارید اطلاعات و خدمات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده میکند.	189
A. 귀하의 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리	190
A. 您透過符合您需求的方式取得服務和信息的權利	191
A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلي احتياجاتك	192
A. Ваше право на получение услуг и информации в доступной и удобной для вас форме	193
B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش.	194
C. مسئولیت ما در قبال محافظت از اطلاعات سلامت شخصی شما (PHI).	195
C1. نحوه محافظت ما از PHI شما.	196
C2. حق شما برای مشاهده سوابق پزشکیتان.	196
D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما.	196
E. ارائه دهندگان داخل شبکه نمی توانند مستقیماً برای شما صورتحساب ارسال نمایند.	197
F. حق شما برای ترک طرح ما.	198

- G. حق شما برای تصمیم گیری در مورد مراقبت های درمانی خودتان 198**
- G1. حق شما برای دانستن گزینه های درمانی و تصمیم گیری 198
- G2. حق شما برای بیان اینکه اگر نتوانستید تصمیم های مراقبت های درمانی خود را خودتان بگیرید، میخواهید چه اتفاقی بیافتد 199
- G3. اگر دستورالعمل های شما رعایت نشود چه باید کرد 200
- H. حق شما برای شکایت و درخواست تجدید نظر در زمینه تصمیمات ما 200**
- H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد 200
- I. مسئولیت های شما به عنوان عضو طرح 201**

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

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. 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're 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, Arabic, and Russian and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- To make a standing request for materials in a threshold language or in an alternative format, call Customer Service at the number at the bottom of the page or by accessing our secure online member portal at <https://member.caloptima.org/#/user/login>.
- Your standing request will be kept in our system for all future mailings and communications.
- 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). 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

Es nuestra responsabilidad brindarle **todos** los servicios, tanto médicos como no médicos, de manera respetuosa, culturalmente apropiada y accesible. Esto incluye a personas con dominio limitado del inglés, dificultad para leer, problemas auditivos o alguna discapacidad, así como aquellas personas con distintos antecedentes culturales y étnicos. También debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera clara y fácil de entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted sea miembro de nuestro plan.

- Para obtener información de manera que usted pueda entenderla, llame a su Coordinador de atención personal o 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, como español, vietnamita, persa, coreano, chino, árabe y ruso, 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 Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
 - Para hacer una solicitud permanente de materiales en un idioma principal o en un formato alternativo, llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra al pie de la página o visite nuestro portal seguro para miembros en línea en <https://member.caloptima.org/#/user/login>.
 - Su solicitud permanente será almacenada en nuestro sistema para correspondencia y comunicados futuros.
 - 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 idioma o alguna discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370. Los 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. Los 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 rằng **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và không lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, bị khiếm thính, hoặc những người từ các nền văn hóa và sắc tộc đa dạng. Chúng tôi cũng 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 điều phối viên chăm sóc cá nhân của quý vị hoặc 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, tiếng Ả Rập, và tiếng Nga và bằng các định dạng như chữ in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc đĩa thu âm. 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 Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- Để thực hiện yêu cầu thường trực để nhận các tài liệu bằng một ngôn ngữ chính hoặc bằng hình thức khác, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ ở số điện thoại ở cuối trang hoặc vào trang thông tin trực tuyến an toàn dành cho thành viên của chúng tôi tại <https://member.caloptima.org/#/user/login>
- Yêu cầu thường trực của quý vị sẽ được lưu lại trong hệ thống của chúng tôi cho tất cả các thư từ và liên lạc trong tương lai.
- 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.

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



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). 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. شما حق دارید اطلاعات و خدمات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده میکند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، به شیوه‌ای متناسب با فرهنگ شما و با قابلیت دسترسی آسان ارائه می‌شوند، از جمله برای افرادی که تسلط محدودی به زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا پیشینه‌های فرهنگی و قومی متنوعی دارند. ما همچنین باید مزایای طرح درمانی و حقوق شما را به شیوه‌ای که برای شما قابل درک باشد، برای شما شرح دهیم. ما باید هر سال که در طرح ما هستید، در مورد حقوقی که در برنامه دارید شما را مطلع کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که برای شما قابل فهم باشد، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف ارائه می‌دهد.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی، عربی و روسی 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 به آدرس زیر نامه بنویسید:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

○ برای ارائه درخواست دائمی دریافت مطالب به زبان دلخواه خود یا در یکی از قالب‌های جایگزین، با خدمات مشتریان توسط شماره تلفنی که در پایین صفحه آمده است تماس بگیرید یا به پورتال آنلاین امن اعضا ما در <https://member.caloptima.org/#/user/login> مراجعه نمایید.

○ درخواست دائمی شما برای تمام مکاتبات و ارتباطات آینده در سیستم ما نگهداری خواهد شد.

○ 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.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی ثبت کنید، با شماره زیر تماس بگیرید:

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal Office of Civil Rights با شماره 1-916-440-7370 کاربران TTY میتوانند با 711 تماس بگیرند.
- وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S Department of Health and Human Services), دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights), شماره تلفن 1-800-368-1019 کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. 귀하의 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리

저희는 모든 서비스가 영어 능력에 제한이 있거나, 글 읽기 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 임상적, 비임상적 서비스가 문화적으로 적절하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 권리에 대해 알려야 합니다. 저희는 귀하가 매년 저희 플랜에 가입되어 있는 한 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 플랜에서는 영어 이외의 스페인어, 월남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 및 러시아어 등의 언어로 된 자료 및 큰글자, 점자 또는 오디오와 같은 대체 형식의 자료도 제공해 드립니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받으려면 고객 서비스로 전화하거나 주소로 편지를 보내십시오:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- 특정 언어 또는 대체 형식으로 자료를 영구 요청을 하려면 페이지 하단의 번호로 고객 서비스에 전화하거나 온라인 회원 포털 <https://member.caloptima.org/#/user/login>에 접속하십시오.
- 회원의 영구 요청은 향후 우편 소통 및 기타 소통을 위해 저희 시스템에 보관됩니다.
- 영구 요청을 취소 또는 변경하려면 1-877-412-2734 (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

언어 문제나 장애로 인해 저희 플랜에 대한 정보를 받는 데 어려움이 있고 불만을 제기하길 원하시면 다음 번호로 전화하십시오:

- Medicare 번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- Medi-Cal Office of Civil Rights (시민 권리 사무부) 전화번호는 1-916-440-7370 입니다. TTY 사용자는 전화 711을 이용하십시오.
- Department of Health and Human Services(보건복지부), Office for Civil Rights (시민 권리 사무부)에 번호1-800-368-1019로 연락하십시오. TTY 사용자는 번호 1-800-537-7697 로 전화하십시오.

A. 您透過符合您需求的方式取得服務和信息的權利

我們必須確保**所有**臨床和非臨床服務均以符合文化規範且易於理解的方式提供給您，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人士。我們還必須以您能夠理解的方式告知您我們計劃的福利和您的權利。在您加入我們的計劃期間，我們每年都必須將您的權利告訴您。

- 為了以您能理解的方式獲取信息，請致電您的個人護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可用不同語言解答您的疑問。
- 我們的計劃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、阿拉伯語和俄語，以及大字體印刷、盲文或音頻等格式。如需這些其他格式的資料，請致電客戶服務部或寫信至：

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- 如需長期要求取得主要語言或其他格式的資料，請撥打頁面底部的客戶服務電話，或瀏覽我們的安全線上會員入口網站：
<https://member.caloptima.org/#/user/login>
- 您的長期請求將保留在我們的系統中，用於以後的所有郵件和通信
- 這是免費電話。若要取消或更改您的長期請求，請撥打 **1-877-412-2734 (TTY 711)**，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。這是免費電話。

如果您因語言障礙或殘障而無法獲取我們計劃的信息，並希望提出投訴，請致電：

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)°TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048°
- Medi-Cal Office of Civil Rights (民權辦公室): 916-440-7370°TTY 使用者請撥打 711°
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (美國衛生與公眾服務部，民權辦公室): 1-800-368-1019°TTY 使用者應撥打 1-800-537-7697°

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلي احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، لك بطريقة مناسبة ثقافياً ويمكن الوصول إليها، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية و عرقية متنوعة. يجب علينا أيضاً أن نخبرك بمزايا خططنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون فيه ضمن خططنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يسهل عليك فهمها، قم بالاتصال بمنسق الرعاية الشخصية الخاص بك أو بخدمة العملاء. توفر خططنا خدمات ترجمة فورية مجانية متعددة اللغات للرد على جميع استفساراتك.
- يمكن لخططنا أيضاً أن توفر لك مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك الإسبانية، والفيتنامية، والفارسية، والكورية، والصينية، والعربية، والروسية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة، أو الكتابة بطريقة برايل، أو الصوتيات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو الكتابة إلى:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- لتقديم طلب دائم للمواد بلغة العتبة أو بتنسيق بديل، اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو عن طريق الوصول إلى بوابة الأعضاء الآمنة عبر الإنترنت على <https://member.caloptima.org/#/user/login>

- سيتم الاحتفاظ بطلبك الدائم في نظامنا لجميع المراسلات والاتصالات المستقبلية

- لإلغاء طلبك الدائم أو إدخال تعديل عليه، يرجى الاتصال على الرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خططنا نتيجة مشكلات تتعلق باللغة أو باعاقه وأردت تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية) على الرقم 1-916-440-7370. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية) على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

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



A. Ваше право на получение услуг и информации в доступной и удобной для вас форме

Мы обязаны обеспечить, чтобы **все** услуги — как медицинские, так и немедицинские — предоставлялись в культурно компетентной и доступной форме, с учётом потребностей людей с ограниченным знанием английского языка, низким уровнем чтения, нарушениями слуха, а также представителей различных культурных и этнических групп. Мы также обязаны информировать вас о преимуществах нашего плана и ваших правах так, чтобы информация была вам понятна. Ежегодно, пока вы являетесь участником плана, мы будем напоминать вам об этих правах.

- Чтобы получить информацию в понятной для вас форме, свяжитесь с вашим координатором по уходу или Службой поддержки. В рамках нашего плана предоставляются бесплатные услуги устного перевода на различных языках, а также перевод языка жестов.
- Мы также можем предоставить вам материалы на других языках, кроме английского, включая испанский, вьетнамский, фарси, корейский, китайский, арабский и русский, а также в альтернативных форматах — например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудиоформате. Чтобы получить такие материалы, позвоните в Службу поддержки или напишите по адресу:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- Чтобы подать постоянный запрос на получение материалов на других языках порогового уровня (т.е. обязательных для перевода) или в альтернативных форматах, позвоните в нашу Службу поддержки по телефону, указанному внизу страницы, или зайдите в свою учётную запись на онлайн-портале участника по ссылке:
<https://member.caloptima.org/#/user/login>.
- Ваш постоянный запрос будет сохранён в нашей системе для всех будущих почтовых отправок и уведомлений
- Чтобы отменить или изменить постоянный запрос, пожалуйста, позвоните по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) – круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный.

Если вы сталкиваетесь с трудностями при получении информации нашего страхового плана из-за языкового барьера или инвалидности и хотите подать жалобу, вы можете позвонить:

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- В Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Для пользователей TTY – 1-877-486-2048.
- В Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) Medi-Cal по телефону 916-440-7370. Для пользователей TTY – 711.
- В Управление по гражданским правам при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) по телефону 1-800-368-1019. Для пользователей TTY – 1-800-537-7697.

B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش

شما به عنوان عضوی از طرح ما از حقوقی برخوردار هستید.

- شما حق دارید یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. ارائه دهنده خدمات شبکه، ارائه دهنده ای است که با ما همکاری می کند. می توانید اطلاعات بیشتری در مورد اینکه چه نوع ارائه دهندگانی می توانند به عنوان PCP عمل کنند و نحوه انتخاب PCP را در **فصل 3** این کتابچه راهنمای اعضا بیابید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارائه دهندگان شبکه و پزشکیانی که بیماران جدید را می پذیرند، با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها مراجعه کنید.
- شما این حق را دارید که بدون ارجاع به یک متخصص درون شبکه مراجعه کنید.
- شما این حق را دارید که در مدت زمان معقولی خدمات تحت پوشش را از ارائه دهندگان شبکه دریافت کنید.
 - این شامل حق دریافت خدمات به موقع از متخصصان نیز می شود.
 - اگر نتوانید خدمات را در مدت زمان معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- شما حق دارید خدمات اورژانسی یا مراقبت های فوری مورد نیاز را بدون نیاز به تأیید قبلی (prior approval, PA) دریافت کنید.
- شما حق دارید نسخه های خود را بدون تأخیر طولانی از هر یک از داروخانه های شبکه ما تهیه کنید.
- شما این حق را دارید که بدانید چه زمانی می توانید از خدمات ارائه دهنده خارج از شبکه استفاده کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارائه دهندگان خدمات خارج از شبکه، به **فصل 3** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- وقتی برای اولین بار به برنامه ما می پیوندید، در صورت برآورده شدن شرایط خاص، شما این حق را دارید ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را تا 12 ماه حفظ کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات خود، به **فصل 1** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبت و هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود تصمیمات مربوط به مراقبت های بهداشتی خود را بگیرید.

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



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

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما

فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا به شما می گوید که اگر فکر می کنید خدمات یا داروهای خود را در مدت زمان معقولی دریافت نمی کنید، چه کاری می توانید انجام دهید. همچنین به شما که اگر پوشش خدمات یا داروهای شما را رد کنیم و شما با تصمیم ما موافق نباشید، چه کاری می توانید انجام دهید، اطلاعاتی را ارائه می دهد.

C. مسئولیت ما در قبال حفاظت از اطلاعات سلامت شخصی شما (personal health information, PHI)

ما از اطلاعات شخصی شما طبق قوانین فدرال و ایالتی محافظت می کنیم.

اطلاعات سلامت شخصی شما شامل اطلاعات شخصی است که هنگام ثبت نام در طرح ما در اختیار ما قرار داده اید. همچنین شامل سوابق درمانی و سایر اطلاعات پزشکی و بهداشتی شما می شود.

شما در مورد اطلاعات خود و کنترل نحوه استفاده از PHI خود، حقوقی دارید. ما یک اطلاعیه کتبی به شما ارائه می دهیم که شما را در مورد این حقوق راهنمایی می کند و نحوه محافظت از حریم خصوصی PHI شما را توضیح می دهد. این اطلاعیه «اطلاعیه رویه حفظ حریم خصوصی» نام دارد.

اعضایی که ممکن است برای دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به اخذ مجوز از هیچ عضو دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ارائه درخواست برای خدمات حساس نیستند. CalOptima Health OneCare Complete ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن جایگزین تعیین شده توسط عضو یا در صورت عدم وجود چنین آدرسی، به نام عضو و به آدرس یا شماره تلفن موجود در پرونده ارسال خواهد کرد. CalOptima Health OneCare Complete اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون اجازه کتبی از عضو دریافت کننده مراقبت، برای هیچ عضو دیگری فاش نخواهد کرد. CalOptima Health OneCare Complete درخواست های مربوط به ارتباطات محرمانه را در فرم و قالب درخواستی، در صورتی که به راحتی در فرم و قالب درخواستی قابل تهیه باشد، یا در مکان های جایگزین، رسیدگی خواهد کرد. درخواست یک عضو برای ارتباطات محرمانه مربوط به خدمات حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارسال نکند، معتبر خواهد بود.

ارائه درخواست ارتباطات محرمانه

شما می توانید خواستار تماس از طریق روش ارتباطی دلخواه (مثلاً از طریق تلفن منزل یا محل کار) یا ارسال نامه به نشانی متفاوتی شوید.

ما همه درخواست های معقول را در نظر خواهیم گرفت. اگر به ما بگویید که با نپذیرفتن آن ممکن است در معرض خطر قرار بگیرید، ما باید با آن موافقت نماییم.

ما از اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شما طبق قوانین فدرال و ایالتی محافظت می کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته 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 هیچ فرد غیرمجازی سوابق شما را مشاهده نکرده یا تغییر نمی‌دهد.
- به جز مواردی که در زیر ذکر شده است، ما اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شما را به کسی که مراقبت شما را ارائه نمی‌دهد یا هزینه مراقبت شما را پرداخت نمی‌کند، ارائه نمی‌دهیم. اگر چنین کاری انجام دهیم، ملزم هستیم ابتدا از شما مجوز کتبی دریافت کنیم. شما یا شخصی که قانوناً مجاز به تصمیم‌گیری برای شما است، می‌توانید اجازه کتبی بدهید. گاهی اوقات لازم نیست ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. این استثنائات طبق قانون مجاز یا الزامی هستند:
- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی که کیفیت مراقبت‌های طرح ما را بررسی می‌کنند، قرار دهیم.
 - ما ممکن است در صورت دستور دادگاه، PHI را منتشر کنیم، اما فقط در صورتی که قانون کالیفرنیا اجازه این کار را بدهد.
 - ما باید PHI شما، از جمله اطلاعات مربوط به داروهای Medicare بخش D، را در اختیار Medicare قرار دهیم. اگر Medicare اطلاعات PHI شما را برای تحقیق یا سایر موارد استفاده منتشر کند، این کار را طبق قوانین فدرال انجام می‌دهد. اغلب به منظور اشتراک PHI شما در مواردی غیر از درمان، پرداخت هزینه و یا عملکرد سازمان، ما باید قبلاً از شما اجازه کتبی دریافت کنیم. اگر می‌خواهید اطلاعات شما به روش خاصی در موارد زیر، به اشتراک گذاشته شود با ما تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به اطلاعاتیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی مراجعه کنید.

C2. حق شما برای مشاهده سوابق پزشکی‌تان

- شما حق دارید که سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید و یک نسخه از سوابق خود را دریافت کنید.
 - شما حق دارید از ما بخواهید سوابق پزشکی شما را به روزرسانی یا اصلاح کنیم. اگر از ما بخواهید این کار را انجام دهیم، با ارائه دهنده مراقبت‌های شما در زمینه تصمیم‌گیری برای انجام یا عدم انجام تغییرات همکاری میکنیم.
 - شما حق دارید بدانید که آیا اطلاعات پزشکی محرمانه شما را برای اهداف غیر معمول با دیگران به اشتراک می‌گذاریم یا خیر و چگونه این کار را انجام می‌دهیم.
- اگر در مورد حریم خصوصی PHI خود سؤال یا نگرانی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما

- به عنوان عضوی از طرح ما، شما حق دارید از ما در مورد طرح ما، ارائه دهندگان شبکه ما و خدمات تحت پوشش خود اطلاعات دریافت کنید.
- اگر انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما برای پاسخگویی به سوالات شما در مورد طرحمان خدمات مترجم شفاهی ارائه می‌دهیم. برای دریافت مترجم، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان است. مطالب مربوط به اعضای CalOptima Health OneCare Complete به زبان‌های انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی، عربی و روسی موجود است. ما همچنین می‌توانیم اطلاعات را به صورت چاپ بزرگ، بریل، سی دی داده یا صوتی در اختیار شما قرار دهیم.

اگر در خصوص هر یک از موارد زیر به اطلاعات نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید:

- نحوه انتخاب یا تغییر برنامه ها
- برنامه ما، شامل:
 - اطلاعات مالی
 - چگونه اعضای طرح به ما امتیاز داده اند
 - تعداد درخواست های تجدیدنظر از سوی اعضا
 - نحوه خروج از طرح ما
- ارائه دهندگان شبکه و داروخانه های شبکه ما، از جمله:
 - نحوه انتخاب یا تغییر دادن ارائه دهندگان مراقبت اولیه
 - صلاحیتهای ارائه دهندگان و داروخانه های شبکه ما
 - نحوه پرداخت ما به ارائه دهندگان خدمات در شبکه ما
- خدمات و داروهای تحت پوشش، شامل:
 - خدمات (به فصل های 3 و 4 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) و داروها (به فصل های 5 و 6 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) تحت پوشش طرح ما
 - محدودیت های مربوط به پوشش بیمه و داروهای شما
 - قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید
- دلیل تحت پوشش نبودن موارد و اینکه شما چه کاری می توانید در مورد آن انجام دهید (به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، از جمله درخواست از ما برای:
 - اعلام کتبی این موضوع که چرا برخی موارد تحت پوشش نیستند
 - تغییر دادن تصمیمی که گرفته ایم
 - هزینه صورتحسابی که دریافت کرده اید را پرداخت کنید

E. ارائه دهندگان داخل شبکه نمیتوانند مستقیماً برای شما صورتحساب ارسال نمایند

پزشکان، بیمارستانها و سایر ارائه دهندگان در شبکه ما نمی توانند شما را وادار کنند هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت نمایید. همچنین اگر ما کمتر از مبلغی که ارائه دهنده دریافت کرده است بپردازیم، آنها نمی توانند صورتحساب را تغییر دهند یا از شما هزینه ای دریافت کنند. برای اطلاع از اینکه اگر یک ارائه دهنده شبکه سعی کند برای خدمات تحت پوشش از شما هزینه دریافت کند، چه باید بکنید، به فصل 7 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

F. حق شما برای ترک طرح ما

اگر خودتان نخواهید، هیچ کس نمی تواند شما را وادار به ماندن در طرح ما کند.

- شما حق دارید بیشتر خدمات مراقبت های بهداشتی خود را از طریق Original Medicare یا یکی دیگر از طرح های Medicare Advantage (MA) دریافت کنید.
- شما می توانید مزایای دارویی Medicare بخش D خود را از یک طرح دارویی یا از یک طرح MA دیگر دریافت کنید.
- به فصل 10 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید:
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می توانید به یک برنامه جدید MA یا مزایای دارویی بپیوندید.
 - برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دریافت مزایای Medi-Cal خود در صورت ترک طرح ما.

G. حق شما برای تصمیم گیری در مورد مراقبت های درمانی خودتان

شما حق دارید اطلاعات کاملی از پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی خود دریافت کنید تا به شما در تصمیم گیری در مورد مراقبت های درمانی تان کمک کند.

G1. حق شما برای دانستن گزینه های درمانی و تصمیم گیری

ارائه دهندگان شما باید شرایط و گزینه های درمانی تان را به نحوی توضیح دهند که بتوانید آنها را درک کنید. شما حق دارید:

- انتخاب های خود را بدانید شما حق دارید از تمام گزینه های درمانی مطلع شوید.
- از خطرات مطلع باشید. شما حق دارید از هرگونه خطری که وجود دارد مطلع شوید. در صورتی که خدمات یا درمان، بخشی از آزمایش پژوهشی است، این موضوع باید پیشاپیش به شما اطلاع داده شود. شما حق دارید شرکت در درمان های آزمایشی را نپذیرید.
- خواستار دریافت نظر دوم شوید. شما حق دارید قبل از تصمیم گیری در مورد درمان، پزشک دومی را ببینید.
- 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. شما حق دارید مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید. اگر درمان را نپذیرید یا مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید، ما شما را از طرح خود اخراج نخواهیم کرد. با این حال، اگر از درمان خودداری کنید یا مصرف دارو را متوقف کنید، مسئولیت کامل آنچه برایتان اتفاق می افتد را می پذیرید.
- از ما بخواهید توضیح دهیم چرا ارائه دهنده مراقبت را نپذیرفته است. اگر ارائه دهنده، مراقبت هایی که به اعتقاداتان باید دریافت می کردید را ارائه نداد، حق دارید از ما توضیح بخواهید.
- از ما بخواهید خدمات یا دارویی را که ما پوشش نداده ایم یا معمولاً پوشش نمی دهیم، پوشش دهیم. به این موضوع تصمیم پوشش گفته میشود. فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا نحوه درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش بیمه را شرح می دهد.

G2. حق شما برای بیان اینکه اگر نتوانستید تصمیمات مراقبت های درمانی خود را خودتان بگیرید، می خواهید چه اتفاقی بیفتد

گاهی اوقات افراد نمی توانند خودشان در مورد مراقبت های درمانی خود تصمیم بگیرند. قبل از اینکه چنین اتفاقی برایتان بیفتد، می توانید:

- در صورتی که قادر به تصمیم گیری برای خود نباشید، فرمی کتبی را پر کنید که به کسی این حق را می دهد که برای شما در مورد مراقبت های بهداشتی تصمیم بگیرد.
 - در صورتی که قادر به تصمیم گیری برای خودتان، از جمله مراقبت هایی که نمی خواهید دریافت کنید، نباشید، به پزشکان خود دستورالعمل های کتبی در مورد نحوه مدیریت مراقبت های بهداشتی خود ارائه دهید.
- سند قانونی که برای ارائه دستورالعمل های خود استفاده می کنید، «دستورالعمل پیشرفته» نامیده می شود. انواع مختلفی از دستورالعمل های پیشرفته و نام های مختلفی برای آنها وجود دارد. مثالهای آن عبارتند از وصیتنامه فرد زنده و وکالتنامه مراقبت های درمانی.
- شما الزامی به داشتن دستورالعمل قبلی ندارید، اما می توانید این کار را انجام دهید. اگر می خواهید از دستورالعمل پیشرفته استفاده کنید، در اینجا به شما می گوئیم که چه کاری باید انجام دهید:
- **فرم را دریافت کنید.** می توانید این فرم را از پزشک، وکیل، مددکار اجتماعی یا برخی از فروشگاه های لوازم اداری تهیه کنید. داروخانه ها و دفاتر ارائه دهنده خدمات اغلب این فرم ها را دارند. می توانید یک فرم رایگان را به صورت آنلاین پیدا کنید و آن را دانلود کنید. همچنین می توانید برای دریافت فرم با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
 - **فرم را پر کرده و آن را امضا کنید.** این فرم، یک سند حقوقی است. بهتر است که از یک وکیل یا شخص دیگری که به او اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP خود، برای تکمیل آن کمک بگیرید.
 - **کپی هایی از فرم را به افرادی که نیاز به مطلع بودن از آن دارند بدهید.** یک نسخه از فرم را به پزشک خود بدهید. شما همچنین باید یک کپی را به شخص که نام برده اید تا در صورتی که خودتان قادر نباشید برای شما تصمیم بگیرد بدهید. می توانید نسخه هایی را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده بدهید. یک نسخه را در خانه نگه دارید.
 - **اگر در حال رفتن به بیمارستان هستید و دستورالعمل پیشرفته امضا کرده اید، یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.**
 - بیمارستان از شما می پرسد آیا فرم دستورالعمل پیشرفته را امضا کرده اید و آیا آن را با خودتان دارید یا خیر.
 - اگر فرم دستورالعمل پیشرفته را امضا نکرده اید، بیمارستان فرم هایی در اختیار دارد و از شما می خواهد آن را امضا کنید.

شما حق دارید:

- دستورالعمل پیشرفته خود را در پرونده پزشکی خود ثبت کنید.
- در هر زمانی، دستورالعمل پیشرفته خود را تغییر دهید یا لغو کنید.

- درباره تغییرات قوانین مربوط به دستورالعمل های پیشرفته اطلاعات کسب کنید. CalOptima Health OneCare Complete حداکثر 90 روز پس از تغییر در مورد تغییرات قانون ایالتی به شما اطلاع می دهد. طبق قانون، هیچ کس نمی تواند به دلیل امضای دستورالعمل پیشرفته توسط شما، مراقبت از شما را رد کند یا علیه شما تبعیض قائل شود. برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

G3. اگر دستورالعمل های شما رعایت نشود چه باید کرد

اگر فرم دستورالعمل پیشرفته را امضا کرده اید و فکر می کنید پزشک یا بیمارستان دستورالعمل های موجود در آن را رعایت نکرده است، می توانید با شماره 1-888-452-8609 به دفتر بازرس اداره خدمات درمانی کالیفرنیا (Ombudsman Office of the California Department of Health Care Services) شکایت کنید.

H. حق شما برای شکایت و درخواست تجدیدنظر در زمینه تصمیمات ما

فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا به شما می گوید در صورت داشتن هرگونه مشکل یا نگرانی در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود، چه کاری می توانید انجام دهید. به عنوان مثال، می توانید از ما بخواهید تصمیم پوشش را اتخاذ کنیم، در خصوص تغییر تصمیم پوشش درخواست تجدیدنظر کرده یا شکایت نمایید. شما حق دریافت اطلاعات در مورد درخواست های تجدیدنظر و شکایاتی که اعضای دیگر نسبت به برنامه ما مطرح کرده اند را دارید. برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه کاری باید انجام دهید

اگر فکر می کنید که ما با شما ناعادلانه رفتار کرده ایم - و این در مورد تبعیض به دلایل ذکر شده در فصل 11 این کتابچه راهنمای اعضا نیست - یا می خواهید اطلاعات بیشتری درباره حقوق خود داشته باشید، می توانید با مراکز زیر تماس بگیرید:

- خدمات مشتریان.
- همچنین می توانید با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت کالیفرنیا (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) به شماره 1-800-434-0222 یا 1-714-560-0424 تماس بگیرید. برای جزئیات بیشتر در مورد HICAP، به فصل 2 مراجعه کنید.
- دفتر بازرس Medi-Cal (Medi-Cal Ombudsman) در 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر در مورد این برنامه، به فصل 2 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می توانید «حقوق و حمایت های Medicaid» را که در وبسایت Medicare که در این نشانی موجود است، بخوانید یا دانلود کنید www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

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



I. مسئولیت های شما به عنوان یک عضو طرح

به عنوان عضوی از طرح، شما مسئولیت دارید مواردی را که در زیر ذکر شده است، انجام دهید. اگر سوالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- برای آشنایی با موارد تحت پوشش طرح ما و قوانینی که برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش باید رعایت کنید، این کتابچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید. برای جزئیات بیشتر در مورد:
 - خدمات تحت پوشش، به فصل های 3 و 4 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. این فصل ها به شما می گویند چه مواردی پوشش داده می شود، چه مواردی پوشش داده نمی شود، چه قوانینی را باید رعایت کنید و چه مبلغی باید پرداخت کنید.
 - داروهای تحت پوشش، به فصل های 5 و 6 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- هرگونه پوشش درمانی یا دارویی دیگری که دارید را به ما اطلاع دهید. ما باید مطمئن شویم که شما هنگام دریافت مراقبت های بهداشتی از تمام گزینه های پوشش بیمه خود استفاده می کنید. اگر پوشش بیمه دیگری دارید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- به پزشک و سایر ارائه دهندگان مراقبتهای درمانی خود اطلاع دهید که عضو از طرح ما هستید. هنگام دریافت خدمات یا داروها، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- به پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبتهای درمانی خود کمک کنید بهترین مراقبت را در اختیارتان قرار دهند.
 - اطلاعاتی که در مورد شما و سلامتیتان نیاز دارند را در اختیارتان قرار دهید. در مورد مشکلات سلامت خود تا آنجا که میتوانید اطلاعات کسب کنید. از برنامه ها و دستورالعمل های درمانی که شما و ارائه دهندگان خدمات درمانی تان در مورد آنها توافق دارید، پیروی کنید.
 - اطمینان حاصل کنید که پزشکان و سایر ارائه دهندگان از تمام داروهایی که مصرف می کنید مطلع باشند. این مسئله شامل داروهای تجویزی، داروهای بدون نسخه، ویتامین ها و مکملها است.
 - هر سوالی دارید بپرسید. پزشکان و سایر ارائه دهندگان شما باید مسائل را به نحوی که بتوانید درک کنید، توضیح دهند. اگر شما سؤالی پرسیدید و پاسخ را درک نکردید، دوباره بپرسید.
- با هماهنگ کننده مراقبت های شخصی خود، از جمله در تکمیل ارزیابی سالانه ریسک سلامت همکاری کنید.
- با ملاحظه رفتار کنید. ما از همه اعضای طرح انتظار داریم که به حقوق دیگران احترام بگذارند. ما همچنین از شما انتظار داریم که در مطب پزشک، بیمارستان ها و سایر مراکز درمانی با احترام رفتار کنید.
- بدهی خود را بپردازید. شما به عنوان یک عضو این طرح، مسئول پرداخت این هزینه ها هستید:
 - حق بیمه های Medicare بخش A و Medicare بخش B. برای اکثر اعضای CalOptima Health OneCare Complete، بیمه Medi-Cal حق بیمه Medicare بخش A و بخش B شما را پرداخت می کند.
 - اگر هرگونه خدمات یا داروهای را دریافت کنید که توسط برنامه ما پوشش داده نشود، باید هزینه کامل آن را پرداخت کنید. (توجه: اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش پوشش خدمات یا داروها موافق نیستید میتوانید درخواست تجدید نظر کنید. برای آشنایی با نحوه درخواست تجدیدنظر، لطفاً به فصل 9 مراجعه کنید.)

- اگر نقل مکان کردید، به ما اطلاع دهید. اگر قصد دارید نقل مکان کنید، بلافاصله به ما اطلاع دهید. با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی توانید در طرح ما بمانید. فقط اشخاصی که در حوزه خدمات رسانی ما اقامت دارند میتوانند عضو این طرح بمانند. برای جزئیات بیشتر در مورد قوانین طرح ما به فصل 1 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- ما می توانیم به شما کمک کنیم متوجه شوید که آیا دارید از منطقه پوشش ما خارج می شوید یا خیر.
- هنگام نقل مکان، آدرس جدید خود را به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. برای شماره تلفن های Medicare و Medi-Cal به فصل 2 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر در داخل منطقه خدماتی ما هم نقل مکان کنید، ما همچنان باید از این موضوع مطلع شویم. ما باید سوابق عضویت شما را به روز نگه داریم و بدانیم چگونه با شما تماس بگیریم.
- اگر نقل مکان کردید، به اداره تأمین اجتماعی (یا هیئت بازنشستگی راه آهن) اطلاع دهید.
- اگر شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری برای تماس با شما وجود دارد، به ما اطلاع دهید.
- در صورت داشتن هرگونه سوال یا نگرانی با خدمات مشتریان تماس بگیرید و راهنمایی بخواهید.

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

مقدمه

این فصل اطلاعاتی را درباره حقوق شما ارائه می کند. این فصل را بخوانید تا بدانید در صورت بروز موارد زیر چه باید کرد:

- مشکل یا شکایتی درباره طرح خود دارید.
- شما به خدمات، اقامت یا داروهایی نیاز دارید که طرح شما اعلام کرده هزینه آنها را پرداخت نمی کند.
- شما با تصمیمی که طرح شما در مورد مراقبت شما گرفته است، مخالف هستید.
- فکر می کنید خدمات تحت پوشش شما خیلی زود به پایان می رسد.
- شما در مورد خدمات و پشتیبانی های بلندمدت خود، که شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (NF) می شود، مشکل یا شکایتی دارید.

این فصل به بخش های مختلفی تقسیم شده است تا به شما کمک کند تا بتوانید به سادگی مطالب مورد نظر خود را بیابید. اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش هایی از این فصل که مربوط به وضعیت شما است را بخوانید.

شما باید مراقبت های درمانی، داروها و خدمات و حمایت های درازمدتی که پزشک و سایر ارائه کنندگان شما تشخیص داده اند برای مراقبت از شما به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی لازم است را دریافت کنید. اگر در رابطه با خدمات

درمانی خود مشکلی دارید، می توانید با برنامه بازرسی **Medicare Medi-Cal** یا

(Medicare Medi-Cal Ombudsman Program) با شماره تلفن **1-855-501-3077** برای دریافت کمک

تماس بگیرید. این فصل گزینه های مختلفی را که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیح می دهد، اما همیشه می توانید با برنامه بازرسی (Ombudsman Program) تماس بگیرید تا در مورد مشکلاتان به شما راهنمایی کنند.

برای یافتن منابع بیشتر جهت رسیدگی به نگرانی های شما و راه های تماس با آنها، به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

فهرست مطالب

A. اگر مشکل یا نگرانی دارید چه کاری باید انجام دهید	206
A1. درباره اصطلاحات قانونی	206
B. از کجا باید کمک گرفت	206
B1. برای اطلاعات بیشتر و دریافت کمک	206
C. درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما	207
D. مشکلات مربوط به مزایای شما	208
E. تصمیمات پوشش و درخواست تجدید نظر	208
E1. تصمیمات پوشش بیمه	208
E2. درخواست تجدید نظر	208
E3. دریافت کمک در زمینه تعیین پوشش و درخواست تجدید نظر	209
E4. کدام بخش از این فصل می تواند به شما کمک کند	210
F. مراقبتهای پزشکی	210
F1. استفاده از این بخش	210
F2. درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش	211
F3. درخواست تجدید نظر سطح 1	213
F4. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2	216
F5. مشکلات مربوط به پرداخت	220
G. داروهای Medicare بخش D	221
G1. تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر Medicare بخش D	221
G2. استثنائات Medicare بخش D	222
G3. نکات مهمی که باید در مورد درخواست استثنا بدانید	223
G4. درخواست برای تصمیم پوشش، از جمله درخواست استثنا	224
G5. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1	226
G6. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2	228
H. درخواست از ما برای پوشش مدت طولانی‌تر بستری در بیمارستان	230
H1. آگاهی از حقوق Medicare خود	230

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

231	H2. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1
233	H3. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2
234	I. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات درمانی خاص
234	I1. اطلاع رسانی قبل از اینکه پوشش شما به پایان برسد
234	I2. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1
236	I3. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2
236	J. درخواست تجدیدنظر خود را فراتر از سطح 2 ببرید
236	J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقامت Medicare
238	J2. درخواست‌های تجدیدنظر اضافی Medi-Cal
238	J3. سطوح درخواست تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی Medicare بخش D
239	K. نحوه طرح شکایت
239	K1. چه نوع مشکلاتی باید به عنوان شکایت مطرح شوند
241	K2. شکایت‌های داخلی
242	K3. شکایت‌های خارجی

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

A. اگر مشکل یا نگرانی دارید چه کاری باید انجام دهید

در این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی ها توضیح داده شده است. فرآیندی که استفاده می کنید به نوع مشکل شما بستگی دارد. برای تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر، از یک فرآیند و برای طرح شکایات (که به آن شکواییه نیز می گویند) از فرآیند دیگری استفاده کنید.

برای تضمین انصاف و سرعت عمل، هر فرآیند مجموعه ای از قوانین، رویه ها و مهلت ها را دارد که ما و شما باید آنها را رعایت کنیم.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

در این فصل، اصطلاحات قانونی برای برخی از قوانین و مهلت ها آورده شده اند. درک بسیاری از این اصطلاحات می تواند دشوار باشد، بنابراین ما در صورت امکان از کلمات ساده تر به جای برخی اصطلاحات حقوقی استفاده می کنیم. تا حد امکان از استفاده از مخفف کلمات خودداری کرده ایم.

به عنوان مثال می گوئیم:

- "شکایت کردن" به جای "تسلیم شکواییه"
- "تصمیم پوشش" به جای "تعیین تکلیف سازمانی"، "تعیین تکلیف مزایا"، "تعیین در خطر بودن" یا "تعیین تکلیف پوشش"
- "تصمیم پوشش سریع" به جای "تسریع تعیین تکلیف"
- «سازمان بررسی مستقل» (Independent Review Organization, IRO) به جای «نهاد بررسی مستقل» (Independent Review Entity, RE)

دانستن اصطلاحات حقوقی شما را برای برقراری ارتباط بهتر یاری می دهد و به همین منظور این اصطلاحات نیز ذکر شده است.

B. از کجا باید کمک گرفت

B1. برای اطلاعات بیشتر و دریافت کمک

گاهی اوقات شروع یا پیگیری روند رسیدگی به مشکل ممکن است موجب سردرگمی شود. این امر به ویژه در صورتی که حال خوبی ندارید یا انرژی محدودی دارید، می تواند صادق باشد. گاهی نیز ممکن است اطلاعات لازم برای برداشتن قدم بعدی را نداشته باشید.

دریافت کمک از برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program)

می توانید با برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی

(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) تماس بگیرید. مشاوران HICAP

می توانند به سوالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا بفهمید برای حل مشکل خود چه کاری باید انجام دهید.

HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی دیگری مرتبط نمی باشد. HICAP مشاورین آموزش دیده ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می باشند. تلفن HICAP به شماره 1-800-434-0222 است.

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



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

کمک از برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal

می توانید با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal Ombudsman تماس بگیرید و با یک مدافع حقوق در مورد سؤالات پوشش سلامت خود صحبت کنید. آنها ممکن است بتوانند کمک حقوقی رایگان ارائه دهند. برنامه بازرس (Ombudsman Program) هیچ ارتباطی با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح درمانی دیگری ندارد. شماره تلفن آنها 1-855-501-3077 و وبسایت آنها www.healthconsumer.org است.

دریافت کمک و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات بیشتر و دریافت کمک، می توانید با Medicare تماس بگیرید. در اینجا دو روش برای دریافت کمک از Medicare عنوان می شود:

- با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- از وب سایت Medicare بازدید کنید (www.medicare.gov).

دریافت کمک از وزارت خدمات بهداشتی و درمانی کالیفرنیا (California Department of Health Care Services)

بازرس (Ombudsman) Medi-Cal Managed Care از اداره خدمات درمانی کالیفرنیا (California Department of Health Care Services, DHCS) می تواند به شما کمک کند. آنها می توانند به مشکلات شما در زمینه پیوستن، تغییر دادن یا خروج از طرح بیمه درمانی رسیدگی کنند. همچنین اگر محل سکونت خود را تغییر دهید و در زمینه انتقال Medi-Cal به کانتی جدید دچار مشکل شوید، می توانید از این دفتر کمک بخواهید. از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر روزهای دوشنبه تا جمعه با شماره 1-888-452-8609 می توانید با دفتر بازرس (Ombudsman) تماس بگیرید.

C. درک شکایات و درخواست های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستید. اطلاعات این فصل در مورد تمام مزایای مراقبت های مدیریت شده Medicare و Medi-Cal شما صدق می کند. این گاهی اوقات «فرآیند یکپارچه» نامیده می شود زیرا فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را با هم ترکیب یا ادغام می کند.

گاهی اوقات فرآیندهای Medicare و Medi-Cal قابل ترکیب نیستند. در چنین شرایطی، شما از یک فرآیند برای مزایای Medicare و از فرآیند دیگری برای مزایای Medi-Cal استفاده می کنید. بخش F4 این موقعیت ها را توضیح می دهد.

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



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

D. مشکلات مربوط به مزایای شما

اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل که مربوط به وضعیت شما است را بخوانید. جدول زیر به شما کمک می‌کند تا بخش مناسب این فصل را برای مشکلات یا شکایات پیدا کنید.

آیا مشکل یا مسئله ای شما درباره مزایا یا پوشش بیمه شما است؟	
این شامل مشکلاتی در مورد اینکه آیا مراقبت‌های پزشکی خاص (اقلام پزشکی، خدمات و/یا داروهای بخش B) تحت پوشش هستند یا خیر، نحوه پوشش آنها و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی می‌شود.	
بله.	نه.
مشکل من در مورد مزایا یا پوشش بیمه است. به بخش E، «تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر» مراجعه کنی.	مشکل من در مورد مزایا یا پوشش بیمه‌ای نیست. به بخش K، «نحوه طرح شکایت» مراجعه کنید.

E. تصمیمات پوشش و درخواست تجدید نظر

روند درخواست تصمیم پوشش و ارائه درخواست تجدیدنظر، به مشکلات مربوط به مزایا و پوشش مراقبت‌های پزشکی شما (خدمات، اقلام و داروهای بخش B، از جمله پرداخت) می‌پردازد. برای ساده نگه داشتن موارد، ما به طور کلی به اقلام پزشکی، خدمات و داروهای بخش B به عنوان مراقبت‌های پزشکی اشاره می‌کنیم.

E1. تصمیمات پوشش بیمه

تصمیم پوشش، تصمیمی است که ما در مورد مزایا و پوشش شما یا در مورد مبلغی که برای خدمات پزشکی یا داروهای شما پرداخت می‌کنیم، می‌گیریم. شما یا پزشکتان همچنین می‌توانید با ما تماس بگیرید و در مورد پوشش درمانی خود تصمیم بگیرید. شما یا پزشکتان ممکن است مطمئن نباشید که آیا ما خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا خیر، یا اینکه ممکن است از ارائه مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز شما خودداری کنیم. اگر می‌خواهید قبل از دریافت خدمات پزشکی بدانید که آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید که برای شما در مورد پوشش آن تصمیم بگیریم. زمانی که درخواست خدمات یا ادعایی را بررسی می‌کنیم، تصمیم پوشش را اتخاذ می‌کنیم. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که یک سرویس یا دارو تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal شما نیست یا دیگر تحت پوشش آن نیست. اگر با این تصمیم پوشش مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید.

E2. درخواست تجدید نظر

اگر ما در مورد پوشش درمانی تصمیمی بگیریم و شما از این تصمیم راضی نباشید، می‌توانید برای آن تصمیم «درخواست تجدیدنظر» کنید. درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما برای بررسی و تغییر تصمیم پوششی است که گرفته ایم.

هنگامی که برای اولین بار در مورد یک تصمیم تجدید نظر می‌کنید، به آن درخواست تجدید نظر سطح 1 می‌گویند. در این درخواست تجدیدنظر، ما تصمیم مربوط به پوشش بیمه‌ای که اتخاذ کرده‌ایم را بررسی می‌کنیم تا مطمئن شویم

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

که آیا همه قوانین را به درستی رعایت کرده‌ایم یا خیر. بازبینی‌کنندگان متفاوت از کسانی که تصمیم نامطلوب اولیه را گرفته‌اند، به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنند.

وقتی بررسی ما کامل شود، نتیجه بطور کتبی به اطلاع شما خواهد رسید. تحت شرایط خاصی که بعداً در این فصل در **بخش F2** توضیح داده خواهد شد، می‌توانید درخواست تسریع یا «تصمیم‌گیری سریع پوشش» یا «تجدید نظر سریع» در مورد تصمیم پوشش را بدهید.

اگر به بخشی یا همه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ منفی بدهیم، نامه ای را برایتان ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما مربوط به پوشش مراقبت‌های درمانی Medicare باشد، در نامه به شما گفته می‌شود که پرونده شما را برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 به سازمان بررسی مستقل (Independent Review Organization, IRO) ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما مربوط به پوشش خدمات یا اقامت Medicare بخش D یا Medicaid باشد، نامه به شما می‌گوید که چگونه خودتان درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 2 تجدیدنظر به **بخش F4** مراجعه کنید.

اگر از نتیجه تجدیدنظر سطح 2 راضی نیستید، ممکن است بتوانید از سطوح دیگر درخواست تجدیدنظر استفاده کنید.

E3. دریافت کمک در زمینه تعیین پوشش و درخواست تجدیدنظر

می‌توانید از هر یک از موارد زیر درخواست کمک کنید:

- با شماره‌های خدمات مشتریان که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید.
 - دفتر بازرس Medicare Medi-Cal یا
 - (Medicare Medi-Cal Ombudsman Program) به شماره 1-855-501-3077.
 - برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) با شماره 1-800-434-0222.
 - پزشک خود یا سایر ارائه دهندگان خدمات. پزشک شما یا ارائه کننده دیگری می‌تواند برای تصمیم مربوط به پوشش یا تجدیدنظر از سوی شما درخواست کنند.
 - یک دوست یا یکی از اعضای خانواده. شما می‌توانید شخص دیگری را به عنوان «نماینده» خود معرفی کنید تا از جانب شما درخواست تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدیدنظر کند.
 - یک وکیل. شما حق داشتن وکیل را دارید، اما برای درخواست تصمیم پوشش یا درخواست تجدیدنظر، ملزم به داشتن وکیل نیستید.
 - با وکیل خودتان تماس بگیرید یا از کانون وکلای محلی یا سایر سرویس‌های ارجاع، نام یک وکیل را جویا شوید. برخی از گروه های حقوقی در صورت واجد شرایط بودن، به شما خدمات حقوقی رایگان ارائه می‌دهند.
 - شما می‌توانید برای درخواست وکلای حقوق قانونی با دفتر برنامه Medicare Medi-Cal Ombudsman به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.
- اگر می‌خواهید وکیل یا شخص دیگری به عنوان نماینده شما عمل کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. این فرم به شخص دیگر اجازه می‌دهد از سوی شما اقدام کند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

با شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید و فرم «انتصاب نماینده» را درخواست کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به این وبسایت فرم را دریافت کنید www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا در وبسایت ما در: <https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#DocumentsandForms>. باید یک کپی از فرم امضاء شده را برای ما ارسال کنید.

E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند

چهار موقعیت وجود دارد که شامل تصمیمات مربوط به پوشش و درخواست تجدیدنظر می‌شود. هر موقعیتی قوانین و مهلت‌های متفاوتی دارد. ما جزئیات هر یک را در بخش جداگانه‌ای از این فصل بیان می‌کنیم. به بخش مربوطه مراجعه کنید:

- **بخش F، «مراقبت‌های پزشکی»**
- **بخش G، «داروهای Medicare بخش D»**
- **بخش H، «درخواست از ما برای پوشش مدت اقامت طولانی‌تر در بیمارستان»**
- **بخش I، «درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی» (این بخش فقط در مورد این خدمات اعمال می‌شود: مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی و خدمات مرکز جامع توانبخشی سرپایی (CORF)).**

اگر مطمئن نیستید از کدام بخش استفاده کنید، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

F. مراقبت‌های پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر در دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مشکل دارید یا اگر می‌خواهید سهم خود از هزینه‌های مراقبت‌هایتان را به شما بازپرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست اقامت طولانی‌تر در بیمارستان، لطفاً به **بخش H** مراجعه کنید.

این بخش در مورد مزایای شما برای مراقبت‌های پزشکی است که در **فصل 4** این کتابچه راهنمای اعضا در جدول مزایا توضیح داده شده است. در برخی موارد، ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی Medicare بخش B اعمال شود. وقتی این اتفاق می‌افتد، ما توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای Medicare بخش B با قوانین مربوط به خدمات و اقلام پزشکی متفاوت است.

F1. استفاده از این بخش

این بخش توضیح می‌دهد که در هر یک از موقعیت‌های زیر چه کاری می‌توانید انجام دهید:

1. شما فکر می‌کنید که ما مراقبت‌های پزشکی را پوشش می‌دهیم که شما نیاز دارید، اما دریافت نمی‌کنید.

چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش بیمه تصمیم‌گیری کنیم. به **بخش F2** مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

2. ما مراقبت‌های پزشکی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شما می‌خواهند به شما ارائه دهند را تأیید نکرده‌ایم، و شما فکر می‌کنید که ما باید این کار را انجام دهیم.
چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید از تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. به بخش F3 مراجعه کنید.
 3. شما مراقبت‌های پزشکی دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید ما پوشش می‌دهیم، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.
چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید به تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت اعتراض کنید. به بخش F5 مراجعه کنید.
 4. شما مراقبت‌های پزشکی را که فکر می‌کردید ما پوشش می‌دهیم، دریافت و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید، و می‌خواهید ما آن را به شما بازپرداخت کنیم.
چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. به بخش F5 مراجعه کنید.
 5. ما پوشش شما را برای برخی از مراقبت‌های پزشکی کاهش داده یا متوقف کرده‌ایم، و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند.
چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید به تصمیم ما مبنی بر کاهش یا توقف مراقبت‌های پزشکی اعتراض کنید. به بخش F4 مراجعه کنید.
 - اگر پوشش بیمه‌ای شامل مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت‌های مراکز پرستاری تخصصی یا خدمات CORF باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش H یا بخش I مراجعه کنید.
 - برای سایر شرایط مربوط به کاهش یا توقف پوشش بیمه‌ای شما برای مراقبت‌های پزشکی خاص، از این بخش (بخش F) به عنوان راهنما استفاده کنید.
 6. شما با تأخیر در مراقبت مواجه هستید یا نمی‌توانید پزشک پیدا کنید.
چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید شکایت خود را ثبت کنید. به بخش K2 مراجعه کنید.
- F2. درخواست تصمیم‌گیری در مورد پوشش

وقتی تصمیم مربوط به پوشش بیمه‌ای شامل مراقبت‌های پزشکی شما می‌شود، به آن تصمیم یکپارچه سازمانی می‌گویند.

شما، پزشک یا نماینده شما می‌توانید از طرق زیر از ما در مورد پوشش بیمه‌ای درخواست تصمیم کنید:

• تماس با: 1-877-412-2734, TTY 711

• فکس: 1-714-246-8711

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

• مکاتبه: CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West,
Orange, CA 92868

تصمیم پوشش استاندارد

وقتی تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنیم، از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه با مهلت‌های «سریع» موافقت کنیم. تصمیم پوشش استاندارد به این معنی است که ما در بازه زمانی زیر به شما پاسخ می‌دهیم:

- **7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست شما برای خدمات پزشکی یا موردی که مشمول قوانین مجوز قبلی ما است.
- **14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست شما برای سایر خدمات یا اقلام پزشکی.
- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما برای داروی Medicare بخش B.

تصمیم پوشش سریع

اصطلاح قانونی برای تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش بیمه، تعیین تکلیف تسریع شده است

وقتی از ما می‌خواهید در مورد پوشش مراقبت‌های پزشکی شما که نیاز به پاسخ سریع دارد، تصمیم بگیریم، از ما بخواهید که «تصمیم پوشش سریع» بگیریم. تصمیم پوشش سریع به این معنی است که ما در بازه زمانی زیر به شما پاسخ می‌دهیم:

- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما برای سایر خدمات یا اقلام پزشکی.
- **24 ساعت** پس از دریافت درخواست شما برای داروی Medicare بخش B.

برای دریافت تصمیم سریع در مورد پوشش بیمه، باید دو شرط را رعایت کنید:

- شما برای اقلام پزشکی و/یا خدماتی که دریافت نکرده‌اید درخواست پوشش بیمه دارید. شما نمی‌توانید درخواست تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش پرداختی برای اقلام یا خدماتی که قبلاً دریافت کرده‌اید را داشته باشید.

- استفاده از مهلت‌های استاندارد می‌تواند به سلامت شما آسیب جدی وارد کند یا به توانایی عملکرد شما آسیب برساند.

اگر پزشک شما تشخیص دهد که وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، ما به طور خودکار تصمیم پوشش سریعی را برای شما اتخاذ می‌کنیم. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست دهید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا تصمیم پوشش سریعی دریافت می‌کنید یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامتی شما شرایط لازم برای تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش بیمه را ندارد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که این موضوع را اعلام می‌کند و به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم. این نامه به شما اطلاع می‌دهد:

○ در صورت درخواست پزشک، ما به طور خودکار تصمیم پوشش سریع را برای شما صادر می‌کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

○ چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما مبنی بر ارائه تصمیم پوشش استاندارد به جای تصمیم پوشش سریع، یک «شکایت سریع» ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه یک شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم و دلایل آن را توضیح می‌دهیم.

- اگر پاسخ منفی بدهیم، شما حق دارید که درخواست تجدید نظر کنید. اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما برای بررسی تصمیممان و تغییر آن است.
- اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دارید، به سطح 1 فرآیند تجدیدنظر خواهید رفت (به بخش F3 مراجعه کنید).
- در شرایط محدود، ممکن است درخواست شما برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش را رد کنیم، به این معنی که درخواست را بررسی نخواهیم کرد. نمونه‌هایی از مواردی که درخواست رد می‌شود عبارتند از:
 - اگر درخواست ناقص باشد،
 - اگر کسی از طرف شما درخواست را مطرح کند اما از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، یا
 - اگر درخواست لغو درخواست خود را دارید.

اگر درخواستی برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش را رد کنیم، اطلاعیه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که در آن دلیل رد درخواست و نحوه درخواست بررسی رد درخواست توضیح داده شده است. این بررسی، تجدیدنظر نامیده می‌شود. در بخش بعدی به بررسی درخواست‌های تجدیدنظر پرداخته شده است.

F3. درخواست تجدید نظر سطح 1

برای شروع درخواست تجدیدنظر، شما، پزشک یا نماینده مجاز شما باید با ما تماس بگیرید. با ما با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.

درخواست تجدیدنظر استاندارد یا تجدیدنظر سریع را به صورت کتبی یا با تماس با ما به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، ارائه دهید.

- اگر پزشک یا سایر تجویزکنندگان شما در طول درخواست تجدیدنظر، از شما بخواهند که خدمات یا اقلامی را که قبلاً دریافت می‌کردید، ادامه دهید، ممکن است لازم باشد آنها را به عنوان نماینده خود برای اقدام از طرف خود معرفی کنید.
- اگر شخصی غیر از پزشک شما از طرف شما درخواست تجدیدنظر می‌دهد، فرم انتصاب نماینده را که به این شخص اجازه می‌دهد نماینده شما باشد ضمیمه کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به این وبسایت فرم را دریافت کنید. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا در وبسایت ما در: <https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#DocumentsandForms>
- 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 فرم را قبل از مهلت تعیین شده برای تصمیم‌گیری در مورد درخواست تجدیدنظر شما دریافت نکنیم:

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

- ما درخواست شما را رد می‌کنیم، و
 - ما یک اخطار کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که در آن حق شما را توضیح می‌دهیم تا از IRO بخواهید تصمیم ما برای رد درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کند.
 - شما باید ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ مندرج در نامه ای که برای آگاه سازی شما از تصمیم ارسال می‌داریم برای تجدید نظر درخواست کنید.
 - اگر مهلت را از دست بدهید و دلیل موجهی برای از دست دادن آن داشته باشید، ممکن است به شما زمان بیشتری برای ارائه درخواست تجدیدنظر بدهیم. مثال‌هایی از دلایل موجه می‌تواند مواردی مانند ابتلای شما به یک بیماری جدی یا ارائه اطلاعات نادرست در مورد مهلت مقرر به شما باشد. هنگام ارائه درخواست تجدیدنظر، دلیل تأخیر در رسیدگی به آن را توضیح دهید.
 - شما حق دارید از ما یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را درخواست کنید. آری، شما یا پزشک معالجتان می‌توانید برای حمایت از درخواست، اطلاعات بیشتری ارسال نمایید.
- اگر سلامت شما در خطر است، درخواست تجدید نظر سریع کنید.

اصطلاح قانونی برای «تجدید نظر سریع»، «بازنگری تسریع شده» است.

- اگر به تصمیمی که در مورد پوشش مراقبت گرفته‌ایم اعتراض کنید، شما و/یا پزشکتان می‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع بدهید.
 - اگر پزشک شما تشخیص دهد که وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، ما به طور خودکار تصمیم تجدیدنظر را برای شما اتخاذ می‌کنیم. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست دهید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا تجدیدنظر سریع دریافت می‌کنید یا خیر.
 - اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامتی شما شرایط لازم برای تصمیم‌گیری سریع در مورد تجدیدنظر را ندارد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که این موضوع را اعلام می‌کند و به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم. این نامه به شما اطلاع می‌دهد:
 - در صورت درخواست پزشک، ما به طور خودکار تجدیدنظر را برای شما صادر می‌کنیم.
 - چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما مبنی بر ارائه درخواست تجدیدنظر استاندارد به جای درخواست تجدیدنظر سریع، یک «شکایت سریع» ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه یک شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K مراجعه کنید.
- اگر به شما اطلاع دهیم که خدمات یا اقلامی را که قبل دریافت می‌کردید، متوقف یا کاهش می‌دهیم، ممکن است بتوانید در طول درخواست تجدیدنظر خود، آن خدمات یا اقلام را ادامه دهید.
- اگر تصمیم بگیریم پوشش خدمات یا اقلامی را که دریافت می‌کنید تغییر دهیم یا متوقف کنیم، قبل از هرگونه اقدامی، اطلاعیه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد.
 - اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 1 ارائه دهید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

- اگر ظرف 10 روز تقویمی از تاریخ مندرج در نامه ما یا تا تاریخ لازم‌الاجرا شدن اقدام، هر کدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر مرحله 1 دهید، ما به پوشش خدمات یا اقلام ادامه خواهیم داد.
 - اگر این مهلت را رعایت کنید، تا زمانی که درخواست تجدیدنظر در سطح 1 شما در حال تعلیق است، سرویس یا مورد را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.
 - همچنین تمام خدمات یا اقلام دیگر (که موضوع درخواست تجدیدنظر شما نیستند) را بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.
 - اگر قبل از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر ندهید، در مدت زمان انتظار برای تصمیم‌گیری در مورد درخواست تجدیدنظر، خدمات یا اقلام شما ادامه نخواهد یافت.
- ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و پاسخ خود را به شما ارائه می‌دهیم.
 - هنگامی که درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم، تمام اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت‌های پزشکی را با دقت مرور می‌کنیم.
 - ما بررسی می‌کنیم که آیا همه مقررات را در هنگام دادن پاسخ منفی به درخواست شما مراعات کرده ایم یا خیر.
 - اگر اطلاعات بیشتری لازم باشد، جمع‌آوری می‌کنیم. ما ممکن است برای کسب اطلاعات بیشتر با شما یا پزشکتان تماس بگیریم.
- برای درخواست تجدیدنظر سریع، مهلت‌هایی وجود دارد.
 - اگر با مهلت مقرر سریع موافقت کرده باشیم، ظرف مدت 72 ساعت از دریافت درخواست تجدید نظر، و حتی در صورت نیاز به سرعت بیشتر به دلیل سلامت شما، زودتر پاسخگو خواهیم بود. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، پاسخ خود را زودتر به شما خواهیم داد.
 - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخی ندهیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. بعداً در این فصل در بخش F4، در مورد این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند تجدید نظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا کالای Medicaid است، می‌توانید به محض تمام شدن زمان، یک جلسه استماع سطح 2 - ایالتی را به ایالت ارسال کنید. یک سازمان استماع ایالتی که به CalOptima Health OneCare Complete مرتبط نیست، پرونده شما را بررسی می‌کند و در مورد درخواست تجدیدنظر شما تصمیم می‌گیرد. برای ثبت درخواست رسیدگی ایالتی، به بخش F4 مراجعه کنید.
 - اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم، باید پوششی را که توافق کرده ایم ارائه دهیم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا در صورتی که سلامتی شما ایجاب کند، زودتر تأیید یا ارائه کنیم.
 - اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، درخواست تجدیدنظر شما را برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 به IRO ارسال می‌کنیم.

کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

برای درخواست تجدیدنظر معمولی، مهلت‌هایی وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید ظرف **30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای پوشش خدماتی که دریافت نکرده‌اید، به شما پاسخ دهیم.
- اگر درخواست شما مربوط به داروی Medicare بخش B است که آن را دریافت نکرده‌اید، ما ظرف **7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما یا در صورت نیاز به مراقبت‌های بهداشتی، زودتر به شما پاسخ خواهیم داد.
- اگر در مهلت مقرر به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرایند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. بعداً در این فصل در بخش **F4**، در مورد این سازمان به شما می‌گوییم و فرایند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا کالای Medicaid است، می‌توانید به محض تمام شدن زمان، یک جلسه استماع سطح 2 - ایالتی را به ایالت ارسال کنید. یک سازمان استماع ایالتی که به CalOptima Health OneCare Complete مرتبط نیست، پرونده شما را بررسی می‌کند و در مورد درخواست تجدیدنظر شما تصمیم می‌گیرد. برای ثبت درخواست رسیدگی ایالتی، به بخش **F4** مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم، باید پوششی را که توافق کرده‌ایم ارائه دهیم، ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا به همان سرعتی که وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند و ظرف 72 ساعت از تاریخ تغییر تصمیم ما، یا ظرف 7 روز تقویمی از تاریخ دریافت تجدیدنظر شما در صورتی که درخواست شما برای داروی Medicare بخش B باشد، تأیید یا ارائه کنیم.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، شما حقوق تجدیدنظر بیشتری دارید:

- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare است، نامه به شما می‌گوید که ما پرونده شما را برای تجدیدنظر سطح 2 به IRO فرستادیم.
- اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal است، این نامه به شما می‌گوید که چگونه خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ثبت کنید.

F4. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر به بخشی یا همه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای را برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید که آیا معمولاً خدمات یا اقلام تحت پوشش برنامه‌های Medicare، Medi-Cal یا هر دو هستند یا خیر.

- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش Medicare هستند، ما به محض تکمیل درخواست تجدیدنظر سطح 1، پرونده شما را به طور خودکار به سطح 2 فرایند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش Medi-Cal هستند، می‌توانید خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ثبت کنید. نامه ارسالی به شما می‌گوید که چگونه این کار را انجام دهید. ما همچنین اطلاعات بیشتری را بعداً در این فصل در بخش **G6** ارائه می‌دهیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

اگر زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را ثبت کردید واجد شرایط ادامه مزایا بودید، مزایای شما برای خدمات مورد یا داروی مورد تجدیدنظر ممکن است در سطح 2 نیز ادامه یابد. برای اطلاعات بیشتر در مورد ادامه مزایای خود در طول تجدیدنظرخواهی مرحله 1، به بخش F3 مراجعه کنید.

- اگر مشکل شما در مورد خدماتی است که معمولاً فقط تحت پوشش Medicare است، مزایای شما برای آن خدمات در طول فرآیند تجدیدنظر سطح 2 با IRO ادامه نمی‌یابد.
- اگر مشکل شما مربوط به خدماتی است که معمولاً فقط توسط Medi-Cal پوشش داده می‌شود، در صورتی که ظرف 10 روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما، درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ارسال کنید، مزایای شما برای آن خدمات ادامه خواهد یافت.

وقتی مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش Medicare هستند

IRO درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. این سازمان مستقلی است که توسط Medicare استخدام شده است.

نام رسمی سازمان بررسی مستقل (Independent Review Organization, IRO)، نهاد بررسی مستقل (Independent Review Entity) است که گاهی اوقات IRE نیز نامیده می‌شود

- این سازمان به ما وابسته نبوده و یک سازمان دولتی نیست. Medicare شرکت را به عنوان IRO انتخاب کرد و Medicare بر کار آنها نظارت دارد.
- ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما ("پرونده مورد") را برای این سازمان ارسال می‌کنیم. شما حق دارید یک نسخه رایگان از پرونده خود را داشته باشید.
- شما حق دارید اطلاعات بیشتری برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود به IRO ارائه دهید.
- بررسی‌کنندگان در IRO تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را با دقت بررسی می‌کنند.
- اگر در سطح 1 درخواست تجدیدنظر سریع داشتید، در سطح 2 نیز درخواست تجدیدنظر سریع خواهید داشت.
- اگر درخواست تجدیدنظر سریع برای ما در سطح 1 داشتید، به طور خودکار درخواست تجدیدنظر سریع در سطح 2 دریافت می‌کنید. IRO باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما به درخواست تجدیدنظر سطح 2 پاسخ دهد.
- اگر در سطح 1 درخواست تجدیدنظر استاندارد داشتید، در سطح 2 نیز درخواست تجدیدنظر استاندارد دارید.
- اگر یک درخواست تجدیدنظر استاندارد برای ما در سطح 1 داشتید، به طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دریافت می‌کنید.
- اگر درخواست شما مربوط به یک کالا یا خدمات پزشکی باشد، IRO باید ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما، به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ دهد.
- اگر درخواست شما مربوط به داروی Medicare بخش B باشد، IRO باید ظرف 7 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر، به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ دهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

اگر IRO پاسخ خود را کتباً به شما بدهد و دلایل را توضیح دهد.

- اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی پاسخ مثبت بدهد، ما باید فوراً این تصمیم را اجرا کنیم:
 - پوشش مراقبت‌های پزشکی را ظرف 72 ساعت تأیید کنید، یا
 - خدمات را ظرف 5 روز کاری پس از دریافت تصمیم IRO برای درخواست‌های استاندارد ارائه دهیم، یا
 - خدمات را ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم IRO برای درخواست‌های سریع ارائه دهیم.
- اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست داروی Medicare بخش B پاسخ مثبت بدهد، ما باید داروی Medicare بخش B مورد نظر را تأیید یا ارائه کنیم:
 - ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم IRO برای درخواست‌های استاندارد، یا
 - 24 ساعت پس از دریافت تصمیم IRO برای درخواست‌های سریع ارائه دهیم.
- اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، به این معنی است که آنها موافقت نمی‌کنند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) برای پوشش مراقبت‌های پزشکی را تأیید کنیم. این «تأیید تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر» نامیده می‌شود.
 - اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را بیشتر پیگیری کنید یا خیر.
 - پس از سطح 2، سه مرحله دیگر در روند تجدیدنظرخواهی وجود دارد که در مجموع به پنج مرحله می‌رسد.
 - اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما رد شد و شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را دارید، باید تصمیم بگیرید که آیا به سطح 3 بروید و درخواست تجدیدنظر سومی را ارائه دهید. جزئیات نحوه انجام این کار در اطلاعیه کتبی که پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، آمده است.
 - یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا وکیل دادگستری رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 3، 4، و 5 تجدید نظر به بخش J مراجعه کنید.

وقتی مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش Medi-Cal هستند

(1) جلسه رسیدگی ایالتی

شما می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست جلسه رسیدگی ایالتی بدهید. اگر پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر شما خدمات یا موردی را درخواست کند که ما آن را تأیید نمی‌کنیم، یا به پرداخت هزینه خدمات موردی که قبل دارید ادامه نمی‌دهیم و به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده‌ایم، شما حق دارید درخواست رسیدگی ایالتی کنید.

در بیشتر موارد، پس از ارسال اخطار «نامه تصمیم تجدیدنظر» برای شما، 120 روز فرصت دارید تا درخواست دادرسی ایالتی کنید.

توجه: اگر به این دلیل درخواست جلسه رسیدگی ایالتی کرده‌اید که به شما گفته‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، در صورتی که بخواهید در مدت زمان رسیدگی ایالتی خود به دریافت

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

آن خدمات ادامه دهید، روزهای کمتری برای ارسال درخواست خود خواهید داشت. برای کسب اطلاعات بیشتر، «آیا مزایای من در طول درخواست‌های سطح 2 ادامه می‌یابد» را در صفحه 216 بخوانید.

برای درخواست دادرسی ایالتی دو راه وجود دارد:

1. می‌توانید "درخواست برای دادرسی ایالتی" که در پشت اعلامیه اقدامات موجود است را پر کنید. باید همه اطلاعات مورد نیاز، مانند نام کامل، نشانی، شماره تلفن، نام برنامه یا کانتی که بر ضد شما تصمیم‌گیری کرده، برنامه (های) کمکی مربوطه، و شرح کامل دلایلی که برای درخواست دادرسی دارید را ارائه دهید. سپس می‌توانید با استفاده از یکی از روش‌های زیر درخواستتان را ارسال کنید:

• به اداره بهزیستی شهرستان به آدرس درج شده در اطلاعیه.

• به California Department of Social Services:

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433

Sacramento, California 94244-2430

• به بخش رسیدگی‌های ایالتی (State Hearings Division) با شماره فکس 1-916-309-3487 یا شماره رایگان 1-833-281-0903.

2. می‌توانید با اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا (California Department of Social Services) با شماره

1-800-743-8525 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر مایل

بودید تلفنی درخواست دادرسی ایالتی بکنید، باید بدانید که خطوط تلفنی می‌توانند خیلی مشغول باشند.

بخش رسیدگی‌های ایالتی، تصمیم خود را کتباً به شما اعلام می‌کند و دلایل آن را توضیح می‌دهد.

• اگر بخش رسیدگی‌های ایالتی به بخشی یا تمام درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی پاسخ مثبت بدهد، ما باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم آنها، آن خدمات یا کالا را تأیید یا ارائه کنیم.

• اگر بخش رسیدگی‌های ایالتی به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، به این معنی است که آنها موافقت نمی‌کنند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) برای پوشش مراقبت‌های پزشکی را تأیید کنیم. این «تأیید تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر» نامیده می‌شود.

اگر تصمیم IRO یا جلسه رسیدگی ایالتی برای تمام یا بخشی از درخواست شما منفی باشد، شما از حقوق تجدیدنظر بیشتری برخوردار هستید.

اگر تجدیدنظر سطح 2 شما به نهاد بررسی مستقل (IRO) ارجاع داده شد، تنها زمانی می‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر کنید که ارزش پولی خدمات یا اقلامی که می‌خواهید با حداقل مقدار معینی مطابقت داشته باشد. یک قاضی حقوق AL یا وکیل دادگستری رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. نامه ای که از IRO دریافت می‌کنید شرح کامل مراحل بعدی حق و حقوق تجدیدنظر شما را توضیح خواهد داد.

نامه ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت می‌کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را شرح می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود بعد از سطح 2 به بخش J مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

F5. مشکلات مربوط به پرداخت

ما به ارائه دهندگان خدمات شبکه خود اجازه نمی‌دهیم که برای خدمات و اقلام تحت پوشش از شما هزینه دریافت کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه کننده برای خدمات یا لوازم تحت پوشش مطالبه می کند صدق میکند. شما هرگز لازم نیست مازاد هیچ صورتحسابی را پرداخت کنید.

در صورت دریافت صورت حساب برای خدمات و اقلام تحت پوشش، آن صورت حساب را برای ما بفرستید. شما نباید شخصاً صورتحساب را پرداخت کنید. ما مستقیماً با ارائه دهنده تماس گرفته و مشکل شما را حل میکنیم. اگر صورتحساب را پرداخت کنید، در صورتی که قوانین مربوط به دریافت خدمات یا اقلام را رعایت کرده باشید، می‌توانید از طرح ما وجه خود را پس بگیرید.

برای اطلاعات بیشتر به **فصل 7** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید. در اینجا چند مورد ذکر می شود که در آن ممکن است لازم باشد از ما بخواهید که هزینه را به شما بازپرداخت کنیم یا صورتحسابی را که از ارائه دهنده دریافت کرده‌اید، پرداخت کنیم. همچنین نحوه ارسال مدارکی که از ما درخواست پرداخت می‌کنند را شرح می‌دهد.

اگر درخواست بازپرداخت وجه را داشته باشید، در واقع درخواست تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه‌ای را دارید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا خدمات یا کالایی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش بیمه است و آیا تمام قوانین استفاده از پوشش بیمه‌ای خود را رعایت کرده‌اید یا خیر.

- اگر خدمات یا اقلامی که هزینه آنها را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش بیمه باشند و شما تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما معمولاً ظرف 30 روز تقویمی، تا حداکثر 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، هزینه خدمات یا اقلام را برای شما یا ارائه‌دهنده خدمات شما ارسال خواهیم کرد. اگر پرداخت به ارائه‌دهنده شما انجام شود، سپس ارائه‌دهنده هزینه پرداختی را برای شما ارسال خواهد کرد.
- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده‌اید، ما مبلغ را مستقیماً به ارائه‌دهنده ارسال خواهیم کرد. وقتی ما هزینه را ارسال می‌کنیم، مانند این است که به درخواست شما برای تعیین پوشش بیمه پاسخ مثبت می‌دهیم.
- اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشند یا شما تمام قوانین را رعایت نکرده باشید، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که در آن به شما اطلاع می‌دهیم که هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نمی‌کنیم و دلیل آن را توضیح خواهیم داد.

اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. فرآیند تجدیدنظر توضیح داده شده در **بخش F3** را دنبال کنید. وقتی این دستورالعمل‌ها را دنبال می‌کنید، توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت هزینه از ما درخواست تجدیدنظر کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد و **Medicare** معمولاً خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهد، پرونده شما را به **IRO** ارسال خواهیم کرد. اگر این اتفاق بیفتد، برای شما نامه‌ای ارسال خواهیم کرد.
- اگر **IRO** تصمیم ما را لغو کند و بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، باید ظرف 30 روز تقویمی مبلغ پرداختی را برای شما یا ارائه دهنده خدمات ارسال کنیم. اگر پاسخ درخواست تجدیدنظر شما در هر مرحله از فرآیند تجدیدنظر پس از سطح 2 مثبت است، ما باید ظرف 60 روز تقویمی مبلغ را برای شما یا ارائه دهنده خدمات درمانی ارسال کنیم.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، به این معنی است که آنها موافقت نمی‌کنند که ما نباید درخواست شما را تأیید کنیم. این «تأیید تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر» نامیده می‌شود. نامه‌ای دریافت خواهید کرد که در آن حقوق درخواست تجدیدنظر دیگری که ممکن است داشته باشید، توضیح داده شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطوح دیگر تجدیدنظرخواهی به **بخش J** مراجعه کنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما منفی است و Medi-Cal معمولاً خدمات یا اقلام مورد نظر را پوشش می‌دهد می‌توانید خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر لطفاً به **بخش F4** مراجعه کنید.

G. داروهای Medicare بخش D

مزایای شما به عنوان عضوی از طرح ما شامل پوشش بسیاری از داروها می‌شود. بیشتر این داروها، داروهای Medicare بخش D هستند. چند دارو وجود دارد که Medicare بخش D آنها را پوشش نمی‌دهد، اما Medi-Cal ممکن است آنها را پوشش دهد. **بخش فقط مربوط به درخواست تجدیدنظر برای داروهای Medicare بخش D می‌باشد.** در ادامه این بخش به جای اینکه هر بار بگوییم «داروی Medicare بخش D»، از «دارو» استفاده خواهیم کرد. برای داروهایی که فقط تحت پوشش Medi-Cal هستند، مراحل ذکر شده در **بخش J2** را دنبال کنید، یا می‌توانید برای اطلاعات بیشتر به وبسایت [Medi-Cal Rx \(medi-calrx.dhcs.ca.gov/\)](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید.

برای اینکه دارو تحت پوشش بیمه قرار گیرد، باید برای یک مورد پزشکی پذیرفته شده استفاده شود. این بدان معناست که دارو توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (Food and Drug Administration, FDA) تأیید شده است یا توسط مراجع پزشکی خاصی پشتیبانی می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نشانه‌های پذیرفته شده پزشکی، به **فصل 5** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G1. تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر Medicare بخش D

در اینجا نمونه‌هایی از تصمیمات مربوط به پوشش داروهای Medicare بخش D شما آمده است:

- شما از ما می‌خواهید که استثنا قائل شویم، از جمله اینکه از ما بخواهید:
 - داروی Medicare بخش D را که در فهرست داروهای طرح شما نیست را پوشش دهیم یا
 - از ما درخواست می‌کنید محدودیت‌های موجود را برای پوشش دارویی خاص (مانند محدودیت میزان داروهای می‌توانید دریافت کنید) برداریم
 - شما از ما می‌پرسید که آیا دارویی برای شما تحت پوشش است یا خیر (مانند زمانی که داروی شما در فهرست دارویی طرح ما قرار دارد، اما قبل از اینکه آن را پوشش دهیم باید آن را برای شما تأیید کنیم)
- توجه:** اگر داروخانه به شما بگوید که داروی تجویزی شما طبق دستور پزشک قابل تهیه نیست، داروخانه یک اطلاعیه کتبی به شما می‌دهد و توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید برای درخواست تصمیم پوشش با ما تماس بگیرید.

تصمیم اولیه در مورد پوشش داروهای Medicare بخش D شما، «تعیین پوشش» نامیده می‌شود.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

- شما می خواهید برای بازپرداخت هزینه داروی نسخه ای که خریداری کرده اید درخواست کنید. این درخواست برای تصمیم گیری در مورد پوشش پرداخت است.
- اگر با تصمیم پوششی که ما گرفته ایم مخالف هستید، می توانید به تصمیم ما اعتراض کنید. این بخش به شما می گوید که چگونه برای تصمیمات مربوط به پوشش درخواست دهید و چگونه درخواست تجدیدنظر دهید. از جدول زیر برای راهنمایی کمک بگیرید.

شما در کدام یک از این شرایط هستید؟			
شما به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما نیست یا از ما بخواهید که قانون یا محدودیت در مورد دارویی که پوشش می دهیم را لغو کنیم.	شما می خواهید ما دارویی را در فهرست دارویی خود پوشش دهیم، و فکر می کنید که قوانین یا محدودیت های طرح (مانند دریافت تأییدیه قبلی) را برای داروی مورد نیاز خود رعایت می کنید.	می خواهید از ما درخواست کنید هزینه داروئی که قبلاً دریافت کرده اید و هزینه آنرا پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت کنیم.	ما به شما گفتیم که هزینه دارو را آنطور که شما می خواهید پوشش نمی دهیم یا پرداخت نمی کنیم.
می توانید از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. (این یک نوع تصمیم پوشش است.)	می توانید از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. (این یک نوع تصمیم پوشش است.)	می توانید درخواست تجدید نظر کنید. (به این معنی است که از ما می خواهید درخواست شما را دوباره بررسی کنیم.)	می توانید درخواست تجدید نظر کنید. (به این معنی است که از ما می خواهید درخواست شما را دوباره بررسی کنیم.)
با بخش G2 شروع کنید، سپس به بخش های G3 و G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G5 مراجعه کنید.

G2. استثنائات Medicare بخش D

اگر ما دارویی را آنطور که شما می خواهید پوشش ندهیم، می توانید از ما بخواهید که «استثنا» قائل شویم. اگر درخواست شما برای استثنا را رد کنیم، شما می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. وقتی درخواست استثنا می کنید، پزشک یا دیگر تجویزکننده دارو باید دلایل پزشکی نیاز شما به این استثنا را توضیح دهد.

درخواست پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست یا درخواست حذف محدودیت دارویی، گاهی اوقات درخواست «استثنا در فهرست دارویی» نامیده می شود.

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



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

چند مثال برای استثنائاتی که شما، پزشک یا تجویزکننده دیگر می توانید درخواست کنید، در زیر آمده است:

1. پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست

- اگر ما موافقت کنیم که استثنا قائل شویم و دارویی را که در فهرست دارویی ما نیست پوشش دهیم، شما مبلغ اشتراک هزینه ای را که برای داروهای ردیف 2 برای داروهای برند اعمال می شود، پرداخت می کنید.
- شما نمی توانید در زمینه مبلغ پرداختی لازم برای دارو استثنایی دریافت کنید.

2. حذف محدودیت برای یک داروی تحت پوشش

- قوانین یا محدودیت های اضافی در مورد داروهای خاصی در فهرست دارویی ما اعمال می شود (برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 این دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).
- قوانین و محدودیت های اضافی برای داروهای خاص عبارتند از:
 - ضرورت استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی مارک تجاری.
 - قبل از اینکه موافقت کنیم هزینه دارو را برای شما پوشش دهیم، تأیید ما را از قبل دریافت کنید.
 - این گاهی اوقات «اجازه قبلی (prior authorization, PA)» نامیده می شود.
 - الزام به امتحان کردن داروی دیگری قبل از موافقت با پوشش دارویی که درخواست می کنید. این روش گاهی اوقات «درمان مرحله ای» نامیده می شود.
 - محدودیت های مقدار. برای برخی داروها، محدودیت هایی در میزان دارویی که می توانید دریافت کنید وجود دارد.

G3. نکات مهمی که باید در مورد درخواست استثنا بدانید

پزشک یا دیگر تجویز کنندگان شما باید به ما دلایل پزشکی ارائه دهند.

پزشک یا دیگر تجویز کنندگان شما باید با ذکر دلایل پزشکی برای ما بنویسند که چرا درخواست استثناء می کنند. برای تصمیم گیری سریع تر، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا سایر تجویز کنندگان خود هنگام درخواست استثناء اضافه کنید.

فهرست دارویی ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. اینها داروهای «جایگزین» نامیده می شوند. اگر داروی جایگزین به اندازه داروی درخواستی شما مؤثر باشد و عوارض جانبی بیشتر یا سایر مشکلات سلامتی ایجاد نکند، معمولاً درخواست استثنای شما را تأیید نمی کنیم.

ما می توانیم به درخواست شما برای استثناء پاسخ مثبت یا منفی دهیم.

- اگر به درخواست استثنای شما پاسخ مثبت بدهیم، این استثنا معمولاً تا پایان سال تقویمی ادامه خواهد داشت. این موضوع تا زمانی صادق است که پزشک شما به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو همچنان برای درمان بیماری شما ایمن و مؤثر باشد.
 - اگر به درخواست استثنای شما پاسخ منفی بدهیم، می توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر در صورت پاسخ منفی ما، به بخش G5 مراجعه کنید.
- بخش بعدی نحوه درخواست تصمیم پوشش، از جمله درخواست استثناء را به شما توضیح می دهد.

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



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

G4. درخواست برای تصمیم پوشش، از جمله درخواست استثنا

- با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، به صورت کتبی یا از طریق فکس، نوع تصمیم پوشش مورد نظر خود را جویا شوید. شما، نماینده شما، یا پزشک شما (یا سایر تجویزکنندگان) می‌توانید این درخواست را ارسال کنید. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست خود را ذکر کنید.
- شما، پزشک (یا دیگر مجوزین دارو) یا هر شخص دیگری که به نمایندگی شما عمل می‌کند، می‌توانید درخواست تعیین پوشش دهید. همچنین می‌توانید یک وکیل را از جانب خود منصوب کنید.
- برای اطلاع از نحوه معرفی یک نفر به عنوان نماینده خود، به **بخش E3** مراجعه کنید.
- برای درخواست تصمیم‌گیری در مورد پوشش از طرف شما، نیازی به اجازه کتبی به پزشک یا سایر تجویزکنندگان ندارید.
- اگر می‌خواهید از ما بخواهید هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم، به **فصل 7** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر درخواست استثنا دارید، لازم است که یک «اظهارنامه پشتیبان» به ما ارائه دهید. بیانیه پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک یا سایر تجویزکنندگان برای درخواست استثنا است.
- پزشک یا دیگر تجویزکنندگان می‌توانند بیانیه پشتیبان را برای ما فکس یا پست کنند. آنها همچنین می‌توانند از طریق تلفن به ما اطلاع دهند و سپس بیانیه را فکس یا پست کنند.
- اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، می‌توانید از ما درخواست «تصمیم‌گیری سریع پوشش» کنید ما از «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه با «مهلت‌های سریع» موافقت کنیم.
- **تصمیم پوشش معمول** بدین معنی می‌باشد که ظرف 72 ساعت بعد از اینکه گزارش پزشک شما را دریافت کردیم به شما پاسخ خواهیم داد.
- **تصمیم پوشش سریع** یعنی ظرف 24 ساعت از زمان دریافت گزارش پزشک شما به آن پاسخ می‌دهیم.

یک «تصمیم پوشش سریع» «تعیین پوشش سریع» نامیده می‌شود.

در صورت وجود شرایط زیر می‌توانید تصمیم پوشش بیمه سریع دریافت کنید:

- این برای دارویی است که شما دریافت نکردید. اگر از ما بخواهید هزینه دارویی را که قبلاً خریداری کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید تصمیم پوشش سریعی دریافت کنید.
- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامت یا توانایی شما برای انجام کارها به طور جدی آسیب خواهد دید.

اگر پزشک یا تجویزکننده دیگر شما به ما بگوید که وضعیت سلامتی شما نیاز به تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش دارد، درخواست شما را تحت جدول زمانی تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش بررسی خواهیم کرد. ما نامه‌ای حاوی این اطلاعات برای شما ارسال خواهیم کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

- اگر بدون دریافت حمایت از پزشک یا سایر تجویزکنندگان، شخصا درخواست تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش درمانی خود را داشته باشید، ما در مورد دریافت تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش درمانی شما تصمیم خواهیم گرفت.
- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت پزشکی شما شرایط تصمیم پوشش سریع را برآورده نمی‌کند، به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
 - ما نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که در آن به شما اطلاع می‌دهیم که از مهلت استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید.
 - شما می‌توانید یک شکایت سریع ارسال کنید و در عرض 24 ساعت پاسخ دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه یک شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K مراجعه کنید.

مهلت‌های تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش بیمه

- اگر از مهلت‌های سریع استفاده کنیم، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما پاسخ خود را به شما بدهیم. اگر استثنا بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، پاسخ خود را زودتر به شما خواهیم داد.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 2 تجدید نظر به بخش G6 مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم، ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه پشتیبان پزشکتان، پوشش را به شما ارائه می‌دهیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

مهلت‌های تصمیم‌گیری استاندارد برای پوشش دارویی که دریافت نکرده‌اید

- اگر از مهلت‌های معمول استفاده می‌کنیم، باید ظرف 72 ساعت بعد از وصول درخواست به شما پاسخ بدهیم. اگر استثنا بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، پاسخ خود را زودتر به شما خواهیم داد.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه پشتیبان پزشکتان مبنی بر استثنا، پوشش بیمه را به شما ارائه خواهیم داد.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

مهلت‌های تصمیم‌گیری استاندارد در مورد پوشش دارویی که قبل خریداری کرده‌اید

- ما باید ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما به شما پاسخ بدهیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم، ظرف 14 روز تقویمی مبلغ را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

G5. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1

درخواست تجدیدنظر از طرح ما در مورد تصمیم پوشش دارویی Medicare بخش D، «تصمیم‌گیری مجدد» طرح نامیده می‌شود.

- درخواست تجدیدنظر استاندارد یا سریع خود را با تماس با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، ارسال نامه یا فکس به ما، آغاز کنید. شما، نماینده شما، یا پزشک شما (یا سایر تجویزکنندگان) می‌توانید این درخواست را ارسال کنید. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را ذکر کنید.
- شما باید ظرف **65 روز تقویمی** از تاریخ نامه‌ای که ما برای اعلام تصمیم خود به شما فرستادیم درخواست تجدید نظر کنید.
- اگر مهلت را از دست بدهید و دلیل موجهی برای از دست دادن آن داشته باشید، ممکن است به شما زمان بیشتری برای ارائه درخواست تجدیدنظر بدهیم. مثال‌هایی از دلایل موجه می‌تواند مواردی مانند ابتلای شما به یک بیماری جدی یا ارائه اطلاعات نادرست در مورد مهلت مقرر به شما باشد. هنگام ارائه درخواست تجدیدنظر، دلیل تأخیر در رسیدگی به آن را توضیح دهید.
- شما حق دارید از ما یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را درخواست کنید. شما و پزشکتان همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتری برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود در اختیار ما قرار دهید.

اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، درخواست تجدید نظر سریع کنید.

درخواست تجدیدنظر سریع همچنین «تصمیم‌گیری مجدد سریع» نامیده می‌شود.

- اگر در زمینه تصمیمی که ما در مورد دارویی که دریافت نکرده‌اید گرفته‌ایم درخواست تجدیدنظر کنید، شما و پزشک یا تجویزکننده دیگر تصمیم می‌گیرید که آیا به تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
- شرایط لازم برای درخواست تجدیدنظر سریع، مشابه شرایط لازم برای تصمیم پوشش سریع است. برای اطلاعات بیشتر لطفاً به بخش **G4** مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و پاسخ خود را به شما ارائه می‌دهیم.

- ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و نگاهی دقیق‌تر به تمام اطلاعات مربوط به درخواست پوشش بیمه‌ای شما می‌اندازیم.
- ما بررسی می‌کنیم که آیا هنگام پاسخ منفی به درخواست شما، قوانین را رعایت کرده‌ایم یا خیر.
- ممکن است برای اطلاعات بیشتر با شما، پزشک یا دیگر تجویز کنندگان تماس بگیریم.

مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر سریع سطح 1

- اگر از مهلت‌های فوری استفاده کنیم، باید ظرف **72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم.
 - اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، پاسخ خود را زودتر به شما خواهیم داد.
 - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخی ندهیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات مربوط به سازمان بررسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به بخش **G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم، باید پوششی را که توافق کرده‌ایم ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه دهیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر استاندارد سطح 1

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید ظرف **7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم.
- اگر دارو را دریافت نکرده باشید و وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، تصمیم خود را زودتر به شما اعلام خواهیم کرد. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، درخواست تجدید نظر سریع کنید.
 - اگر ظرف 7 روز تقویمی تصمیمی به شما اعلام نکنیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات مربوط به سازمان بررسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به بخش **G6** مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم:

- ما باید پوششی را که توافق کرده‌ایم ارائه دهیم، در اسرع وقت و با توجه به شرایط سلامتی شما، اما حداکثر تا **7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، ارائه دهیم.
- ما باید ظرف **30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، هزینه دارویی را که خریداری کرده‌اید، برای شما ارسال کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم:

- ما نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.
- ما باید ظرف **14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، در مورد بازپرداخت هزینه دارویی که خریداری کرده‌اید، به شما پاسخ بدهیم.
 - اگر ظرف 14 روز تقویمی تصمیمی به شما اعلام نکنیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات مربوط به سازمان بررسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به بخش **G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، مبلغ را به شما پرداخت کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

G6. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما منفی باشد، می‌توانید این تصمیم را قبول کنید یا تجدیدنظر دیگری را درخواست کنید. اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دیگری بگیرید، از فرآیند تجدیدنظر سطح 2 استفاده خواهید کرد. سازمان **IRO** تصمیم ما را پس از اینکه به اولین درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی دادیم، بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا ما باید تصمیم خود را تغییر بدهیم یا خیر.

نام رسمی «سازمان بررسی مستقل» (Independent Review Organization, IRO)، «نهاده بررسی مستقل» (Independent Review Entity) است که گاهی اوقات «IRE» نیز نامیده می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما، یا پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها باید به صورت کتبی با IRO تماس گرفته و درخواست بررسی پرونده خود را داشته باشید.

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای که برای شما ارسال می‌کنیم شامل دستورالعمل‌هایی درباره نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 با IRO است. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند که چه کسی می‌تواند درخواست تجدیدنظر سطح 2 را انجام دهد، چه مهلت‌هایی را باید دنبال کنید و چگونه به سازمان دسترسی پیدا کنید.
 - وقتی شما به IRO درخواست تجدیدنظر می‌دهید، ما اطلاعاتی را که در مورد درخواست تجدیدنظر شما داریم برای این سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «مورد پرونده» شما نامیده می‌شود. شما حق دارید یک نسخه رایگان از پرونده خود را داشته باشید. اگر برای درخواست یک نسخه رایگان از پرونده خود به کمک نیاز دارید، با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.
 - شما حق دارید اطلاعات بیشتری برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود به IRO ارائه دهید.
- IRO درخواست تجدیدنظر سطح 2 Medicare بخش D شما را بررسی کرده و به صورت کتبی به شما پاسخ می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد IRO به بخش **F4** مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر سریع سطح 2

اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، از IRO درخواست تجدیدنظر سریع کنید.

- اگر آنها با درخواست تجدیدنظر سریع موافقت کنند، باید ظرف **72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهند.
- اگر آنها به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهند، ما باید پوشش دارویی تأیید شده را ظرف **24 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO ارائه دهیم.

مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر استاندارد سطح 2

اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دارید، IRO باید به صورت ذکر شده در قسمت زیر به شما پاسخ دهد:

- ظرف **7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید.
- ظرف **14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر برای بازپرداخت دارویی که خریداری کرده‌اید.

اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهد:

- ما باید پوشش دارویی تأیید شده را ظرف **72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO ارائه دهیم.
- ما باید ظرف **30 روز تقویمی** پس از دریافت تصمیم IRO، هزینه دارویی را که خریداری کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم.

- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، به این معنی است که آنها با تصمیم ما مبنی بر عدم تأیید درخواست شما موافق هستند. این «تأیید تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر» نامیده می‌شود.

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ منفی بدهد، اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید با حداقل ارزش دلاری مطابقت داشته باشد، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش مالی پوشش دارویی که درخواست می‌کنید کمتر از حداقل مورد نیاز باشد، نمی‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر دهید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر سطح 2 نهایی است. IRO نامه ای برای شما ارسال می‌کند که حداقل ارزش مالی مورد نیاز برای ادامه درخواست تجدیدنظر در سطح 3 را به شما می‌گوید.

اگر ارزش مالی درخواست شما با الزامات مطابقت داشته باشد، می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را بیشتر پیگیری کنید یا خیر.

- پس از سطح 2، سه مرحله دیگر در روند تجدیدنظرخواهی وجود دارد.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما نه بگوید و شما شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را دارید، شما می‌توانید:
 - تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدید نظر در سطح 3 داشته باشید.
 - برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3 به نامه ای که IRO برای شما ارسال کرده است، مراجعه کنید.

یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا وکیل دادگستری رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 3، 4، و 5 تجدید نظر به بخش J مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

H. درخواست از ما برای پوشش مدت طولانی‌تر بستری در بیمارستان

وقتی در بیمارستان بستری می‌شوید، حق شماست که از همه خدمات بیمارستانی که تحت پوشش ماست و برای تشخیص و درمان بیماری یا جراحی شما لازم است، بهره‌مند شوید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح ما، به **فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

در طول مدت بستری تحت پوشش در بیمارستان، پزشک و کارکنان بیمارستان با شما همکاری می‌کنند تا برای روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید، آماده شوند. آنها همچنین به شما در ترتیب دادن مراقبت‌هایی که ممکن است پس از ترخیص بیمارستان به آنها نیاز داشته باشید، کمک می‌کنند.

- روزی که از بیمارستان مرخص می‌شوید "تاریخ ترخیص" نام دارد.
- پزشک یا دیگر کارکنان به شما خواهند گفت که تاریخ ترخیص شما چه روزی است.

اگر فکر می‌کنید از شما خواسته شده است که خیلی زود بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت‌های خود پس از ترک بیمارستان هستید، می‌توانید درخواست اقامت طولانی‌تر در بیمارستان را بدهید. این بخش چگونگی چنین درخواستی را شرح می‌دهد.

H1. آگاهی از حقوق Medicare خود

ظرف دو روز پس از بستری شدن در بیمارستان، شخصی در بیمارستان، مانند یک پرستار یا مددکار، یک اطلاعیه کتبی با عنوان «پیام مهم از طرف Medicare در مورد حقوق شما» به شما خواهد داد. هر فرد تحت پوشش بیمه درمانی Medicare، هر زمان که در بیمارستان بستری شود، یک نسخه از این اطلاعیه را دریافت می‌کند.

اگر اطلاعیه را دریافت نکردید، می‌توانید از هر یک از کارکنان بیمارستان آنرا درخواست کنید. در صورت نیاز به راهنمایی، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره رایگان 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- این اعلامیه را به دقت بخوانید و اگر هر قسمت آن را متوجه نمی‌شوید سؤال کنید. این پیام مهم اطلاعاتی در مورد حقوق شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان به شما ارائه می‌کند، از جمله حقوق شما برای:
 - در طول مدت بستری در بیمارستان و پس از آن، از خدمات تحت پوشش بیمه درمانی Medicare بهره‌مند شوید. این حق شماست که بدانید این خدمات چه هستند، چه کسی هزینه آن را می‌پردازد، و چگونه می‌توان به این خدمات دسترسی یافت.
 - مشارکت در هرگونه تصمیماتی که در مورد طول مدت اقامت بیمارستانی شما گرفته می‌شود.
 - آگاهی از اینکه هرگونه مشکلات که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.
 - درخواست تجدیدنظر اگر فکر می‌کنید که خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده‌اید.
- این اطلاعیه را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید و از حقوق خود آگاه هستید.
 - شما یا کسی که از طرف شما اقدام می‌کند، می‌توانید این اطلاعیه را امضا کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

○ امضای این اطلاعیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنی نیست که شما با تاریخ ترخیصی که پزشک یا کارکنان بیمارستان ممکن است به شما گفته باشند، موافق هستید.

● نسخه امضاء شده را برای خود نگه دارید تا اطلاعات مربوطه را در صورت لزوم داشته باشید.

اگر بیش از دو روز قبل از روز ترخیص از بیمارستان، این اطلاعیه را امضا کنید، قبل از ترخیص، یک نسخه دیگر از آن را دریافت خواهید کرد.

در صورت داشتن شرایط زیر می‌توانید از قبل یک نسخه از اطلاعیه را مشاهده کنید:

- با شماره‌های خدمات مشتریان که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید.
- یا با Medicare توسط شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

● به این وبسایت مراجعه کنید

www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

H2. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1

اگر می‌خواهید خدمات بستری بیمارستانی شما را برای مدت بیشتری پوشش دهیم، باید درخواست تجدید نظر کنید. سازمان بهبود کیفیت (QIO) درخواست تجدیدنظر سطح 1 را بررسی می‌کند تا مشخص شود که آیا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب است یا خیر.

QIO گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که توسط دولت فدرال حقوق دریافت می‌کنند. این متخصصان کیفیت خدمات درمانی افراد تحت پوشش بیمه درمانی Medicare را بررسی و به بهبود آن کمک می‌کنند. آنها بخشی از طرح ما نیستند.

QIO در کالیفرنیا Commence Health است. با آنها به شماره 1-877-588-1123 تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اعلامیه، «پیام مهم Medicare درباره حقوق شما» و در فصل 2 آمده است.

قبل از ترک بیمارستان و حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده‌تان، با QIO تماس بگیرید.

- اگر قبل از ترک کردن تماس بگیرید، در طول مدتی که برای دریافت تصمیم در مورد تجدید نظر خود از QIO منتظر می‌شوید، به شما اجازه داده می‌شود که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده بدون اینکه برای آن هزینه ای پرداخت کنید، در بیمارستان باقی بمانید.
- اگر برای اعتراض تماس نگیرید و تصمیم بگیرید که پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده‌تان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم باشد همه هزینه های مراقبت بیمارستانی را بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده پرداخت کنید.

اگر به کمک نیاز دارید، درخواست کمک کنید. اگر در هر زمانی سوالی دارید یا به کمک نیاز دارید:

- با شماره‌های خدمات مشتریان که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید.
- برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

درخواست بررسی سریع کنید. سریع اقدام کنید و با QIO تماس بگیرید تا درخواست بررسی سریع ترخیص شما از بیمارستان را ارائه دهید.

اصطلاح قانونی برای «بررسی سریع»، «بررسی فوری» یا «بررسی تسريع شده» است.

در طول بررسی سریع چه اتفاقی می افتد

- بررسی کنندگان در QIO از شما یا نماینده تان می پرسند که چرا فکر می کنید پوشش بیمه باید پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده ادامه یابد. شما ملزم به نوشتن بیانییه نیستید، اما می توانید این کار را انجام دهید.
- بررسی کنندگان اطلاعات پزشکی شما را بررسی می کنند، با پزشک شما صحبت می کنند و اطلاعاتی را که بیمارستان و طرح ما در اختیارشان قرار داده است، بررسی می کنند.
- تا ظهر روز بعد از دریافت نتیجه از بررسی کنندگان، نامه ای دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده تان را اعلام خواهد کرد. این نامه همچنین دلایلی را ارائه می دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می کنیم که این تاریخ ترخیص، از نظر پزشکی برای شما مناسب است.

اصطلاح قانونی برای این نامه توضیح کتبی «اطلاعیه تفصیلی ترخیص» است. شما می توانید با تماس با خدمات مشتریان از طریق شماره های پایین صفحه یا با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE نمونه ای از آن را دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می توانید به یک نمونه اطلاعیه آنلاین در آدرس زیر مراجعه کنید www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، QIO پاسخ درخواست تجدیدنظر شما را ارائه می دهد. اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- ما خدمات بستری تحت پوشش شما را در بیمارستان تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد، ارائه خواهیم داد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:

- آنها معتقدند که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بستری در بیمارستان شما، ظهر روز بعد از پاسخ QIO به درخواست تجدیدنظر شما، پایان می یابد.
- ممکن است مجبور شوید هزینه کامل مراقبت های بیمارستانی را که از بعد از ظهر روز بعد از اینکه QIO پاسخ خود را به درخواست تجدیدنظر شما ارائه داد دریافت می کنید را پرداخت کنید.
- اگر QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد و شما پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود در بیمارستان بمانید، می توانید درخواست تجدید نظر سطح 2 کنید.

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



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

H3. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO می‌خواهید که تصمیمی را که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، دوباره بررسی کند. با آنها به شماره 1-877-588-1123 تماس بگیرید.

شما باید ظرف **60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO به تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده است، برای این بررسی درخواست دهید. شما فقط در صورتی می‌توانید درخواست این بررسی را بدهید که پس از تاریخ پایان پوشش مراقبتی خود در بیمارستان بمانید.

بازبینان QIO این موارد را انجام خواهند داد:

- نگاهی دقیق دیگر به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود بیندازید.
- تصمیم خود را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بررسی دوم به شما اطلاع می‌دهند.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:
- ما باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی را از ظهر روز بعد از تاریخی که QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد، به شما بازپرداخت کنیم.
- ما خدمات بستری تحت پوشش شما را در بیمارستان تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد، ارائه خواهیم داد.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:
- آنها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی‌دهند.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 را ارائه کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا وکیل دادگستری رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 3، 4، و 5 تجدیدنظر به بخش ۱ مراجعه کنید.

I. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات درمانی خاص

این بخش فقط در مورد سه نوع خدماتی است که ممکن است دریافت کنید:

- خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل
- مراقبت پرستاری تخصصی در یک مرکز پرستاری تخصصی، و
- مراقبت توانبخشی به عنوان یک بیمار سرپایی در CORD تایید شده توسط Medicare. این معمولاً به این معنی است که شما در حال دریافت درمان برای یک بیماری یا تصادف هستید یا در حال بهبودی از یک عمل جراحی بزرگ هستید.

با هر یک از این سه نوع خدمات، شما حق دارید تا زمانی که پزشک تشخیص دهد به آنها نیاز دارید، از خدمات تحت پوشش استفاده کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

در صورت تصمیم به توقف در پوشش هر یک از این خدمات، ما باید پیش از توقف پوشش این خدمات به شما اطلاع دهیم. وقتی پوشش شما برای آن خدمات به پایان برسد، ما دیگر هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم. اگر معتقدید که پوشش شما زودتر از موقع پایان می‌یابد، می‌توانید برای تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. این بخش چگونگی ارائه این درخواست را شرح می‌دهد.

I. اطلاع رسانی قبل از اینکه پوشش شما به پایان برسد

ما حداقل دو روز قبل از اینکه پرداخت هزینه‌های مراقبت شما را متوقف کنیم، یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال خواهیم کرد. این «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» نامیده می‌شود. این اطلاعیه به شما می‌گوید که چه تاریخی پوشش مراقبت‌های شما را متوقف خواهیم کرد و چگونه می‌توانید به این تصمیم ما اعتراض کنید. شما یا نماینده‌تان باید اطلاعیه را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید. امضای این اطلاعیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنی نیست که شما با تصمیم ما موافق هستید.

II. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1

اگر فکر می‌کنید که خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه می‌دهیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. این بخش در مورد فرآیند تجدیدنظر سطح 1 و اقدامات لازم به شما اطلاعات می‌دهد.

- **مهلت های زمانی را رعایت کنید** مهلت‌های مقرر مهم هستند. مهلت‌های مربوط به کارهایی که باید انجام دهید را درک کرده و رعایت کنید. طرح ما نیز باید از مهلت‌ها پیروی کند. اگر معتقدید که ما این مهلت مقرر را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات به **بخش K** مراجعه کنید.
- **در صورت نیاز به کمک درخواست کمک کنید.** اگر در هر زمانی سوالی دارید یا به کمک نیاز دارید:
 - با شماره‌های خدمات مشتریان که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید.
 - با HICAP به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

● با QIO تماس بگیرید.

- برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO و نحوه تماس با آنها، به **بخش H2** یا **فصل 2** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

- از آنها بخواهید که درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و تصمیم بگیرند که آیا تصمیم طرح ما را تغییر دهند یا خیر.

- **سریع اقدام کنید و درخواست «درخواست تجدیدنظر سریع» دهید.** از QIO بپرسید که آیا پایان دادن به پوشش خدمات پزشکی شما از نظر پزشکی صلاح است یا خیر.

مهلت شما برای تماس با این سازمان

- شما باید برای شروع درخواست تجدیدنظر خود تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم‌الاجرا شدن «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» که برای شما ارسال کرده‌ایم، با QIO تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

عبارت قانونی برای اعلامیه کتبی "اعلامیه عدم پوشش Medicare" می باشد. شما می توانید با تماس با خدمات مشتریان از طریق شماره های پایین صفحه یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) نمونه ای از آن را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا یک نسخه را به صورت آنلاین از آدرس زیر دریافت کنید www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices

در طول درخواست تجدیدنظر سریع چه اتفاقی می افتد

- بررسی کنندگان در QIO از شما یا نماینده تان می پرسند که چرا فکر می کنید پوشش بیمه شما باید ادامه یابد. شما ملزم به نوشتن بیانیه نیستید، اما می توانید این کار را انجام دهید.
- بررسی کنندگان اطلاعات پزشکی شما را بررسی می کنند، با پزشک شما صحبت می کنند و اطلاعاتی را که طرح ما در اختیارشان قرار داده است، بررسی می کنند.
- طرح ما همچنین یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می کند که دلایل ما برای پایان دادن به پوشش خدمات شما را توضیح می دهد. شما تا پایان روزی که بازبینی ها ما را از درخواست تجدیدنظر شما مطلع می کنند، اختاریه را دریافت خواهید کرد.

اصطلاح قانونی اختاریه توضیحی «توضیح تفصیلی عدم پوشش» است.

- داوران پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، ظرف یک روز کامل تصمیم خود را ارائه می دهند.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:
- ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشند، ارائه خواهیم داد.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:
- پوشش شما در تاریخی که به شما اطلاع دادیم، پایان می یابد.
- ما پرداخت هزینه های این مراقبت را از تاریخ ذکر شده در اطلاعیه متوقف می کنیم.
- اگر تصمیم بگیرید که پس از تاریخ پایان پوشش بیمه ای خود، به خدمات مراقبت های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات CORF ادامه دهید، خودتان هزینه کامل این مراقبت را پرداخت خواهید کرد.
- شما تصمیم می گیرید که آیا می خواهید این خدمات را ادامه دهید یا خیر و درخواست تجدید نظر سطح 2 را انجام دهید.

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



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

I3. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO می خواهید که تصمیمی را که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته اند، دوباره بررسی کند. با آنها به شماره 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668).

شما باید ظرف **60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO به تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده است، برای این بررسی درخواست دهید. فقط در صورتی می توانید درخواست بررسی کنید که پس از تاریخ پایان پوشش مراقبتی، به مراقبت ادامه دهید.

بازبینان QIO این موارد را انجام خواهند داد:

- نگاهی دقیق دیگر به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود بیندازید.

- تصمیم خود را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بررسی دوم به شما اطلاع می دهند.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- ما هزینه های مراقبتی که از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می کند دریافت کرده اید را بازپرداخت کنیم.

- ما هزینه مراقبت را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد، پوشش خواهیم داد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:

- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت از شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.

- آنها نامه ای به شما می دهند که به شما می گوید اگر می خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 را ارائه کنید، چه کاری می توانید انجام دهید.

یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا وکیل دادگستری رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 3، 4، و 5 تجدید نظر به بخش J مراجعه کنید.

J. درخواست تجدیدنظر خود را فراتر از سطح 2 ببرید

J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare

اگر برای خدمات یا اقلام Medicare درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 داده اید و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده است، ممکن است حق درخواست تجدیدنظر در سطوح دیگر را داشته باشید.

اگر ارزش مالی خدمات یا اقلام Medicare که درخواست تجدیدنظر داده اید، از حداقل مبلغ تعیین شده تجاوز نکند، دیگر نمی توانید درخواست تجدیدنظر دهید. اگر ارزش مالی به اندازه کافی بالا باشد، می توانید فرآیند تجدید نظر را ادامه دهید نامه ای که از IRO برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می کنید، توضیح می دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدید نظر سطح 3 کنید.

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



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

درخواست تجدیدنظر سطح 3

مرحله 3 تجدیدنظر یک جلسه استماع توسط قاضی قوانین اداری (ALJ) است. فردی که تصمیم می‌گیرد، قاضی قوانین اداری (ALJ) یا وکیلی است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل قضایی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهند، ما حق داریم در مورد تصمیم سطح 3 که به نفع شما است اعتراض کنیم.

- اگر تصمیم بگیریم که برای این تصمیم درخواست تجدیدنظر کنیم، یک نسخه از درخواست اعتراض سطح 4 را به همراه هرگونه مدارک همراه آن برای شما ارسال خواهیم کرد. ممکن است قبل از صدور مجوز یا ارائه خدمات مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.

- اگر تصمیم بگیریم که برای این تصمیم درخواست تجدیدنظر نکنیم، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم قاضی حقوق اداری یا وکیل، خدمات را به شما ارائه دهیم یا آن را تأیید کنیم.

- اگر قاضی دیوان عدالت اداری (ALJ) یا وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند تجدیدنظرخواهی هنوز به پایان نرسیده باشد.

- اگر تصمیم بگیریم این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بپذیریم، روند تجدیدنظرخواهی به پایان رسیده است.

- اگر تصمیم بگیریم که این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، نپذیریم، می‌توانید به مرحله بعدی فرآیند بررسی ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظر Medicare (شورای تجدیدنظر) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به تجدیدنظر سطح 4 شما پاسخ مثبت بدهد یا درخواست ما برای بررسی تصمیم تجدیدنظر سطح 3 به نفع شما را رد کند، ما حق داریم برای تجدیدنظر سطح 5 درخواست کنیم.

- اگر تصمیم بگیریم که برای این تصمیم درخواست تجدیدنظر کنیم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد.

- اگر تصمیم بگیریم که برای این تصمیم درخواست تجدیدنظر نکنیم، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورای تجدیدنظر خدمات را به شما ارائه دهیم یا آن را تأیید کنیم.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر ما پاسخ منفی بدهد یا آن را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظرخواهی هنوز به پایان نرسیده باشد.

- اگر تصمیم بگیریم این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بپذیریم، روند تجدیدنظرخواهی به پایان رسیده است.

- اگر تصمیم بگیریم که این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، نپذیریم، می‌توانید مرحله بعدی فرآیند بررسی را ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

درخواست تجدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه ناحیه فدرال (A Federal District Court judge) درخواست تجدیدنظر شما و تمام اطلاعات را بررسی کرده و با بله یا خیر تصمیم خواهد گرفت. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه‌ای فدرال وجود ندارد.

J2. درخواست‌های تجدیدنظر اضافی Medi-Cal

- اگر درخواست تجدیدنظر شما در مورد خدمات یا مواردی است که معمولاً تحت پوشش Medi-Cal هستند، از حقوق تجدیدنظر دیگری نیز برخوردار هستید. نامه‌ای که از بخش رسیدگی‌های ایالتی دریافت می‌کنید، به شما خواهد گفت که اگر می‌خواهید روند تجدیدنظرخواهی را ادامه دهید، چه کاری باید انجام دهید.

J3. سطوح درخواست تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی Medicare بخش D

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 را ارائه کرده باشید و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده باشد، ممکن است این بخش برای شما مناسب باشد.

اگر ارزش دارویی که درخواست تجدیدنظر داده‌اید به مبلغ مشخصی برسد، ممکن است بتوانید به سطوح دیگری از تجدیدنظرخواهی بروید. پاسخ کتبی که به درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بخواهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

مرحله 3 تجدیدنظر یک جلسه استماع توسط قاضی قوانین اداری (ALJ) است. فردی که تصمیم می‌گیرد، قاضی قوانین اداری (ALJ) یا وکیلی است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل قضایی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- ما باید پوشش دارویی تأیید شده را ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر فوری) تأیید یا ارائه کنیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر ALJ یا وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند تجدیدنظرخواهی هنوز به پایان نرسیده باشد.

- اگر تصمیم بگیرید این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بپذیرید، روند تجدیدنظرخواهی به پایان رسیده است.

- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، نپذیرید، می‌توانید به مرحله بعدی فرآیند بررسی ادامه دهید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظر درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- روند تجدید نظر به پایان رسیده است.
- ما باید پوشش دارویی تأیید شده را ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر فوری) تأیید یا ارائه کنیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر ما پاسخ منفی بدهد یا اگر شورا درخواست بررسی را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظرخواهی هنوز به پایان نرسیده باشد.
- اگر تصمیم بگیرید این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می کند بپذیرید، روند تجدیدنظرخواهی به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می کند، نپذیرید، می توانید مرحله بعدی فرآیند بررسی را ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می کنید به شما می گوید که آیا می توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدید نظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه ناحیه فدرال (A Federal District Court judge) درخواست تجدیدنظر شما و تمام اطلاعات را بررسی کرده و با بله یا خیر تصمیم خواهد گرفت. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه ای فدرال وجود ندارد.

K. نحوه طرح شکایت

K1. چه نوع مشکلاتی باید به عنوان شکایت مطرح شوند

روند شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات، مانند مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار، هماهنگی مراقبت و خدمات مشتری، استفاده می شود. در اینجا مثالهایی در مورد مشکلات خاصی که با روند شکایت پیگیری می شوند می بینید.

مثال	شکایتهای
• از کیفیت مراقبت، مانند مراقبتی که در بیمارستان دریافت کردید، ناراضی هستید.	کیفیت مراقبت های پزشکی شما
• می کنید کسی به حق حریم خصوصی شما احترام نگذاشته یا اطلاعات محرمانه شما را به اشتراک گذاشته است.	احترام به حریم خصوصی شما

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



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

مثال	شکایتها
• ک ارائه دهنده خدمات درمانی یا کارکنان مرکز با شما بی ادبی یا بی احترامی کرده اند. • کارکنان ما با شما بدرفتاری کردند. • شما فکر می کنید که از برنامه ما بیرون رانده شده اید.	بی احترامی، خدمات ضعیف به مشتریان یا سایر رفتارهای منفی
• شما نمی توانید به علت موانع فیزیکی به خدمات و امکانات مراقبت های بهداشتی در مطب پزشک یا ارائه دهنده خدمات درمانی دسترسی داشته باشید. • شک یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما برای زبان غیر انگلیسی که صحبت می کنید (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) مترجم ارائه نمی دهد. • ارائه دهنده خدمات شما سایر امکانات معقول مورد نیاز و درخواست شما را در اختیارتان قرار نمی دهد.	قابلیت دسترسی و خدمات کمک زبانی
• ای گرفتن نوبت دچار مشکل شده اید و یا باید برای نوبت مدت زمان زیادی صبر کنید. • شکان، داروسازان یا سایر متخصصان درمانی، خدمات مشتریان یا سایر کارکنان طرح، شما را بیش از حد منتظر نگه می دارند.	زمان انتظار
• تقدید که درمانگاه، مطب پزشک، یا بیمارستان به حد کافی پاکیزه نیست.	نظافت
• تقدید که ما فراموش کرده ایم نامه یا یادآوری که باید برای شما می فرستادیم را ارسال کنیم. • تقدید که اطلاعات کتبی که برای شما فرستاده ایم پیچیده و غیرقابل فهم هستند.	اطلاعاتی که از ما دریافت می کنید
• شما فکر می کنید که ما مهلت مقرر خود را برای تصمیم گیری پوشش یا پاسخ به درخواست تجدیدنظر شما رعایت نمی کنیم. • شما فکر می کنید که پس از دریافت رأی پوشش یا تجدیدنظر به نفع شما، ما مهلت های لازم برای تأیید یا ارائه خدمات یا بازپرداخت هزینه های برخی از خدمات پزشکی را رعایت نمی کنیم. • شما فکر نمی کنید ما پرونده شما را به موقع به IRO فرستادیم.	به موقع انجام دادن تصمیمات پوشش یا درخواست تجدیدنظر

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



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

انواع مختلفی از شکایات وجود دارد. شما می‌توانید یک شکایت داخلی و/یا یک شکایت خارجی مطرح کنید. شکایت داخلی به برنامه ما داده می‌شود و توسط برنامه بررسی خواهد شد. شکایت خارجی به سازمانی تسلیم و توسط آنها بررسی می‌شود که ارتباطی با برنامه ما ندارند. اگر برای طرح شکایت داخلی و/یا خارجی به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

اصطلاح قانونی برای «شکایت»، «شکواییه» است.
اصطلاح قانونی برای «شکایت کردن»، «طرح شکواییه» است.

K2. شکایت های داخلی

برای طرح شکایت داخلی، با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. می‌توانید هر زمان که مایل بودید شکایت کنید مگر اینکه درباره یک داروی Medicare بخش D باشد. برای شکایات مربوط به داروهای Medicare بخش D باید آن را ظرف **60 روز تقویمی** بعد از مشکلی که در مورد آن می‌خواهید شکایت کنید تسلیم نمائید.

- اگر کار دیگری وجود دارد که لازم است انجام دهید، خدمات مشتریان به شما اطلاع خواهد داد.
- همچنین می‌توانید شکایت خود را بصورت کتبی برای ما بفرستید. اگر شکایت خود را بصورت کتبی برای ما بفرستید، ما نیز بصورت کتبی به شما پاسخ خواهیم داد.
- اگر به دلیل رد درخواست شما برای «تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش» یا «تجدیدنظر سریع» شکایت می‌کنید، ما به طور خودکار «شکایت سریع» را برای شما ارسال کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد. اگر مشکل فوری دارید که شامل خطر فوری و جدی برای سلامتی شما می‌شود، می‌توانید درخواست «شکایت سریع» کنید و ما طی 72 ساعت به شما پاسخگو خواهیم بود.

اصطلاح قانونی برای «شکایت سریع»، «شکواییه تسريع شده» است.

در صورت امکان، پاسخ شما را با سرعت خواهیم داد. اگر برای شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در زمان گفتگوی تلفنی به شما پاسخگو باشیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند که سریع پاسخ دهیم، این کار را انجام خواهیم داد.

- ما به اکثر شکایات ظرف 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر به دلیل نیاز به اطلاعات بیشتر، ظرف 30 روز تقویمی تصمیمی نگیریم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. ما همچنین به‌روزرسانی وضعیت و زمان تخمینی برای دریافت پاسخ را ارائه می‌دهیم.
- اگر به دلیل رد درخواست شما برای «تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش» یا «تجدیدنظر سریع» شکایت می‌کنید، ما به طور خودکار «شکایت سریع» را برای شما ارسال کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

- اگر به دلیل صرف زمان اضافی برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش یا تجدیدنظر، شکایتی مطرح کنید، ما به طور خودکار «شکایت سریع» را برای شما ارسال می‌کنیم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم. اگر با بخشی یا تمام شکایت شما موافق نباشیم، به شما اطلاع خواهیم داد و دلایل خود را ارائه خواهیم داد. در پاسخ به شما اعلام می‌کنیم که با شکایت شما موافقیم یا نه.

K3. شکایت های خارجی

Medicare

می توانید شکایت خود را به Medicare اطلاع دهید یا آن را به Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در این آدرس موجود است: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. قبل از ثبت شکایت در Medicare نیازی به ثبت شکایت با CalOptima Health OneCare Complete ندارید. Medicare شکایات شما را جدی می گیرد و از این اطلاعات برای کمک به بهبود کیفیت طرح Medicare استفاده می کند.

اگر نظر یا نگرانی دیگری دارید، یا اگر احساس می‌کنید طرح درمانی به مشکل شما رسیدگی نمی‌کند، می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) نیز تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

Medi-Cal

شما می‌توانید با شماره تلفن 1-888-452-8609 شکایت خود را به بازرس مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal Managed Care در اداره خدمات درمانی کالیفرنیا (Department of Health Care Services, DHCS) ارائه دهید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. از دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید.

دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights, OCR)

اگر تصور می‌کنید با شما عادلانه رفتار نشده است می‌توانید به دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights, OCR) سازمان خدمات بهداشتی و انسانی (Department of Health and Human Services) شکایت کنید. بعنوان مثال می‌توانید درباره دسترسی‌های ویژه معلولین یا دسترسی به خدمات زبان شکایت کنید. تلفن برنامه OCR به شماره 1-800-368-1019 است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید به وبسایت www.hhs.gov/ocr مراجعه نمایید.

همچنین می‌توانید با دفتر محلی OCR از طریق شماره تلفن زیر تماس بگیرید:

- توسط تلفن: با این شماره تماس بگیرید 1-916-440-7370. اگر به خوبی قادر به شنوایی یا تکلم نیستید، لطفاً با شماره 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرید.

- کتبی: فرم مربوط به شکایت را پر کرده و به آدرس 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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



کتابچه راهنمای اعضای

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، در خواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید

فرم‌های شکایت در آدرس زیر موجود است

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

• اینترنتی: به آدرس CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل کنید.

شما همچنین ممکن است تحت قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (Americans with Disability Act, ADA) و تحت قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (ADA) و تحت بخش 1557 قانون مراقبت‌های بهداشتی مقرون به صرفه، حقوقی داشته باشید. می‌توانید با دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی با شماره 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) یا دفتر حقوق مدنی محلی خود تماس بگیرید.

QIO

وقتی شکایت شما در مورد کیفیت مراقبت است، دو انتخاب دارید:

- شما می‌توانید شکایت خود را در مورد کیفیت مراقبت مستقیماً به QIO ارائه دهید.
- شما می‌توانید شکایت خود را به QIO و طرح ما ارائه دهید. اگر از QIO شکایتی داشته باشید، ما با آنها همکاری می‌کنیم تا شکایت شما را حل و فصل کنیم.

QIO گروهی از پزشکان متخصص و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که توسط دولت فدرال حقوق می‌گیرند تا مراقبت‌های ارائه شده به بیماران Medicare را بررسی و بهبود بخشند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد QIO، به بخش H2 یا فصل 2 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

QIO در کالیفرنیا Commence Health نامیده می‌شود. تلفن Commence Health به شماره 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668) است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



فصل 10: پایان عضویت شما در طرح ما

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید و گزینه‌های پوشش درمانی شما پس از ترک طرح ما چیست. اگر طرح ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید، همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal خواهید بود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبا در آخرین فصل این کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. چه زمانی می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید	245
B. نحوه پایان عضویت در طرح ما	246
C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور جداگانه	246
C1. خدمات Medicare شما	246
C2. خدمات Medi-Cal شما	250
D. اقامت پزشکی، خدمات و داروهای شما تا پایان عضویتتان در طرح ما	251
E. سایر موقعیت‌هایی که عضویت شما در طرح ما پایان می‌یابد	251
F. قوانینی بر علیه درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مرتبط با سلامتی شما	252
G. در صورتیکه به عضویت شما در طرح درمانی خود خاتمه دادیم شما حق دارید از ما شکایت کنید	252
H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد پایان عضویت در طرح خود	252

A. چه زمانی می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید

اکثر افراد تحت پوشش بیمه درمانی Medicare می‌توانند عضویت خود را فقط در زمان های خاصی از سال پایان دهند. از آنجایی که شما Medi-Cal دارید،

- شما می‌توانید در هر ماهی از سال، عضویت خود در طرح ما را لغو کنید.
- علاوه بر این، می‌توانید عضویت خود در طرح ما را در دوره‌های زیر هر سال پایان دهید:
- دوره ثبت نام آزاد که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در 31 دسامبر به پایان می‌رسد و عضویت شما در طرح جدید از اول ژانویه آغاز می‌شود.
- دوره ثبت نام آزاد (Medicare Advantage (MA)، که از 1 ژانویه تا 31 مارس و همچنین برای ذینفعان جدید Medicare که در یک طرح ثبت نام کرده‌اند، از ماه دریافت حق عضویت در بخش A و بخش B تا آخرین روز از سومین ماه دریافت حق عضویت ادامه دارد. اگر در این دوره طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از اولین روز ماه بعد شروع می‌شود.
- ممکن است شرایط دیگری هم وجود داشته باشد که در آنها واجد شرایط ایجاد تغییر در ثبت نام خود باشید. به عنوان مثال، زمانی که:
- شما از منطقه تحت پوشش ما نقل مکان کردید،
- واجد شرایط بودن شما برای دریافت Medi-Cal یا Extra Help (کمک اضافی) تغییر کرده است، یا
- شما اخیراً به یک مرکز پرستاری تخصصی یا یک بیمارستان مراقبت طولانی مدت نقل مکان کرده‌اید، در حال حاضر تحت مراقبت هستید یا تازه از آنجا نقل مکان کرده‌اید.

عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست شما برای تغییر طرحتان را دریافت می‌کنیم، پایان می‌یابد. به عنوان مثال، اگر درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما با طرح ما در 31 ژانویه به پایان می‌رسد. پوشش جدید شما اولین روز ماه بعد شروع می‌شود (در این مثال روز اول فوریه).

اگر برنامه ما را ترک کنید می‌توانید اطلاعاتی در موارد زیر دریافت کنید:

- گزینه های Medicare در جدول در بخش C1.

- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در جدول بخش C2.

به روش های زیر می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد نحوه خاتمه دادن به عضویت خود دریافت کنید:

- با شماره‌های خدمات مشتریان که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید. شماره مربوط به کاربران TTY نیز ذکر شده است.

- Medicare توسط شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا

(California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، با شماره 1-800-434-0222، 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 دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP مراجعه کنید. اداره گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



(Health Care Options) با شماره 1-844-580-7272، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعد از ظهر. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077.

- با بازرس مراقبت‌های مدیریت‌شده‌ی Medi-Cal Managed Care یا (Medi-Cal Managed Care Ombudsman) با شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید یا به آدرس MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov ایمیل بزنید.

توجه: اگر شما در یک برنامه مدیریت داروها (drug management program, DMP) عضو هستید ممکن است قادر به تغییر برنامه نباشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد برنامه های مدیریت دارو، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. نحوه پایان عضویت در طرح ما

اگر تصمیم به پایان دادن به عضویت خود بگیرید، می‌توانید در یک طرح Medicare دیگر ثبت‌نام کنید یا به Medicare اصلی (Original Medicare) تغییر دهید. با این حال، اگر می‌خواهید از طرح ما به طرح Medicare اصلی (Original Medicare) تغییر دهید اما طرح دارویی جداگانه‌ای از Medicare انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست لغو عضویت خود را از طرح ما بدهید. دو راه برای درخواست لغو عضویت وجود دارد:

- شما می‌توانید درخواست خود را به صورت کتبی به ما ارائه دهید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد نحوه انجام این کار، با شماره خدمات مشتریان در پایین این صفحه تماس بگیرید.
- یا با Medicare توسط شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY (اشخاصی که ناتوانی شنوایی و گفتاری دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. هنگامیکه با 1-800-MEDICARE تماس می‌گیرید، می‌توانید همچنین در برنامه درمانی یا دارویی Medicare دیگری عضو شوید. اطلاعات بیشتر در مورد دریافت خدمات Medicare پس از ترک طرح ما در نمودار صفحه شماره آمده است.
- **بخش C** در قسمت زیر شامل مراحل است که می‌توانید برای ثبت نام در یک طرح دیگر انجام دهید، که عضویت شما در طرح ما را نیز خاتمه خواهد داد.

C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور جداگانه

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.

C1. خدمات Medicare شما

برای دریافت خدمات Medicare خود در هر ماه از سال سه گزینه دارید. شما در زمان‌های خاصی از سال، از جمله دوره ثبت‌نام آزاد و دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage یا سایر شرایط شرح داده شده در بخش A، گزینه‌های دیگری نیز دارید که در زیر فهرست شده‌اند. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، عضویت شما در طرح ما به طور خودکار پایان می‌یابد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



روش انجام: با Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای سوالات مربوط به برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، با شماره 1-800-434-0222، 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. به منظور دریافت اطلاعات بیشتر درمورد پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود لطفاً به وبسایت زیر مراجعه کنید www.aging.ca.gov/HICAP/ یا در یک طرح جدید Medi-Med ثبت نام کنید. زمانی که پوشش طرح جدیدتان شروع شود، به طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید. طرح Medi-Cal شما برای مطابقت با طرح Medi-Medi شما تغییر خواهد کرد.	1. شما می‌توانید طرح خود را تغییر دهید به: طرح Medicare Medi-Cal (طرح Medi-Medi) نوعی طرح Medicare Advantage است. این برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند، و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi تمام مزایا و خدمات را در هر دو برنامه، از جمله تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal یا طرح برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، در صورت واجد شرایط بودن شما، هماهنگ می‌کنند. مهم: اصطلاح Medi-Medi Plan نام برنامه‌های یکپارچه با نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (dual eligible special needs plans,) در کالیفرنیا است.
--	---

2. شما می‌توانید طرح خود را تغییر دهید به: Medicare اصلی (Original Medicare) با یک طرح دارویی جداگانه Medicare و یک برنامه Medi-Cal	روش انجام: با Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، با شماره 1-800-434-0222، 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. به منظور دریافت اطلاعات بیشتر در مورد پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود لطفاً به وبسایت زیر مراجعه کنید www.aging.ca.gov/HICAP/. یا در طرح جدید دارویی Medicare ثبت نام کنید. با شروع پوشش بیمه Original Medicare، عضویت شما به طور خودکار از طرح ما لغو خواهد شد. شما همچنان عضویت خود در طرح Medi-Cal خود را حفظ خواهید کرد، مگر اینکه طرح دیگری را انتخاب کنید.
--	---

روش انجام: با Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، با شماره 1-800-434-0222، 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. به منظور دریافت اطلاعات بیشتر درمورد پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود لطفاً به وبسایت زیر مراجعه کنید www.aging.ca.gov/HICAP/. با شروع پوشش بیمه Original Medicare، عضویت شما به طور خودکار از طرح ما لغو خواهد شد. شما همچنان عضویت خود در طرح Medi-Cal خود را حفظ خواهید کرد، مگر اینکه طرح دیگری را انتخاب کنید.	3. شما می‌توانید طرح خود را تغییر دهید به: Original Medicare بدون طرح دارویی مجزای Medicare توجه: اگر به طرح دارویی Original Medicare تغییر دهید و در یک طرح دارویی جداگانه Medicare ثبت نام نکنید، Medicare شما را در یک طرح دارویی ثبت نام کند، مگر اینکه به Medicare اطلاع دهید که نمی‌خواهید عضو شوید. تنها زمانی باید پوشش داروهای نسخه ای را حذف کنید که پوشش دارویی را از منبع دیگری مانند کارفرما، یا اتحادیه کارگری پوشش دارویی دریافت کنید. اگر در مورد اینکه آیا به پوشش دارویی نیاز دارید یا خیر، سوالی دارید، با برنامه خدمات مشاوره و وکالتی بیمه کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) با شماره 1-800-434-0222 در روزهای دوشنبه تا جمعه، بین ساعات 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود به سایت زیر مراجعه کنید www.aging.ca.gov/HICAP/.
--	---

روش انجام: با Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE یا 1-800-633-4227 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای سوالات مربوط به برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، با شماره 1-800-434-0222، 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. به منظور دریافت اطلاعات بیشتر درمورد پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود لطفاً به وبسایت زیر مراجعه کنید www.aging.ca.gov/HICAP/. یا در یک طرح جدید Medicare ثبت نام کنید. زمانی که پوشش طرح جدیدتان شروع شود، به طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.	4. شما می‌توانید طرح خود را تغییر دهید به: هرگونه طرح درمانی Medicare در زمان‌های خاصی از سال، شامل دوره ثبت‌نام آزاد و دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage یا سایر شرایط شرح داده شده در بخش A است.
---	--

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای سوالات مربوط به نحوه دریافت خدمات Medi-Cal پس از ترک طرح ما، با Health Care Options با شماره 1-800-430-7272، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. یا به این وبسایت مراجعه کنید www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. بپرسید که پیوستن به یک طرح دیگر یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر می‌گذارد.

اگر در مورد مزایای Medi-Cal خود سؤالی دارید، با خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره 1-888-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



D. اقلام پزشکی، خدمات و داروهای شما تا پایان عضویتتان در طرح ما

اگر از طرح ما خارج شوید، ممکن است مدتی طول بکشد تا عضویت شما پایان یابد و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شما شروع شود. در این مدت، تا زمان شروع طرح جدید، شما همچنان داروها و مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت خواهید کرد.

- برای دریافت مراقبت‌های پزشکی از ارائه دهندگان خدمات درمانی ما استفاده کنید.
- برای تهیه داروهای خود از داروخانه‌های شبکه ما، از جمله از طریق خدمات داروخانه سفارش پستی، استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در CalOptima Health OneCare Complete پایان می‌یابد، در بیمارستان بستری شوید، طرح ما هزینه بستری شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می‌دهد. این موضوع حتی زمانی که پوشش درمانی شما قبل از ترخیص شدن شروع می‌شود صادق خواهد بود.

E. سایر موقعیت‌هایی که عضویت شما در طرح ما پایان می‌یابد

اینها مواردی هستند که ما باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم:

- اگر وقفه ای در پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B شما وجود دارد.
- اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نیستید. طرح ما برای افرادی است که هم واجد شرایط Medicare و هم Medi-Cal هستند. توجه: اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نیستید، می‌توانید به طور موقت در طرح ما با مزایای Medicare ادامه دهید، لطفاً به اطلاعات زیر در مورد دوره تعیین اعتبارمراجعه کنید. اگر طبق تصمیم ایالت کالیفرنیا، واجد شرایط بودن عضویت Medi-Cal خود را از دست بدهید، CalOptima Health OneCare Complete به مدت شش (6) ماه از تاریخ لغو واجد شرایط بودن Medi-Cal شما، مزایای Medicare و داروهای تجویزی شما را پوشش خواهد داد. اگر پس از شش (6) ماه واجد شرایط بودن خود را بازیابی نکنید، ما ملزم به لغو عضویت شما هستیم.
- اگر از منطقه تحت پوشش ما نقل مکان کنید.
- اگر بیش از شش ماه از منطقه خدماتی ما دور باشید.
 - اگر نقل مکان کنید یا به مسافرت طولانی بروید، لازم است با بخش خدمات مشتریان ما تماس بگیرید تا مطمئن شوید محلی که به آن نقل مکان یا مسافرت می‌کنید در حوزه خدمات رسانی برنامه درمانی ما باشد.
- اگر بدلیل ارتکاب به جرم به زندان بروید.
- اگر در مورد سایر بیمه‌هایی که برای داروها دارید دروغ بگویید یا اطلاعات مربوط به آنها را پنهان کنید.
- اگر شهروند (سیتیزن) ایالات متحد آمریکا نیستید و یا بطور قانونی در آمریکا اقامت ندارید.
 - برای عضویت در برنامه ما، شما باید شهروند (سیتیزن) ایالات متحد آمریکا باشید و یا بطور قانونی در آمریکا اقامت داشته باشید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



○ اگر بر این اساس واجد شرایط ادامه عضویت نباشید، مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) به ما اطلاع خواهند داد.

○ اگر شرایط را نداشته باشید ما عضویت شما را لغو می کنیم.

اگر در دوره 6 ماهه واجد شرایط بودن مداوم طرح ما باشید، ما همچنان تمام مزایای Medicare Advantage و مزایای Medicare تحت پوشش طرح Part D را ارائه خواهیم داد. با این حال، در این دوره، ما به پوشش مزایای Medicaid که تحت Medi-Cal گنجانده شده اند، ادامه نمی دهیم، و همچنین حق بیمه Medicare یا اشتراک هزینه ای که اگر شما واجد شرایط بودن Medicaid را از دست نداده بودید، ایالت مسئول پرداخت آن بود را پرداخت نمی کنیم. مبلغی که شما برای خدمات تحت پوشش Medicare می پردازید ممکن است در این دوره افزایش یابد. ما فقط در صورتی می توانیم شما را مجبور به ترک طرح درمانی خود کنیم که ابتدا از Medicare و Medi-Cal اجازه گرفته باشیم:

- اگر هنگام ثبت نام در طرح ما، عمداً اطلاعات نادرستی به ما ارائه دهید و آن اطلاعات بر واجد شرایط بودن شما برای طرح ما تأثیر بگذارد.
- اگر دائماً به روشی عمل کنید که باعث اختلال شده و ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای برنامه درمانی ما را با مشکلاتی مواجه کند.
- اگر به شخص دیگری اجازه بدهید که برای دریافت مراقبت پزشکی از کارت شناسایی شما استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را خاتمه دهیم، Medicare ممکن است از بازرس کل (Inspector General) بخواهد که پرونده شما را بررسی کند.)

F. قوانینی بر علیه درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مرتبط با سلامتی شما

ما نمی توانیم از شما بخواهیم که به هر دلیلی که به سلامت شما مربوط می شود، طرح ما را ترک کنید. اگر فکر می کنید به دلایلی مرتبط با سلامتی از شما می خواهیم طرح ما را ترک کنید، با **Medicare** با شماره 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران می توانند با 1-877-486-2048 تماس حاصل نمایند.

G. در صورتیکه به عضویت شما در طرح درمانی خود خاتمه دادیم شما حق دارید از ما شکایت کنید

اگر به عضویت شما در طرح خود پایان دهیم، باید دلایل خود را کتباً به شما اطلاع دهیم. همچنین بایستی توضیح دهیم که چگونه می توانید در مورد تصمیم ما برای خاتمه عضویت شما شکایت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه طرح شکایت، می توانید به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا نیز مراجعه نمایید.

H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد پایان عضویت در طرح خود

اگر سوالی دارید یا مایل به کسب اطلاعات بیشتر در مورد پایان عضویت خود هستید، می توانید با شماره تلفن پایین این صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

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



فصل 11: اطلاعیه‌های قانونی

مقدمه

این فصل شامل اطلاعیه‌های قانونی است که در مورد عضویت شما در طرح ما اعمال می‌شود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبا در آخرین فصل این کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعیه مربوط به قوانین.....	254
B. اطلاعیه فدرال در مورد عدم تبعیض.....	254
C. اطلاعیه عدم تبعیض برای Medi-Cal.....	254
D. اطلاعیه در مورد Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین پرداخت کننده.....	256
E. اطلاعیه در مورد بازیابی اموال Medi-Cal.....	256

A. اطلاعیه مربوط به قوانین

این کتابچه راهنمای اعضا مشمول قوانین بسیاری است. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارند، حتی اگر در این کتابچه راهنمای اعضا گنجانده نشده یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی که اعمال می‌شوند، قوانین فدرال و ایالتی در مورد برنامه‌های Medicare و Medi-Cal هستند. قوانین ایالتی و فدرال دیگری نیز ممکن است اعمال شوند.

B. اطلاعیه فدرال در مورد عدم تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، مذهب، جنسیت، سن، معلولیت ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، سابقه ادعاها، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدارک مربوط به قابلیت بیمه یا موقعیت جغرافیایی در محدوده خدمات‌رسانی تبعیض قائل نمی‌شویم. همه سازمان‌هایی که برنامه‌های Medicare Advantage را ارائه می‌کنند، مانند طرح ما، باید از قوانین فدرال علیه تبعیض، از جمله عنوان VI قانون حقوق مدنی 1964، قانون توانبخشی 1973، قانون تبعیض سنی 1975، قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت، بخش 1557 قانون فدرال که بودجه را برای همه سازمان‌ها اعمال می‌کند، اطاعت کنند. هر قانون و مقررات دیگری که به هر دلیل دیگری اعمال می‌شود.

اگر به اطلاعات بیشتر لازم دارید یا در مورد تبعیض یا برخورد ناعادلانه نگرانی دارید:

- وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights)، شماره تلفن 1-800-368-1019 کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید به وبسایت www.hhs.gov/ocr مراجعه نمایید.

C. اطلاعیه عدم تبعیض برای Medi-Cal

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، مذهب، جنسیت، سن، معلولیت ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، سابقه ادعاها، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدارک مربوط به قابلیت بیمه یا موقعیت جغرافیایی در محدوده خدمات‌رسانی تبعیض قائل نمی‌شویم و با شما رفتار متفاوتی نخواهیم داشت. علاوه بر این، ما به طور غیرقانونی افراد را به دلیل اصل و نسب، هویت گروه قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی مورد تبعیض قرار نمی‌دهیم، آنها را از جامعه طرد نمی‌کنیم و با آنها رفتار متفاوتی نداریم.

اگر به اطلاعات بیشتر لازم دارید یا در مورد تبعیض یا برخورد ناعادلانه نگرانی دارید:

- با وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights)، تماس بگیرید به شماره تلفن 1-916-440-7370 کاربران TTY می‌توانند با شماره 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرند. اگر معتقدید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



می‌خواهید شکایتی در مورد تبعیض ثبت کنید، با بخش رسیدگی به موارد تبعیض خدمات حل و فصل شکایات و تجدیدنظر (Grievance and Appeals Resolution Services Discrimination Coordinator) تماس بگیرید

- از طریق تلفن: **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته
- به صورت کتبی: به آدرس:

Grievance and Appeals Resolution Services Discrimination Coordinator
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

○ وبسایت: www.caloptima.org/OneCare

اگر شکایت شما مربوط به تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید از طریق تلفن، کتباً یا به صورت الکترونیکی، شکایت خود را به اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی، دفتر حقوق مدنی (Department of Health Care Services, Office of Civil Rights) نیز ارائه دهید:

- توسط تلفن: شماره تماس 1-916-440-7370 اگر به خوبی قادر به شنوایی یا تکلم نیستید، لطفاً با شماره 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرید.
- کتبی: فرم مربوط به شکایت را پر کرده و به آدرس 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 این آدرس موجود
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- اینترنتی: به آدرس CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل کنید

اگر دچار معلولیتی هستید یا برای دریافت خدمات مراقبت‌های درمانی و مراجعه به ارائه دهندگان به کمک نیاز دارید با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر شکایتی در مورد مسائلی مانند دسترسی به ویلچیر دارید با خدمات مشتریان برای دریافت کمک تماس بگیرید.

D. اطلاعاتیه در مورد Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت کننده

گاهی اوقات شخص دیگری باید ابتدا هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌دهیم، پرداخت کند. مثلاً اگر دچار تصادف رانندگی شوید یا در محل کار آسیب ببینید، ابتدا شرکت بیمه یا بخش جبران خسارت کارکنان (Workers Compensation) باید هزینه درمان شما را بپردازد.

ما حق و مسئولیت داریم که هزینه‌های خدمات تحت پوشش Medicare را که Medicare اولین پرداخت‌کننده آنها نیست، وصول کنیم.

ما از قوانین و مقررات فدرال و ایالتی مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث در قبال خدمات مراقبت‌های درمانی به اعضا پیروی می‌کنیم. ما تمام اقدامات منطقی را انجام می‌دهیم تا اطمینان حاصل کنیم که Medi-Cal آخرین مرجع پرداخت‌کننده هزینه‌ها است.

اعضای Medi-Cal باید قبل از استفاده از Medi-Cal، از همه پوشش‌های درمانی دیگر (other health coverage, OHC) استفاده کنند، وقتی همان خدمت در پوشش درمانی دیگر شما وجود دارد. چون Medi-Cal آخرین پرداخت‌کننده هزینه‌ها است. این به این معناست که در بیشتر موارد، Medi-Cal پرداخت‌کننده دوم بعد از Medicare یا OHC خواهد بود و هزینه‌های مجاز پرداخت‌نشده توسط طرح ما یا OHC دیگر را تا سقف تعرفه Medi-Cal پوشش خواهد داد.

E. اطلاعاتیه در مورد بازیابی اموال Medi-Cal

برنامه Medi-Cal باید به دنبال بازپرداخت از دارایی‌های مشروط برخی از اعضای متوفی برای مزایای Medi-Cal باشد که در روز تولد 55 سالگی آنها یا پس از آن دریافت می‌شود. بازپرداخت شامل پرداخت‌های هزینه در ازای خدمات و حق بیمه/سرانه مراقبت‌های مدیریت‌شده برای خدمات مراکز پرستاری، خدمات دریافتی در منزل و خدمات مبتنی بر جامعه، و خدمات مرتبط بیمارستانی و داروهای تجویزی دریافت شده در زمانی که عضو در مرکز پرستاری بستری بوده یا خدمات دریافتی در منزل و خدمات مبتنی بر جامعه دریافت می‌کرده است، می‌شود. بازپرداخت نمی‌تواند از ارزش دارایی در معرض انحصار وراثت عضو تجاوز کند.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به وبسایت بازیابی اموال وزارت خدمات مراقبت‌های بهداشتی به آدرس www.dhcs.ca.gov/er مراجعه کنید یا با شماره 1-916-650-0590 تماس بگیرید.

فصل 12: تعریف واژه های مهم

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات کلیدی مورد استفاده در سراسر این کتابچه راهنمای اعضا به همراه تعاریف آنها است. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر نمی‌توانید اصطلاح مورد نظر خود را پیدا کنید یا اگر به اطلاعات بیشتری در زمینه معنی آن نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

فعالیت های روزمره زندگی (Activities of daily living, ADL): کارهایی که افراد در یک روز عادی انجام می دهند، مانند غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، حمام کردن یا مسواک زدن.

قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ): قاضی ای است که به پرونده های مربوط به سازمان های دولتی رسیدگی می کند و در مورد آنها تصمیم می گیرد. یک قاضی که درخواست تجدیدنظر در سطح 3 را بررسی می کند.

برنامه کمک دارویی ایدز (AIDS Drug Assistance Program - ADAP): برنامه ای که به افراد واجد شرایط مبتلا به HIV/AIDS کمک می کند تا به داروهای نجات دهنده HIV دسترسی داشته باشند.

مراکز جراحی غیر بستری: مرکزی که جراحی سرپایی را برای بیمارانی ارائه می دهد که نیازی به مراقبت بیمارستانی ندارند و انتظار نمی رود به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

درخواست تجدید نظر: راهی برای شما تا در صورتی که فکر می کنید در زمینه ای اشتباه کرده ایم، اقدام ما را به چالش بکشید. شما می توانید با ارائه درخواست تجدیدنظر، از ما بخواهید که تصمیم مربوط به پوشش بیمه را تغییر دهیم. **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا، درخواست های تجدیدنظر، از جمله نحوه درخواست تجدیدنظر را توضیح می دهد.

سلامت رفتاری: به سلامت عاطفی، روانی و اجتماعی ما اشاره دارد. به زبان ساده تر: این در مورد نحوه تفکر، احساس و تعامل ما با دیگران است. این یک اصطلاح جامع است که به خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد اشاره دارد.

محصول بیولوژیکی: دارویی که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول های حیوانی، سلول های گیاهی، باکتری ها یا مخمرها ساخته می شود. محصولات بیولوژیکی پیچیده تر از سایر داروها هستند و نمی توان دقیقاً از روی آنها کپی برداری کرد، بنابراین به اشکال جایگزین آنها، بیوسیمیلار می گویند. (همچنین به «محصول بیولوژیکی اصلی» و «بیوسیمیلار» مراجعه کنید).

بیوسیمیلار: یک داروی بیولوژیکی که بسیار شبیه، اما نه کاملاً مشابه، محصول بیولوژیکی اصلی است. داروهای بیوسیمیلارها به اندازه محصول بیولوژیکی اصلی ایمن و مؤثر هستند. برخی از بیوسیمیلارها را می توان بدون نیاز به نسخه جدید، جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه کرد. (به «بیوسیمیلار قابل تعویض» مراجعه کنید).

دارو با نام تجاری: دارویی که توسط اولین شرکت سازنده دارو ساخته و فروخته می شود. داروهای با نام تجاری، ترکیبات مشابهی با داروهای ژنریک دارند. داروهای ژنریک معمولاً توسط سایر شرکت های دارویی ساخته و فروخته می شوند و عموماً تا زمانی که حق ثبت اختراع داروی برند به پایان نرسیده باشد، در دسترس نیستند.

برنامه مراقبتی: به «طرح مراقبت فردی» مراجعه کنید.

تیم مراقبتی: به «تیم مراقبت بین رشته ای» مراجعه کنید.

مرحله پوشش وضعیت بحرانی: مرحله ای از مزایای دارویی Medicare بخش D که در آن طرح ما تمام هزینه های داروهای شما را تا پایان سال پرداخت می کند. این مرحله زمانی شروع می شود که شما (یا سایر اشخاص واجد شرایط از طرف شما) در طول سال \$2,100 برای داروهای تحت پوشش بخش D هزینه کرده باشید. شما هیچ هزینه ای پرداخت نمی کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): آژانس فدرال مسئول Medicare. **فصل 2** این کتابچه راهنمای اعضا نحوه تماس با CMS را توضیح می دهد.

خدمات مبتنی بر جامعه بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS): برنامه خدمات غیربستری و مبتنی بر تسهیلات که مراقبت‌های پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، کاردرمانی و گفتاردرمانی، مراقبت شخصی، آموزش و پشتیبانی خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را به اعضای واجد شرایط که معیارهای واجد شرایط بودن مربوطه را دارند، ارائه می‌دهد.

شکایتهای: یک اظهاریه کتبی یا شفاهی که مشکل یا نگرانی شما در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش برای شما را بیان میکند. میتواند شامل هرگونه نگرانی مربوط به کیفیت خدمات و کیفیت مراقبت شما، ارائه کنندگان شبکه ما یا داروخانه های شبکه ما باشد. عنوان رسمی برای "درخواست شکایت"، "تسلیم نارضایتی" است.

مرکز توانبخشی جامع سرپایی (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی را برای بعد از بیماری، سانحه یا جراحی عمده ارائه می‌کند. این مرکز خدمات گوناگونی را ارائه می‌کند، از جمله ورزش درمانی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس درمانی، کار درمانی، گفتار درمانی و خدمات ارزیابی محیط خانه.

سهم هزینه بیمه شده: مبلغ ثابتی که شما به عنوان سهم خود از هزینه هر بار که داروهای خاصی را دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کنید. برای مثال، ممکن است \$2 یا \$5 برای یک دارو بپردازید.

اشتراک هزینه: مبالغی که هنگام دریافت برخی داروهای خاص پرداخت می‌کنید. اشتراک هزینه شامل سهم هزینه بیمه شده نیز می‌شود.

ردیف اشتراک هزینه: گروهی از داروها که سهم هزینه مشترک دارند. هر دارویی که در فهرست داروهای تحت پوشش (که با نام فهرست دارویی نیز شناخته می‌شود) قرار دارد، در یکی از دو ردیف تقسیم هزینه قرار می‌گیرد. بطور کلی، هرچه ردیف اشتراک-هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای آن دارو بیشتر خواهد بود.

تصمیم در مورد پوشش: تصمیم در مورد مزایایی که توسط ما تحت پوشش هستند. شامل تصمیمات مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی می‌شود که برای خدمات درمانی شما پرداخت خواهیم کرد. **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا نحوه درخواست تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه را توضیح می‌دهد.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که ما برای همه داروهای تجویزی و داروهای بدون نسخه (OTC) تحت پوشش طرح درمانی استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: عبارت کلی که ما برای همه خدمات مراقبت درمانی، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، لوازم، داروهای تجویزی و بدون نسخه، تجهیزات و سایر خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد، استفاده می‌کنیم.

آموزش تطابق فرهنگی: آموزشی که دستورالعمل‌های اضافی به ارائه دهندگان مراقبتهای درمانی می‌دهد تا آنها سوابق، ارزشها و اعتقادات شما را بهتر درک کنند و خدمات را با احتیاجات جامعه، فرهنگ و زبان شما تطبیق دهند.

نرخ روزانه تقسیم هزینه: نرخی که ممکن است هنگامیکه پزشک شما مقدار کم‌تر از ذخیره یک ماه کامل از داروهای خاصی را برای شما تجویز می‌کند، استفاده شود و شما ملزم به پرداخت سهم هزینه بیمه شده هستید. نرخ روزانه اشتراک هزینه، سهم هزینه بیمه شده تقسیم بر تعداد روزها در ذخیره ماهانه می‌باشد.

خدمات مشتریان: بخشی در طرح ما که مسئول پاسخگویی به سوالات شما در مورد عضویت، مزایا، شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر است. برای اطلاعات بیشتر در مورد خدمات مشتریان، به **فصل 2** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

نرخ روزانه تقسیم هزینه: نرخی که ممکن است هنگامیکه پزشک شما مقدار کمتری از ذخیره یک ماه کامل از داروهای خاصی را برای شما تجویز می کند، استفاده شود و شما ملزم به پرداخت سهم هزینه بیمه شده هستید. نرخ روزانه اشتراک هزینه، سهم هزینه بیمه شده تقسیم بر تعداد روزها در ذخیره ماهانه می باشد.

برای مثال: فرض کنید سهم هزینه بیمه برای داروی شما برای یک ماه کامل (یک دوره 30 روزه) \$1.35 باشد. این یعنی مبلغی که برای داروی خود پرداخت می کنید کمتر از \$0.05 در روز است. اگر یک منبع داروی 7 روزه دریافت کنید، مبلغ پرداختی شما کمتر از \$0.05 در روز ضرب در 7 روز است، که کل مبلغ پرداختی کمتر از \$0.35 خواهد بود.

وزارت خدمات مراقبت های بهداشتی (Department of Health Care Services, DHCS): وزارت ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medicaid (معروف به Medi-Cal) را مدیریت می کند.

لغو عضویت: روند خاتمه دادن به عضویت شما در طرح درمانی ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب خود شما) باشد.

برنامه مدیریت دارو (Drug management program, DMP): برنامه ای که به اعضا کمک می کند تا به صورت ایمن از داروهای مخدر تجویزی و سایر داروهایی که اغلب مورد سوء مصرف قرار می گیرند، استفاده کنند.

ردیف داروها: گروه های دارویی موجود در فهرست دارویی ما. داروهای ژنریک، داروهای با نام تجاری و داروهای بدون نسخه (OTC) نمونه هایی از ردیف های دارویی هستند. هر دارو در فهرست داروها در یکی از ردیف قرار دارد.

طرح نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): طرح درمانی که به افرادی که واجد شرایط دریافت هر دو بیمه Medicare و Medicaid هستند، خدمات ارائه می دهد. طرح ما یک D-SNP است.

وسیله پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می کند. نمونه هایی از این اقلام عبارتند از صندلی چرخدار، عصای زیر بغل سیستم های تشک برقی، لوازم دیابت، تخت های بیمارستانی سفارش داده شده توسط ارائه دهنده خدمات درمانی برای استفاده در منزل، پمپ های تزریق داخل وریدی، دستگاه های تولید گفتار، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

شرایط اضطراری (اورژانس): وضعیت اورژانس پزشکی زمانی رخ می دهد که شما یا هر فرد دیگری با دانش متوسط در زمینه سلامت و پزشکی، معتقد باشید که علائم پزشکی دارید که نیاز به مراقبت فوری پزشکی برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن عضو از بدن، یا از دست دادن یا اختلال جدی در عملکرد بدن (و اگر زن باردار هستید، از دست دادن فرزند متولد نشده) دارند. علائم پزشکی ممکن است یک بیماری، آسیب، درد شدید یا یک وضعیت پزشکی باشد که به سرعت بدتر می شود.

مراقبت های اضطراری: خدمات تحت پوشش ارائه شده توسط ارائه دهنده خدمات اورژانسی که برای ارائه خدمات اورژانسی آموزش دیده و برای درمان موارد اورژانسی پزشکی یا سلامت رفتاری مورد نیاز است.

استثنا: اجازه دریافت پوشش برای دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت های خاص.

خدمات مستثنی: خدماتی که تحت پوشش این طرح درمانی نیستند.

کمک اضافی: برنامه Medicare که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می کند تا هزینه های دارویی Medicare بخش D، مانند حق بیمه، سهم هزینه و اشتراک هزینه را کاهش دهند. کمک اضافی همچنین «یارانه کم درآمد» یا «LIS» نامیده.

داروی ژنریک: دارویی که توسط FDA برای استفاده به جای یک داروی نام تجاری تایید شده است. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی با نام تجاری را دارد، معمولاً ارزان تر است و به خوبی داروی با نام تجاری عمل می کند.

شکایت: شکایتی که در مورد ما یا یکی از ارائه کنندگان یا داروخانه های شبکه ما مطرح می کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت یا کیفیت خدمات ارائه شده توسط طرح درمانی شما می شود.

برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی

(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): برنامه ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی طرفانه را در مورد Medicare ارائه می کند. **فصل 2** این کتابچه راهنمای اعضا نحوه تماس با HICAP را توضیح می دهد.

طرح درمانی: سازمانی می باشد که از پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه کنندگان خدمات بلند مدت و سایر ارائه کنندگان تشکیل شده است. همچنین دارای هماهنگ کننده های مراقبت شخصی است که به شما در مدیریت همه ارائه دهندگان و خدماتتان کمک می کنند. همه آنها با هم همکاری می کنند تا مراقبت مورد نیاز شما را ارائه دهند.

ارزیابی ریسک سلامت (Health Risk Assessment, HRA): بررسی سابقه پزشکی و وضعیت فعلی شما. از آن برای کسب اطلاعات در مورد سلامت شما و چگونگی تغییر آن در آینده استفاده می شود.

دستیار مراقبت بهداشتی در خانه: شخصی که خدماتی را فراهم می کند که به مهارت های یک پرستار یا درمانگر دارای مجوز نیاز ندارد، از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام گرفتن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن یا انجام ورزش های تجویز شده). دستیاران مراقبت بهداشتی در خانه مجوز پرستاری ندارند و خدمات درمانی ارائه نمی دهند.

خدمات آسایشگاهی (Hospice): برنامه ای که مراقبت و حمایت را در اختیار اشخاصی قرار می دهد که بیماری لاعلاج دارند تا به آنها کمک شود زندگی راحتی داشته باشند. پیش بینی پزشکی وضعیت لاعلاج به این معنی است که فرد از نظر پزشکی به عنوان بیمار لاعلاج تأیید شده است، به این معنی که امید به زندگی او 6 ماه یا کمتر است.

- یک عضو که تشخیص بیماری لاعلاج برای وی داده شده است حق دارد خدمات آسایشگاهی را انتخاب کند.

- گروهی از متخصصین و مراقبت دهندگان آموزش دیده مراقبت کاملی که شامل نیازهای جسمانی، احساسی، اجتماعی و معنوی می شود را ارائه می دهند.

- ما باید فهرستی از ارائه کنندگان خدمات آسایشگاهی در منطقه جغرافیائی شما را در اختیارتان قرار دهیم.

صورتحساب نادرست/نامناسب: وضعیتی که در طی آن ارائه دهنده خدمات (مانند پزشک یا بیمارستان) صورتحساب برای بیش از مبلغ مشارکت در هزینه ما برای خدمات را برای شما می فرستد. اگر صورتحسابی دریافت کردید که متوجه آن نمی شوید با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

از آنجا که ما کل هزینه خدمات شما را پرداخت می کنیم، شما هیچ گونه بدهی بابت اشتراک هزینه ندارید. ارائه دهندگان خدمات نباید برای این خدمات از شما هزینه ای دریافت کنند.

خدمات پشتیبانی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS): برنامه IHSS به ارائه دهندگان خدمات مراقبتی ثبت شده برای خدماتی که به شما ارائه می دهند کمک می کند تا بتوانید با آرامش و امنیت در خانه خود بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت های خارج از منزل، مانند مراکز پرستاری یا مراکز مراقبتی و پانسیون، محسوب می شود. برای دریافت خدمات، ارزیابی انجام می شود تا مشخص شود کدام نوع خدمات بر اساس نیازهای هر شرکت کننده می تواند برای او مجاز باشد. انواع خدماتی که می توانند از طریق IHSS مجاز شوند عبارتند از نظافت منزل، تهیه غذا، شستن لباسها، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند خدمات مراقبتی روده و مثانه، حمام کردن، اصلاح و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای پزشکی و نظارت حفاظتی برای افراد دارای معلولیت ذهنی. سازمان های خدمات اجتماعی شهرستان، خدمات IHSS را ارائه می دهند.

سازمان بررسی مستقل (Independent review organization, IRO): یک سازمان مستقل استخدام شده توسط Medicare که درخواست تجدید نظر سطح 2 را بررسی می کند. به ما مرتبط نبوده و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می گیرد که آیا تصمیمی که ما گرفته ایم درست است یا باید تغییر کند. Medicare بر عملکرد آن نظارت دارد. نام رسمی آن نهاد بررسی مستقل است.

طرح مراقبت فردی (ICP یا طرح مراقبت): طرحی برای خدماتی که دریافت خواهید کرد و نحوه دریافت آنها. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری، و خدمات و حمایت های طولانی مدت شود.

مرحله پوشش اولیه: شما این مرحله را در هنگام تهیه اولین داروی تجویزی خود در سال شروع می کنید. در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می کنیم و شما سهم خودتان را می پردازید.

بیمار بستری: اصطلاحی که هنگام پذیرش رسمی شما در بیمارستان برای دریافت خدمات پزشکی تخصصی استفاده می شود. اگر به طور رسمی پذیرفته نشده باشید، حتی اگر برای تمام شب بستری شوید ممکن است به عنوان یک بیمار سرپائی به جای بیماری بستری محسوب شوید.

تیم مراقبت بین رشته ای (ICT یا تیم مراقبتی): تیم مراقبتی ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین بهداشتی باشد که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان آمادگی دارند. تیم مراقبت شما همچنین به شما در تهیه یک برنامه مراقبتی کمک می کند.

D-SNP یکپارچه: یک طرح نیازهای ویژه با شرایط دوگانه که Medicare و بیشتر یا تمام خدمات Medicaid را تحت یک طرح درمانی واحد برای گروه های خاصی از افراد واجد شرایط Medicare و Medicaid پوشش می دهد. این افراد به عنوان افراد واجد شرایط دوگانه با مزایای کامل شناخته می شوند.

بیوسیمیلار قابل تعویض: یک داروی بیوسیمیلار که می توان آن را بدون نیاز به نسخه جدید در داروخانه جایگزین کرد، زیرا الزامات اضافی در مورد امکان جایگزینی خودکار را برآورده می کند. جایگزینی خودکار در داروخانه مشمول قانون ایالتی است.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی): فهرستی از داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) که ما پوشش می دهیم. ما داروهای موجود در این فهرست را با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می کنیم. فهرست داروها به شما اطلاع می دهد که آیا برای دریافت داروهایتان باید از قوانینی پیروی کنید یا خیر. فهرست داروها گاهی اوقات «فهرست فرمولی داروها» نامیده می شود.

خدمات و پشتیبانی های طولانی مدت (Long-term services and supports, LTSS): خدمات و پشتیبانی های بلندمدت به بهبود یک وضعیت پزشکی بلندمدت کمک می کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می کنند که در خانه خودتان بمانید و لازم نباشد که به آسایشگاه یا بیمارستان بروید. خدمات حمایتی بلندمدت (LTSS) تحت پوشش طرح ما شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (Community-Based Adult Services, CBAS)، که با نام مراقبت های بهداشتی روزانه بزرگسالان نیز شناخته می شود، مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF) و حمایت های اجتماعی می شود. برنامه های معافیت IHSS و 1915(c) از جمله Medi-Cal LTSS هستند که خارج از طرح ما ارائه می شوند.

یارانه کم درآمد (Low-income subsidy, LIS): به «کمک اضافی» مراجعه کنید.

برنامه سفارش پستی: ما یک برنامه سفارش پستی را ارائه می دهیم که به شما امکان می دهد تا حداکثر 3 ماه از داروهای نسخه ای تحت پوشش خود را مستقیماً در خانه خود دریافت کنید. این می تواند یک روش مقرون به صرفه و راحت برای تهیه داروهایی باشد که مرتباً مصرف می کنید.

Medi-Cal: نام برنامه Medicaid در ایالت کالیفرنیا می باشد. Medi-Cal توسط ایالت مدیریت می شود و هزینه آن توسط ایالت و دولت فدرال تأمین می گردد.

- این برنامه به اشخاصی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می کند تا هزینه خدمات و حمایت های بلند مدت و هزینه های پزشکی خود را پرداخت کنند.

- همچنین خدمات اضافی و برخی از داروهای که توسط Medicare پوشش داده نمی شود را تحت پوشش قرار می دهد.

- برنامه های Medicaid از ایالت به ایالت دیگر متفاوت است، اما اگر واجد شرایط Medicare و Medi-Cal باشید، بیشتر هزینه های مراقبت های درمانی پوشش داده می شود.

طرح Medi-Cal: طرح هایی که فقط مزایای Medi-Cal، مانند خدمات و پشتیبانی های بلندمدت، تجهیزات پزشکی و خدمات حمل و نقل را پوشش می دهند. مزایای Medicare جدا هستند.

Medicaid (یا کمک های Medical): برنامه ای که توسط دولت فدرال و ایالت اجرا می شود و به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می کند تا هزینه های خدمات و پشتیبانی های بلندمدت و هزینه های پزشکی را پرداخت کنند. Medi-Cal برنامه Medicaid برای ایالت کالیفرنیا است.

از نظر پزشکی ضروری: این عبارت خدمات، لوازم و داروهای لازمی را توصیف می کند که برای پیشگیری، شناسایی و یا درمان بیماریها حفظ وضعیت سلامت فعلی خود به آنها نیاز دارید. این شامل مراقبت هایی است که از بستری شدن شما در بیمارستان یا مراکز پرستاری پیشگیری می کند. همچنین شامل خدمات، لوازم یا داروهایی است که طبق استاندارد پزشکی قابل قبول هستند.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص 65 سال به بالا، بعضی اشخاص زیر 65 سال با معلولیت های خاص و اشخاصی که در مرحله نهایی بیماری کلیوی هستند (نارسائی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد) نیز تحت پوشش قرار می گیرند. افراد تحت پوشش بیمه درمانی Medicare می توانند پوشش درمانی Medicare خود را از طریق Original Medicare یا یک طرح مراقبت مدیریت شده (به «طرح درمانی» مراجعه کنید) دریافت کنند.

Medicare Advantage: یک برنامه Medicare، که با نام «Medicare بخش C» یا «MA» نیز شناخته می شود، که طرح های MA را از طریق شرکت های خصوصی ارائه می دهد. Medicare به این شرکت ها برای پوشش مزایای Medicare شما پول می پردازد.

شورای تجدیدنظر Medicare (شورا) (Medicare Appeals Council): شورایی که درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می کند. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

خدمات تحت پوشش Medicare: خدمات تحت پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B. همه طرح های درمانی Medicare، از جمله طرح ما، باید تمام خدمات تحت پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B را پوشش دهند.

برنامه پیشگیری دیابت Medicare یا (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): یک برنامه تغییر رفتار بهداشتی ساختاریافته که آموزش در مورد تغییر رژیم غذایی طولانی مدت، افزایش فعالیت بدنی و راهبردهایی برای غلبه بر چالش های حفظ کاهش وزن و داشتن یک سبک زندگی سالم ارائه می دهد.

فرد ثبت نام شده در Medicare-Medi-Cal: شخصی که برای پوشش توسط Medicare و Medicaid واجد شرایط است. به فرد ثبت نام شده در Medicare-Medi-Cal، «فرد واجد شرایط دوگانه» نیز گفته می شود.

بخش A Medicare: برنامه Medicare که بیشتر نیازهای ضروری بیمارستانی، مرکز پرستاری تخصصی، مراقبت بهداشتی در خانه و مراقبت آسایشگاهی را پوشش می دهد.

بخش B Medicare: طرح Medicare که خدمات (مانند آزمایش ها، جراحی ها و ویزیت های پزشک) و لوازم (مانند صندلی چرخدار و واکر) که از نظر پزشکی برای درمان یک بیماری یا عارضه ضروری هستند را پوشش می دهد. Medicare بخش B بسیاری خدمات پیشگیری کننده و معاینات تشخیصی را نیز پوشش می دهد.

بخش C Medicare: طرح Medicare، که با نام «Medicare Advantage» یا «MA» نیز شناخته می شود، به شرکت های بیمه درمانی خصوصی اجازه می دهد تا از طریق طرح MA، مزایای Medicare را ارائه دهند.

بخش D Medicare: برنامه مزایای داروهای تجویزی Medicare. ما این طرح را به طور مختصر «بخش D» می خوانیم. Medicare بخش D، داروهای سرپایی، واکسن ها و برخی از لوازمی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B یا Medicaid نیستند را پوشش می دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D می شود.

داروهای Medicare بخش D: داروهای تحت پوشش Medicare بخش D. کنگره آمریکا به طور خاص دسته های خاصی از داروها را از پوشش Medicare بخش D مستثنی می کند. Medicaid ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

برنامه مدیریت درمان دارویی (Medication Therapy Management, MTM): یک برنامه Medicare بخش D برای نیازهای پیچیده بهداشتی که به افرادی که شرایط خاصی را برآورده می کنند یا در یک برنامه مدیریت دارو هستند، ارائه می شود. خدمات MTM معمولاً شامل گفتگو با یک داروساز یا ارائه دهنده خدمات درمانی برای بررسی داروها می شود. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

طرح Medi-Medi: طرح Medi-Medi نوعی طرح Medicare Advantage است. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند، و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح ترکیب می کند. طرح های Medi-Medi تمام مزایا و خدمات را در هر دو برنامه، از جمله تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal، هماهنگ می کنند.

عضو (عضو طرح ما، یا عضو طرح): شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده و در برنامه درمانی ما ثبت نام شده و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

کتابچه راهنمای اعضاء و توضیح اطلاعات: این مدرک، به همراه فرم ثبت نام شما و هرگونه پیوست یا تبصره دیگر، که پوشش شما، آنچه ما باید انجام دهیم، حقوق شما و آنچه شما به عنوان عضوی از طرح ما باید انجام دهید را توضیح می دهد.

داروخانه عضو شبکه: داروخانه ای (داروفروشی) که موافقت کرد نسخه های اعضای طرح ما را تهیه کند. ما آنها را «داروخانه های شبکه» می نامیم زیرا آنها موافقت کردند که با طرح ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، ما فقط هزینه داروهای را پرداخت خواهیم کرد که در یکی از داروخانه های شبکه ما دریافت شده باشند.

ارائه دهنده شبکه: «ارائه دهنده» یک اصطلاح عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که به شما خدمات و مراقبت ارائه می دهند، استفاده می کنیم. این اصطلاح همچنین شامل بیمارستان ها، آژانس های مراقبت در منزل، کلینیک ها و سایر مکان هایی می شود که خدمات مراقبت های بهداشتی، تجهیزات پزشکی و خدمات و پشتیبانی های بلندمدت را به شما ارائه می دهند.

- آنها دارای مجوز یا تاییدیه توسط Medicare و ایالت برای ارائه خدمات مراقبت های بهداشتی هستند.
- ما این ارائه کنندگان را هنگامی «ارائه کنندگان شبکه» می خوانیم که موافقت کنند با طرح درمانی ما همکاری کنند، پرداخت ما را بپذیرند و مبلغ اضافی از اعضا دریافت نکنند.
- شما تا زمانی که عضو طرح ما هستید باید برای دریافت خدمات تحت پوشش به ارائه کنندگان خدمات درون شبکه مراجعه کنید. ارائه دهندگان شبکه، «ارائه دهندگان طرح» نیز نامیده می شوند.

موسسه یا مرکز پرستاری سالمندان: مرکزی که به افرادی که نمی توانند در خانه مراقبت دریافت کنند اما نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند، خدمات درمانی ارائه می دهد.

دفتر بازرسی: دفتری در ایالت شما که به عنوان نماینده شما اقدام میکند. آنها پاسخگوی پرسشها و مشکلات شما هستند و میتوانند به شما در پیدا کردن راه حل کمک کنند. خدمات بازرسی رایگان است. اطلاعات بیشتر را می توانید در فصل های 2 و 9 این کتابچه راهنمای اعضا بیابید.

تعیین سازمانی: هنگامیکه طرح ما یا یکی از ارائه دهندگان ما در مورد تحت پوشش بودن خدمات یا نحوه پرداخت برای خدمات تحت پوشش تصمیمی را اتخاذ می کند به آن تعیین سازمانی می گویند. تعیین سازمانی «تصمیمات پوشش» نامیده می شوند. فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا، تصمیمات مربوط به پوشش بیمه را توضیح می دهد.

محصول بیولوژیکی اصلی: یک محصول بیولوژیکی که توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) تأیید شده است و به عنوان معیار مقایسه ای برای تولیدکنندگانی که نسخه بیوسیمیلار را تولید می کنند، عمل می کند. به آن محصول مرجع نیز گفته می شود.

Medicare اصلی یا (Original Medicare) Medicare معمول یا Medicare هزینه بر خدمات: دولت طرح بیمه Medicare اصلی (Original Medicare) را ارائه می دهد. تحت پوشش طرح Original Medicare، خدمات با پرداخت مبالغی که کنگره آمریکا تعیین می کند به پزشکان، بیمارستان ها و سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی پوشش می دهد.

- می توانید نزد هر پزشک، بیمارستان یا ارائه کننده مراقبت درمانی دیگری که Medicare را قبول می کند بروید. Original Medicare شامل دو بخش می باشد: Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی) و Medicare بخش B (بیمه پزشکی)
- Medicare اصلی (Original Medicare) در همه جای ایالات متحده در دسترس می باشد.
- اگر نمی خواهید که در برنامه درمانی ما باشید، می توانید Medicare اصلی (Original Medicare) را انتخاب کنید.

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



داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که موافقت نکرده است با طرح ما برای هماهنگی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما همکاری کند. طرح شما اکثر داروهای را که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید، پوشش نمی‌دهد، مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

ارائه کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌دهنده یا مرکزی که در استخدام، متعلق به یا تحت مدیریت طرح ما نیست و قراردادی برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما ندارد. **فصل 3** این کتابچه راهنمای اعضا ارائه دهندگان یا امکانات خارج از شبکه را توضیح می‌دهد.

هزینه های پرداخت شده توسط شما: شرایط اشتراک هزینه برای اعضا جهت پرداخت بخشی از خدمات یا داروهای که دریافت می‌کنند، شرایط «هزینه پرداخت شده توسط شما» نیز نامیده می‌شود. به تعریف «اشتراک هزینه» در قسمت **بالا** مراجعه کنید.

داروهای بدون نسخه (Over-the-counter, OTC): داروهای بدون نسخه، داروهای هستند که فرد می‌تواند بدون نسخه پزشک از متخصص مراقبت‌های درمانی خریداری کند.

بخش A: به «بخش A Medicare» مراجعه کنید.

بخش B: به «بخش B Medicare» مراجعه کنید.

بخش C: به «بخش C Medicare» مراجعه کنید.

بخش D: به «بخش D Medicare» مراجعه کنید.

داروهای بخش D: به «داروهای بخش D Medicare» مراجعه کنید.

هماهنگ کننده مراقبت شخصی: یک شخص اصلی که با شما، طرح درمانی و ارائه دهندگان مراقبت شما همکاری می‌کند تا مطمئن شود که مراقبت مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید.

اطلاعات سلامتی خصوصی (که اطلاعات سلامت محافظت شده نیز نامیده می‌شود)

(Protected health information, PHI): اطلاعات مربوط به شما و وضعیت سلامتی‌تان، مانند نام، آدرس،

شماره تأمین اجتماعی (سوشیال سکيوریتی)، ویزیت‌های پزشک و سابقه درمانی شما. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و افشای اطلاعات شخصی (PHI) شما و همچنین حقوق شما در رابطه با اطلاعات شخصی‌تان، به «اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی» ما مراجعه کنید.

خدمات پیشگیرانه: مراقبت‌های بهداشتی برای پیشگیری از بیماری یا تشخیص بیماری در مراحل اولیه، زمانی که احتمال دارد درمان بهترین نتیجه را داشته باشد (برای مثال، خدمات پیشگیرانه شامل آزمایش پاپ اسمیر، واکسن آنفولانزا و ماموگرافی غربالگری می‌شود).

ارائه دهنده مراقبت های اولیه (Primary care provider, PCP): پزشک یا ارائه دهنده خدمات درمانی دیگری که برای اکثر مشکلات سلامتی ابتدا به او مراجعه می‌کنید. آنها اطمینان حاصل می‌کنند که شما مراقبت‌های لازم برای حفظ سلامت خود را دریافت می‌کنید.

- آنها همچنین ممکن است با سایر پزشکان و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در مورد مراقبت از شما صحبت کنند و شما را به آنها ارجاع دهند.

- در بسیاری از طرحهای درمانی Medicare، قبل از استفاده از خدمات هر ارائه دهنده مراقبت های درمانی دیگری، باید به ارائه دهنده مراقبت های اولیه خود مراجعه کنید.

- برای کسب اطلاعات در مورد دریافت مراقبت از ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه، به **فصل 3** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



- **مجوز قبلی (Prior authorization, PA):** تأییدیه‌ای که باید قبل از دریافت خدمات یا داروی خاص یا استفاده از ارائه‌دهنده خارج از شبکه از ما دریافت کنید. اگر ابتدا تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است طرح ما هزینه خدمات یا دارو را پوشش ندهد.
- طرح ما برخی از خدمات درمانی شبکه را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک یا ارائه‌دهنده شبکه دیگر از ما PA دریافت کند.
- خدمات تحت پوششی که به دستیار پزشک طرح ما نیاز دارند، در **فصل 4** این کتابچه راهنمای اعضا علامت‌گذاری شده‌اند.
- طرح ما برخی از داروها را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که شما از ما PA دریافت کنید.
- داروهای تحت پوشش که به PA طرح ما نیاز دارند در فهرست داروهای تحت پوشش علامت‌گذاری شده و قوانین در وب سایت ما قرار داده شده است.
- **برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE):** برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medicaid را با هم برای افراد 55 ساله و بالاتر که برای زندگی در خانه به سطح بالاتری از مراقبت نیاز دارند، پوشش می‌دهد.
- **پروتزها و ارتزها:** لوازم پزشکی که توسط پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شما سفارش داده شده است، شامل بریس‌های بازو، کمر و گردن؛ اندام‌های مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و وسایل مورد نیاز برای جایگزینی یک عضو یا عملکرد داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و درمان تغذیه‌ای روده‌ای و تزریقی.
- **سازمان بهبود کیفیت (Quality improvement organization, QIO):** گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت‌های درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت برای افراد تحت پوشش بیمه Medicare کمک می‌کنند. دولت فدرال به QIO هزینه بررسی و بهبود مراقبت‌های ارائه شده به بیماران را پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات در مورد QIO، به **فصل 2** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- **محدودیت‌های مقدار:** محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. ما ممکن است مقدار دارویی که در هر نسخه پوشش می‌دهیم را محدود کنیم.
- **ابزار مزایای آبی:** یک پورتال یا برنامه کامپیوتری که در آن اعضا می‌توانند اطلاعات کامل، دقیق، به‌موقع، از نظر بالینی مناسب و مختص ثبت‌نام‌کنندگان در مورد داروها و مزایای تحت پوشش را جستجو کنند. این شامل مبالغ تقسیم هزینه، داروهای جایگزین که ممکن است برای همان بیماری خاص به عنوان یک داروی خاص استفاده شوند، و محدودیت‌های پوشش (مجوز قبلی، درمان مرحله‌ای، محدودیت‌های مقدار) که برای داروهای جایگزین اعمال می‌شود، می‌شود.
- **ارجاع:** ارجاع، مجوز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما یا ما برای استفاده از ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP شما است. اگر ابتدا تأییدیه را دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از برخی متخصصان، مانند متخصصان سلامت زنان، نیازی به ارجاع ندارید. می‌توانید اطلاعات بیشتر در مورد معرفی‌نامه‌ها را در **فصل های 3 و 4** این کتابچه راهنمای اعضا بیابید.
- **خدمات توانبخشی:** درمانی که برای کمک به بهبودی شما از بیماری، سانحه یا جراحی عمده دریافت می‌کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات توانبخشی، به **فصل 4** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- **خدمات حساس:** خدمات مرتبط با سلامت روان یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (STIs)، HIV/AIDS، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال سوءمصرف مواد، مراقبت‌های تأیید جنسیت و خشونت علیه شریک جنسی.

منطقه خدمات رسانی: منطقه جغرافیایی که در آن یک طرح درمانی، اعضا را می پذیرد، در صورتی که عضویت را بر اساس محل زندگی افراد محدود کند. برای طرح هایی که پزشکان و بیمارستان هایی را که می توانید استفاده کنید محدود می کنند، معمولاً این منطقه ای است که می توانید خدمات معمول (غیر اورژانسی) را در آن دریافت کنید. فقط افرادی که در منطقه تحت پوشش ما زندگی می کنند می توانند به طرح ما بپیوندند.

سهم هزینه: بخشی از هزینه های مراقبت های درمانی خود را که ممکن است مجبور باشید هر ماه قبل از اینکه مزایای شما موثر واقع شود، بپردازید. میزان سهم هزینه شما بسته به درآمد و دارایی شما متفاوت است.

مرکز پرستاری تخصصی (Skilled nursing facility, SNF): یک مرکز پرستاری با کارکنان و لوازمی برای ارائه مراقبت های پرستاری تخصصی، و در بیشتر موارد، خدمات توانبخشی تخصصی و سایر خدمات بهداشتی مربوطه.

مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF): مراقبت های پرستاری تخصصی و خدمات توانبخشی تخصصی ارائه شده به صورت ادامه دار، روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. مثال های مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی شامل فیزیوتراپی یا تزریقات وریدی (IV) می شود که پرستار رسمی یا پزشک می تواند ارائه کند.

متخصص: پزشکی که انواع خاصی از مشکلات مراقبت های درمانی را درمان می کند. به عنوان مثال، جراح ارتوپدی به درمان شکستگی استخوان می پردازد، متخصص حساسیت (آلرژی) به مشکل حساسیت رسیدگی میکند و متخصص قلب به درمان بیماریهای قلبی می پردازد. در بیشتر موارد، یک عضو برای مراجعه به متخصص به ارجاع از PCP خود نیاز دارد.

داروخانه تخصصی: برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه های تخصصی، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک یا ارائه دهنده خدمات درمانی دیگری برای شما خدمات درمانی از Medi-Cal درخواست کند که ما آن را تأیید نکنیم، یا دیگر هزینه خدمات درمانی Medi-Cal فعلی شما را پرداخت نکنیم، می توانید درخواست جلسه رسیدگی ایالتی بدهید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم.

درمان مرحله ای: قانونی که شما را ملزم می کند قبل از پوشش دارویی که درخواست کرده اید، داروی دیگری را امتحان کنید.

درآمد مکمل برنامه خدمات اجتماعی (Supplemental Security Income, SSI): کمک مالی ماهانه تأمین اجتماعی به افراد دارای درآمد و منابع محدود که دارای معلولیت، نابینا یا سن 65 سال و بالاتر هستند پرداخت می کند. مزایای SSI مشابه مزایای تأمین اجتماعی (Social Security benefits) نیستند.

مراقبت فوری مورد نیاز: نوعی مراقبت می باشد که برای یک بیماری، مصدومیت یا عارضه ناگهانی دریافت می کنید که اورژانسی نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. شما می توانید مراقبت های فوری مورد نیاز خود را از ارائه دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید، زمانی که دریافت خدمات از ارائه دهندگان شبکه امکان پذیر نیست، یا دریافت خدمات از آنها غیرمنطقی است زیرا با توجه به زمان، مکان یا شرایط شما نمی توانید به آنها دسترسی پیدا کنید، (به عنوان مثال، زمانی که خارج از محدوده پوشش طرح ما هستید و به خدمات فوری پزشکی برای یک بیماری ناشناخته نیاز دارید، اما این یک فوریت پزشکی نیست).

خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete

تلفن تماس	1-877-412-2734 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می کنیم.
TTY	711 این شماره نیاز به تجهیزات تلفنی مخصوص دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.
فکس	1-714-246-8711
مکاتبه	CalOptima Health OneCare Complete Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 OneCarecustomerservice@caloptima.org
وبسایت	www.caloptima.org/OneCare

اگر سوالی دارید، لطفاً با **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته 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.